Suvremeni dijagnostički i terapijski pristup poremećajima jedenja

Sovina, Natalija

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:754576

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Natalija Sovina

Suvremeni dijagnostički i terapijski pristup poremećajima jedenja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Diplomski rad je izrađen na Klinici za psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr.sc. Zorane Kušević i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

POPIS KRATICA

ACTH (eng. *Adrenocorticotropic hormone*) - Adrenokortikotropni hormon

ATP (eng. *Adenosine tryphosphat*) – Adenozin trifosfat

BMI (eng. *Body mass index*) – Indeks tjelesne mase

CBT (eng. *Cognitive behavioral therapy*) – Kognitivno-bihevioralna terapija

CBT-BN (eng. *Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa*) – Kognitivno-bihevioralna terapija za bulimiju nervozu

CBT-E (eng. *Enhanced cognitive behavioral therapy*) – Proširena kognitivno-bihevioralna terapija

CREST (eng. *Cognitive remediation and emotion skills training*) – Kognitivna sanacija i trening emocionalnih vještina

CRH (eng. *Corticotropin releasing hormone*) – Kortikoliberin

CRT (eng. *Cognitive remediation therapy*) – Kognitivno-sanacijska terapija

CSF (eng. *Cerebrospinal fluid*) – Cerebrospinalna tekućina

DA (*eng. Dopamine*) – Dopamin

DBT (eng. *Dialectical behavioral therapy*) – Dijalektička bihevioralna terapija

EDNOS (eng. *Eating disorder not otherwise specified*) – Poremećaj hranjenja, neodređen

FBT (eng. *Family-based Treatment*) – Obiteljska terapija

FSH (eng. *Follicle-stimulating hormone*) – Folikulostimulirajući hormon

GERD (eng. *Gastroesophageal reflux disease*) – Gastroezofagealna refluksna bolest

GH (eng. *Growth Hormone*) – Hormon rasta

GnRH (eng. *Gonadotropin-releasing hormone*) – Gonadoliberin

5-HIAA (eng. *5-hydroxyindoleacetic acid*) – 5-hidroksiindoloctena kiselina

5-HT (eng. *5-hydroxytryptamine*) – 5-hidroksitriptamin

5-HTT (eng. *5-hydroxytryptamine transporter*) – 5-hidroksitriptamin transporter

ICD (eng. *International Classification of Diseases*) – Međunarodna klasifikacija bolesti

IGF-1 (eng. *Insulin-like Growth Factor-1*) – Inzulinu sličan faktor rasta 1

IPT (eng. *Interpersonal therapy*) – Interpersonalna terapija

LCT (eng. *Long-chain triglyceride*) – Dugolančani triglicerid

LH (eng*. Luteinizing hormone*) – Luteinizirajući hormon

LH-RH (eng*. Luteinizing hormone-releasing hormone*) – Hormon oslobađanja luteinizirajućeg hormona

MANTRA (eng. *Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa*) - Maudsley model za terapiju anoreksije nervoze u odraslih

MAOIs (eng. *Monoamine oxidase inhibitors*) – Inhibitori monoamin oksidaze

MCT (eng. *Medium-chain triglyceride*) – Srednjolančani triglicerid

OSFED (eng. *Other Specified Feeding or Eating Disorder*) – Drugi specificirani poremećaj hranjenja ili jedenja

PFT (eng. *Parent-focused therapy*) – Obiteljska terapija s fokusom na roditelje

SMA (eng. *Superior mesenteric artery*) – Gornja mezenterična arterija

SNRIs (eng. *Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors*) – Inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina

SSRIs (eng*. Selective serotonin reuptake inhibitors*) – Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

TCAs (eng. *Tricyclic antidepressants*) – Triciklički antidepresivi

T3 (eng. *Triiodothyronine)* – Trijodtironin

TSH (eng. *Thyroid stimulating hormone*) - Tireotropin

UFED (eng*. Unspecified Feeding or Eating Disorder*) – Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Epidemiologija 1
2. Etiologija 2
2.1. Biološki faktori 3
2.1.1. Genetički faktori 3
2.1.2. Neurobiološki faktori 3
2.2. Psihološki faktori 5
2.2.1. Poremećen doživljaj tijela 5
2.2.2.. Osobine ličnosti 5
2.3. Sociokulturni faktori 7
2.3.1. Obiteljski faktori 7
2.3.1.1. Obitelj anoreksične bolesnice 7
2.3.1.2. Obitelj bulimične bolesnice 9
2.3.2. Masovni mediji i zapadnjačka kultura 10
2.3.3. Supkulture 10
2.4. Seksualno zlostavljanje i drugi oblici psihičke traume 11
3. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji 11
3.1. DSM-IV 12
3.1.1. Anoreksija nervoza (F50.0) 12
3.1.1.1. Dijagnostički kriteriji 13
3.1.1.2. Podtipovi 14
3.1.2. Bulimija nervoza (F50.2) 15
3.1.2.1. Dijagnostički kriteriji 16
3.1.2.2. Podtipovi 17
3.1.3. Poremećaj hranjenja, neodređen (EDNOS) (F50.9) 17
3.2. DSM-5 19
3.2.1. Anoreksija nervoza (F50.0) 20
3.2.2. Bulimija nervoza (F50.2) 21
3.2.3. Poremećaj s prejedanjem (F50.8) 22
3.2.3.1. Dijagnostički kriteriji 22
3.2.4. Drugi specificirani poremećaj hranjenja ili jedenja (F50.8) 23
3.2.4. Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja (F50.9) 24
3.3. Dijagnostički kriteriji u djece 25
3.4. Alternativne metode klasificiranja s obzirom na komorbiditet i druge pridružene značajke 27

3.4.1. Rani pristupi klasifikaciji poremećaja jedenja na temelju prisutnih komorbiditeta . 27
3.4.1.1. Multi-impulzivni i uni-impulzivni poremećaji jedenja 28
3.4.1.2. Klasifikacija na temelju prisutnosti/odsutnosti graničnog poremećaja ličnosti 29
3.4.1.3. Klasifikacija na temelju prisutnosti/odsutnosti opsesivno-kompulzivnog poremećaja 30
3.4.2. Noviji pristupi klasifikaciji poremećaja jedenja na temelju prisutnih komorbiditeta 30
3.4.2.1. Dijetetski podtip i dijetetski podtip s negativnim učinkom 30
3.4.2.2. Podtipovi s ekscesivnom kontrolom, sniženom kontrolom i niskom razinom psihopatologije 31
4. Komplikacije 32
4.1. Komplikacije anoreksije nervoze 32
4.1.1. Dermatološke komplikacije 33
4.1.2. Gastroenterološke komplikacije 33
4.1.3. Endokrinološke komplikacije 34
4.1.4. Hematološke komplikacije 36
4.1.5. Neurološke komplikacije 36
4.1.6. Kardiološke komplikacije 37
4.1.7. Pulmološke komplikacije 38
4.2. Komplikacije bulimije nervoze 38
4.2.1. Dermatološke komplikacije 39
4.2.2. Oralne komplikacije 39
4.2.3. Gastroenterološke komplikacije 39
4.2.4. Poremećaj elektrolita 40
4.2.5. Kardiološke komplikacije 41
4.2.6. Pulmološke komplikacije 41
4.2.7. Komplikacije zbog zloporabe laksativa 41
5. Liječenje 42
5.1. Psihoterapija 42
5.1.1. Psihodinamska psihoterapija 42
5.1.2. Obiteljska terapija 45
5.1.2.1. Maudsley model obiteljske terapije 45
5.1.2.2. Terapija s fokusom na roditelje 48
5.1.2.3. Multipla obiteljska terapija 49
5.1.2.4. Intenzivna obiteljska terapija 50
5.1.3. Kognitivno-bihevioralna terapija 50
5.1.4. Interpersonalna terapija 52
5.1.5. Dijalektička bihevioralna terapija 54

5.2. Medikamentno liječenje 55
5.2.1. Antipsihotici 55
5.2.2. Antidepresivi 56
5.2.3. Stabilizatori raspoloženja 57
5.2.4. Lijekovi za redukciju tjelesne težine 57
5.3. Liječenje komplikacija 57
5.3.1. Amenoreja 57
5.3.2. Poremećaji kosti 58
5.3.4. Gastroenterološke komplikacije 59
5.3.5. Poremećaji elektrolita 60
5.3.6. Kardiovaskularne komplikacije 60
5.4. Bolničko liječenje 61
5.4.1. Indikacije za hospitalizaciju 61
5.4.2. Prisilna hospitalizacija 63
5.4.3. Nutritivna potpora 63
5.4.3.1. Oralna prehrana 64
5.4.3.2. Enteralna prehrana 64
5.4.4. Refeeding sindrom 66
5.5. Novije terapijske metode 67
5.5.1. Kognitivno-sanacijska terapija 67
5.5.2. Kognitivna sanacija i trening emocionalnih vještina 68
5.5.3. Maudsley model za terapiju anoreksije nervoze u odraslih 69
6. Zaključak 72
7. Zahvala 74
8. Literatura 75
9. Životopis 81

SAŽETAK

Suvremeni dijagnostički i terapijski pristup poremećajima jedenja

Natalija Sovina

Poremećaji jedenja karakterizirani su teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju koje dovode do teškog oštećenja fizičkog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja. Oboljeli imaju poremećenu percepciju vlastitog tijela i težine. Etiologija poremećaja jedenja nije u potpunosti jasna. Pretpostavlja se da nastaju djelovanjem bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih faktora. Klasifikacija poremećaja jedenja i dijagnostički kriteriji mijenjali su se tokom vremena. Najveći broj liječnika danas se u dijagnostici oslanja na Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – Peto izdanje (DSM-5) izdan 2013.g. DSM-5 navodi tri specifične dijagnoze; anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj s prejedanjem. Ostali poremećaji jedenja svrstani su u skupine Drugi specificirani poremećaj hranjenja ili jedenja i Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja. Važno je znati da se poremećaji jedenja javljaju u sve ranijoj dobi. Prije započinjanja liječenja potrebno je saznati postoji li prisutan komorbiditet kako bi se odabrao prikladan terapijski pristup. Liječenje je važno započeti što ranije jer su poremećaji jedenja povezani sa smanjenom kvalitetom života, većim rizikom za razvoj depresije i često su praćeni brojnim komplikacijama od kojih neke mogu biti smrtonosne. Liječenje treba biti sveobuhvatno i multidisciplinarno. Cilj liječenja je medicinska stabilizacija, nutritivna potpora, promjena poremećenog obrasca jedenja i rješavanje druge psihopatologije. Psihoterapija je neizostavna u liječenju poremećaja jedenja. Propisivanje lijekova nije preporučljivo jer nisu pokazali učinkovitost, a praćeni su brojnim nuspojavama. Ako pacijent zadovoljava indikacije za hospitalizaciju, potrebno je započeti bolničko liječenje. Ako je zdravlje pacijenta ugroženo, a on odbija liječenje, dopuštena je prisilna hospitalizacija. Tijekom bolničkog liječenja primarna je uloga nutritivna rehabilitacija. Preferira se oralna prehrana, a u određenim slučajevima primjenjuje se enteralna prehrana. Tijekom prvih tjedana od ponovne uspostave prehrane potrebno je strogo monitoriranje zbog opasnosti od razvoja refeeding sindroma.

Ključne riječi: poremećaji jedenja, dijagnostički kriteriji, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaj s prejedanjem, liječenje, psihoterapija, hospitalizacija, nutritivna rehabilitacija, refeeding sindrom

SUMMARY

Modern diagnostic and therapeutic approach to eating disorders

Natalija Sovina

Eating disorders are characterized by severe disturbances in eating habits and behavior that lead to serious damage to the physical health and psychosocial functioning. People with eating disorders have disturbed perception of their own body and weight. Etiology of eating disorders is not completely clear. It is assumed that biological, psycological, social and cultural factors contribute to their development. The classification of eating disorders and diagnostic criteria have changed over time. Most clinicians today relies on Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5) released in 2013. DSM-5 describes trhree specific dignoses; anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. Other eating disorders are classified into groups Other Specified Feeding or Eating Disorder and Unspecified Feeding or Eating Disorder. It is important to be aware that eating disorders occur in all younger age. Before starting treatment it is crucial to find out whether there is a present comorbidity in order to select an appropriate therapeutic approach . It is essential to start treatment as early as possible because eating disorders are associated with decreased quality of life, increased risk of depression and are often accompanied by many complications, some of which may be fatal. Treatment has to be comprehensive and multidisciplinary. Psychotherapy is indispensable in the treatment of eating disorders. Prescribing medications is not recommended because it did not show efficiency and is followed by many side effects. If the patient meets indications for hospitalization, it is necessary to begin inpatient treatment. If the patient's health is at risk, and he refuses treatment, forced hospitalization is allowed. During the hospital treatment, nutritional rehabilitation is the primary goal. Eating orally is preferred, but in some cases enteral nutrition is applied. During the first weeks of the re-establishment of nutrition, patients should be strictly monitored due to the risk of developing refeeding syndrome.

Key words: eating disorders, diagnostic criteria, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, treatment, psychoteraphy, hospitalization, nutritive rehabilitation, refeeding syndrome

1. Uvod

Poremećaji jedenja privlače sve veću pozornost tokom protekla dva desetljeća. Definicije i dijagnostički kriteriji ove skupine poremećaja mijenjali su se s vremenom, što će biti razjašnjeno kasnije u ovom radu. Osvrnem li se na najvažnije i svakako najpoznatije među njima, anoreksiju nervozu i bulimiju nervozu, kojima je kao specifičnim dijagnozama, Američko psihijatrijsko udruženje 2013. godine priključilo i poremećaj s prejedanjem, može se reći da je riječ o skupini poremećaja koji su karakterizirani teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju koje dovode do oštećenja fizičkog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja.[1]

Izuzev toga što su vezani za smanjenu kvalitetu života pojedinca[2] i nose sa sobom povećan rizik za razvoj depresije, zloupotrebu raznih supstanci i samoubojstvo[3], ovi poremećaji predstavljaju teret za zajednicu i zdravstveni sustav. Kao primjer može se navesti istraživanje provedeno u Njemačkoj 1998. godine koje je pokazalo kako je financijski gubitak zbog gubitka radne sposobnosti oboljelih od anoreksije nervoze te godine iznosio 130,5 mil.€, dok je za bolničko liječenje tih pacijenata bilo izdvojeno 62,9 mil.€.[4] Aktualni brojevi zasigurno su i veći uzme li se u obzir i bolničko i izvanbolničko liječenje čitavog spektra poremećaja jedenja.

1.1. Epidemiologija

U svijetu se provode brojna epidemiološka istraživanja koja pružaju korisne informacije o incidenciji i prevalenciji raznih bolesti te o njihovoj frekvenciji tokom vremena. Ipak, u području poremećaja jedenja postoji više metodoloških problema. U općoj populaciji poremećaji jedenja su relativno rijetki, a mnogi oboljeli skloni su prikrivanju i poricanju svoje bolesti te izbjegavanju profesionalne pomoći što epidemiološka istraživanja čini skupim i neučinkovitim. Većina studija kao izvor podataka koristi psihijatrijske registre i medicinsku dokumentaciju čime se broj oboljelih u općoj populaciji podcjenjuje, budući da takve osobe često zaobilaze zdravstveni sustav, a i zato što ih liječnici opće prakse katkad ne uspiju prepoznati[5] te one ne budu upućene na daljnje liječenje. Pored toga, podaci koji nam govore o promijenjenoj učestalosti poremećaja jedenja tokom vremena mogu biti posljedica uspješnijeg prepoznavanja oboljelih, veće osviještenosti javnosti, što pridonosi

ranijem prepoznavanju poremećaja te šire dostupnosti terapijskih tretmana, prije nego li se radi o stvarnom porastu učestalost.[6]

Pregled dosadašnjih epidemioloških istraživanja provedenih u posljednja tri desetljeća pokazuje da je ukupna incidencija anoreksije nervoze, odnosno broj novootkrivenih slučajeva na 100 000 osoba u jednoj godini, ostala stabilna, ali je uočen porast u visokorizičnoj skupini djevojaka starosti 15-19 godina. Ipak, nije jasno da li je taj rezultat odraz bolje detekcije ili sve ranije dobi pri nastupu poremećaja. Incidencija bulimije nervoze pokazala je pad počevši od 90-ih godina prošlog stoljeća, a kao i u slučaju anoreksije nervoze i ovdje se pokazao početak bolesti u ranijoj dobi. Svi poremećaji jedenja nose sa sobom veći rizik od smrti, a najveći rizik se veže za anoreksiju nervozu koja ima najviše stope smrtnosti među svim mentalnim poremećajima.[6] Temeljni rizični čimbenici za prijevremenu smrt prirodnim putem ili počinjenjem samoubojstva jesu starija dob pri početku liječenja, duže trajanje bolesti, kraći ostanak u bolnici pri prvom primitku na bolničko liječenje, ponavljano bolničko liječenje, zloporaba alkohola te prisutnost psihijatrijskih i somatskih komorbiditeta.[7]

Aktualni brojevi za godišnju prevalenciju među mladim ženama u svijetu prosječno iznose 0,4% za anoreksiju nervozu i 1%-1,5% za bulimiju nervozu. O prevalenciji među muškarcima postoji manje podataka, ali se procjenjuje kako je omjer oboljelih žena naspram muškarcima 10:1.[1]

Studije su pokazale snažnu povezanost između prevalencije poremećaja jedenja i ženskog spola, mlađih dobnih skupina i anamneze zlostavljanja s iznimkom poremećaja s prejedanjem koji se češće javlja u starijih muškaraca i žena. Također je opovrgnuto i uvriježeno mišljenje da su poremećaji jedenja predominantno vezani za pripadnice bijele rase, višeg socio-ekonomskog i obrazovnog statusa koje žive u razvijenim područjima. Utvrdilo se da nema značajne statističke povezanosti između poremećaja jedenja i etničke pripadnosti, socio-ekonomskog statusa, obrazovanja i stupnja urbanizacije. Štoviše, neka istraživanja pokazala su da se poremećaji jedenja češće javljaju među manjinama i siromašnijim slojevima društva.[4]

2. Etiologija

Poznavanje etiologije bolesti važno je radi utvrđivanja rizičnih faktora i uzroka kako bi poduzeti terapijski postupci bili ciljani i učinkoviti.

Etiologija poremećaja jedenja nije u potpunosti jasna. Većina istraživača se slaže da je riječ o složenoj međuigri brojnih čimbenika; bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih. Pitanje je i zašto se, kada se steknu svi uvjeti, u nekih osoba poremećaji razvijaju, a u drugih ne. Izgleda da su čimbenici koji određuju osobnost u tome presudni.[8]

2.1. Biološki faktori

2.1.1. Genetički faktori

Uloga genetičkih faktora u razvoju poremećaja jedenja postaje sve jasnija. Obiteljske studije anoreksije nervoze i bulimije nervoze potvrđuju višu životnu prevalenciju poremećaja među osobama čiji su srodnici bolovali od poremećaja jedenja, u odnosu na one koji su potjecali iz obitelji čiji su članovi bili zdravi.[9] Učestalost anoreksije nervoze među sestrama bolesnica šest je puta veća od najveće incidencije u općoj populaciji, a istraživanja blizankinja pokazala su da je učestalost anoreksije nervoze u dvojajčanih blizankinja 5%, a u jednojajčanih 56%.[8] Utjecaj gena dokazan je i u istraživanju koje je uključivalo posvojene blizance, a koji su živjeli u različitom okruženju.[10] Činjenica da u ovim slučajevima incidencija nije 100%-tna, pokazuje da je za ispoljavanje bolesti uz genetičku predispoziciju bitna i uloga okolinskih faktora.[9]

Istraživanja ljudskog genoma u svrhu identificiranja genskih varijanti koje utječu na simptome i ponašanje vezano za poremećaje jedenja, zasad su malobrojna. Četvrto po redu takvo istraživanje utvrdilo je statistički značajnu povezanost između gena CLEC5A LOC136242, TSHZ1, SYTL5 i anoreksičnog fenotipa, gena NT5C1B i bulimičnog fenotipa te gena ATP8A2 i poremećenog ponašanja vezanog za jedenje.[11]

2.1.2. Neurobiološki faktori

Na području neurobiologije stekla su se razna saznanja o vezi između neurobioloških faktora i etiopatogeneze poremećaja jedenja. Najveća pažnja

posvećena je monoaminskom sustavu iz razloga što je upravo taj sustav ciljno mjesto djelovanja većine lijekova koji se koriste u liječenju psihijatrijskih poremećaja.

Vjeruje se da serotonin (5-HT) sudjeluje u regulaciji apetita i raspoloženja. Disregulacija serotoninergičkog sustava povezuje se sa poremećenom regulacijom apetita, anksioznošću, impulzivnošću, agresivnosti, opsesivnim ponašanjem te sklonosti samoozljeđivanju i suicidalnosti. U osoba koje boluju od poremećaja jedenja dokazana je promijenjena funkcija serotoninergičkog sustava, koja perzistira i nakon izlječenja. Specifični nalazi su poremećena razina 5-hidroksiindoloctene kiseline (5-HIAA) u cerebrospinalnom likvora, neravnoteža u aktivnosti receptora 5-HT1A i 5-HT2A i smanjena funkcija 5-HT transportera (5-HTT). Uzevši to u obzir, 5-HT vjerojatno indirektno utječe na razvoj poremećaja jedenja, zbog njegovog efekta na osobine ličnosti koje su karakteristične za oboljele. Budući da su neka istraživanja pokazala kako poremećeno jedenje potencira abnormalnu funkciju serotoninergičkog sustava, još uvijek nije jasno da li svi dosad navedeni pronalasci prethode razvoju poremećaja jedenja ili su zapravo njihova posljedica, tako da su na ovom području potrebna dodatna istraživanja kako bi se ta dilema razjasnila.[12, 13]

Slijedeći bitan monoamin, dopamin (DA), igra značajnu ulogu u sustavu nagrađivanja u mozgu. Budući da okus hrane koja se konzumira, njen miris, pogled na hranu ili razmišljanje o njoj, stimulira sustav nagrađivanja, koji ujedno prenosi informacije o iskustvu vezanom za konzumaciju pojedine vrste hrane višim moždanim centrima, smatra se da je taj sustav važan u etiopatogenezi poremećaja jedenja. Funkcionalno snimanje moždane aktivnosti u osoba s anoreksijom nervozom pokazalo je pojačano vezanje DA na receptore D2/D3 u ventralnom strijatumu ili zbog porasta njihovog broja ili zbog porasta afiniteta receptora. Za razliku od zdravih osoba, kod kojih porast koncentracije endogenog DA potiče euforiju, kod anoreksičnih pojedinaca javlja se anksioznost kao posljedica hipersenzitivnosti mozga na stimulaciju DA. Zbog toga se zaključuje da oboljeli od anoreksije nervoze nastoje izbjeći neugodan i ekscesivan odgovor sustava nagrađivanja izazvan okusnim podražajem pa izbjegavaju uzimanje hrane. S druge strane, oboljeli od bulimije nervoze i poremećaja s prejedanjem, pokazuju smanjenu aktivnost D2/D3 receptora kakva je dokazana i kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima. Njihov sustav nagrađivanja slabije reagira na podražaj hranom, što može pridonositi pretjeranom

unosu hranu tijekom epizoda prejedanja, ali i drugim oblicima impulzivnog ponašanja.[14-16]

2.2. Psihološki faktori

2.2.1. Poremećen doživljaj tijela

Poremećen doživljaj veličine i oblika tijela značajan je simptom anoreksije nervoze, ali je isto tako i rizičan faktor za razvoj bolesti i opsesivnu želju za gubitkom težine, koji pridonosi održavanju restriktivnog obrasca jedenja. Nesigurnost, želja za tuđim odobravanjem, negativno mišljenje o samom sebi, čimbenici su povezani sa nezadovoljstvom vlastitim izgledom i precjenjivanjem veličine tijela. Jedna francuska studija govori o razlici između slike tijela i sheme tijela. Slika tijela je svjesna reprezentacija tijela u okviru njegovih estetskih, emocionalnih i socijalnih komponenti. S druge strane, shema tijela je senzomotorna reprezentacija tijela koja igra ulogu kada se zamišlja i izvodi neka motorička akcija. Kako bi razmotrili ulogu sheme tijela, istraživači su proveli pokus u kojem su ispitanici morali procijeniti mogu li proći kroz vrata različitih širina i zatim poduzeti akciju samog prolaska kroz vrata. Rezultati su pokazali da su oboljeli od anoreksije nervoze u odnosu na kontrole ne samo precjenjivali kritičnu širinu kroz koju mogu proći, već bi se i okrenuli postrance kada bi prolazi kroz vrata koja su očigledno bila dovoljno široka za prolazak. Kako bi se utvrdilo da li je poremećena shema tijela prisutna prije razvoja bolesti ili je isključivo njena posljedica, trebaju se provesti dodatna, poglavito longitudinalna istraživanja.[17]

2.2.2.. Osobine ličnosti

Određene osobine ličnosti prisutne u dječjoj dobi prije razvoja poremećaja jedenja, smatraju se rizičnim faktorom za razvoj poremećaja, a kada se bolest razvije one su putokaz za izbor vrste terapije te prediktor ishoda liječenja.

Anksiozni poremećaji čest su komorbiditet u oboljelih od poremećaja jedenja (oko 70% oboljelih od anoreksije nervoze i bulimije nervoze)[18], a značajan broj pacijenata navodi razvoj anksioznosti u dječjoj dobi, prosječno između osme i desete godine života, u okviru anksioznosti zbog odvajanja, generaliziranog anksioznog poremećaja, specifičnih fobija i socijalne fobije.[19]

Uz anksioznost, kao vrlo čest, navodi se opsesivno-kompulzivni poremećaj prisutan u 5%-80% oboljelih od anoreksije nervoze te u 25% oboljelih od bulimije nervoze. Opsesivno-kompulzivnu ličnost u dječjoj dobi opisuje nekoliko značajki. Kao prvo, to je izrazit perfekcionizam koji se očituje na više polja djetetova života (škola, briga o sebi, pospremanje sobe i drugi kućanski poslovi, hobiji, briga o kućnim ljubimcima). Perfekcionizam je tipičan za anoreksiju nervozu, a dvije trećine oboljelih od anoreksije nervoze potvrđuje postojanje perfekcionizma u djetinjstvu. Slijedeća je nefleksibilnost i kruto poštivanje pravila. Takva se djeca teško prilagođavaju promjenama kod selidbe, promjeni škole, obiteljske strukture, rasporeda dnevnih aktivnosti i osmišljavaju plan za većinu svojih aktivnosti. Također su jako neodlučni u svom djelovanju i vrlo su oprezni kako ne bi počinili neku grešku, a u brizi za sebe i u kućanskim poslovima teže redu i simetriji.[20]

Impulzivnost i konstantno traženje osjetilnih senzacija tipično je za bulimiju nervozu. Istaknuti rizični faktor je i postojanje jednog od ovih specifičnih poremećaja ličnosti: borderline, histrionski i shizotipni poremećaj ličnosti.[21]

Specifični poremećaji ličnosti su stanja s dominirajućom crtom (ili crtama) ličnosti i bihevioralnim sklonostima, koji su između zdravlja i psihičke bolesti. Da bi se moglo govoriti o poremećaju ličnosti, moraju biti zadovoljeni tzv. „3p“ kriteriji. To znači da određeno ponašanje treba biti patološko (odstupajuće od očekivanog), perzistirajuće (učestalo prisutno tijekom razdoblja od najmanje 5 godina) i pervazivno (jasno vidljivo u različitim situacijama).[22]

Granični (borderline) ustroj ličnosti opisuju brze izmjene raspoloženja, osjećaj praznine, „napadaji“ depresivnosti praćeni suicidalnim mislima i pokušajima te sklonost samoozljeđivanju, nestabilnost emocionalnih veza, strah od odbacivanja i ostavljanja. Pogođene osobe misle da su u djetinjstvu bile zakinute za odgovarajuću njegu i stoga se osjećaju prazno, bijesno i smatraju da imaju pravo na njegu. Zbog toga neumorno traže pažnju i osjetljivi su na osjećaj da je nema, a kada se zabrinu da će izgubiti brigu druge osobe, često izražavaju neodgovarajući i jaki bijes. Njihov koncept stvarnosti ponekad je tako loš da imaju kratke epizode psihotičnog razmišljanja, poput paranoidnih deluzija i halucinacija. U početku kod njegovatelja izazivaju zaštitničke osjećaje, no nakon ponavljanih kriza, nejasnih i neutemeljenih

pritužbi i neuspjeha pri suradnji s preporukama za liječenje, na njih se gleda kao na osobe koje se žale, a odbijaju pomoć.[23]

Histrionski poremećaj ličnosti uključuje izrazitu egocentričnost, površnu i labilnu afektivnost, preuveličano izražavanje osjećaja, teatralnost i dramatičnost, emocionalnu osjetljivost, traženje pažnje, poštovanja, priznanja i divljenja drugih, nesposobnost za dulje i dublje emocionalne veze, manipulativnost, sugestibilnost, traženje uzbuđenja i nedosljednost.

Shizotipni poremećaj ličnosti karakteriziraju čudno, neobično, ekscentrično ponašanje. Osobe se obično povlače iz društva, nemaju prijatelja, ne ulaze u emocionalne veze. Mogu se javiti praznovjerje, magijsko mišljenje, dječje fantazije i strahovi, osjećaj vidovitosti, predviđanja, pseudofilozofske interpretacije i interpretacije o zdravom životu, meditaciji, rješavanju globalnih problema.[22]

2.3. Sociokulturni faktori

Na ovom području najviše se pažnje posvetilo obiteljskim faktorima i utjecaju zapadnjačke kulture i masovnih medija.

2.3.1. Obiteljski faktori

Obiteljski razlozi odnose se na posebnu dinamiku obiteljskih odnosa, osobine ličnosti roditelja, stavove roditelja prema kontroli težine, obliku tijela i vježbanju koji mogu biti poticajni faktor za razvoj poremećaja jedenja u njihove djece. Dan je karakterističan opis obitelji anoreksičnih i bulimičnih djevojaka.

2.3.1.1. Obitelj anoreksične bolesnice

Obitelji s anoreksičnom bolesnicom obično su neupadljive. Trude se zadovoljiti sve društvene norme, predano rade, trude se da izgledaju pristojno, a vanjski izgled im je svima jako bitan. Na prvi pogled, roditelji su mirni ljudi u standardnim brakovima, ali ispod površine kriju se latentni sukobi i nesuglasice koji se nastoje potisnuti i prikriti. Majka ima dominantnu ulogu, a otac je periferna figura, prezaposlen čovjek koji malo sudjeluje u obiteljskom životu, posebno u pitanjima djece. Majka je često u ulozi žrtve, nezadovoljna svojom ženskom ulogom i otvoreno se suprotstavlja svakom nagonskom zadovoljstvu. Prema djeci, posebice prema

kćerima, jako su zahtjevne očekujući odlične ocjene i uspjeh pod svaku cijenu. Pretjerano se bave svojim kćerima, ali čini se da u tome odviše ne uživaju, kao što ne uživaju ni u većini drugih aktivnosti. Majke se pokazuju kao savršene domaćice koje predano kuhaju, ali ne uživaju u jelu i često su opterećene vlastitim izgledom i težinom.

Obitelj je potpuno okrenuta djetetu, izrazito i pretjerano ga štiti. Kada je dijete malo, postoji intenzivna veza između djeteta i majke koja iz odnosa isključuje oca. Dijete, koje je konstantno zaštićeno i paženo, razvija opsesivnu želju za savršenstvom shvaćajući da je savršenstvo ono što roditelji očekuju. Dijete se uči ponašati onako kako to roditelji očekuju i razvija osjećaj odgovornosti da ne napravi nešto što bi posramilo obitelj pred drugima. Teško donosi vlastite odluke i ovisi o odobravanju roditelja. Bitno obilježje djetinjstva tako postaje poricanje sebe i vlastitih potreba za dobrobit obitelji. Kada nastupi adolescencija, u djeteta se javljaju suprotstavljene potrebe da sve ostane po starom i da se promijeni jer adolescencija nosi sa sobom želju za ostvarivanjem novih veza izvan obitelji i razvojem vlastitog mišljenja. Adolescentica se pokušava odvojiti od obitelji, ali ne uspijeva. Roditelji se sve jače trude zadržati djevojčicu unutar granica obitelji i nastoje ju prisiliti na odustajanje od promjene. Kako bi izbjegla sukobe, što je tipično za ovakvu obitelj, adolescentica pribjegava bolesti, anoreksiji, koja odgađa odrastanje koje uzrokuje sukob, a također stavlja latentne nesuglasice između roditelja u drugi plan jer glavnom preokupacijom sada postaje briga za teško bolesnu djevojku.

Psihoanalitičari posebnu pozornost pridaju najranijem odnosu između djeteta i majke. U najranijem djetinjstvu, kada dijete nema sposobnost razlikovanja sebe od okoline i majke, ono svoje tijelo doživljava kao dobro ili loše na temelju odnosa s majkom. Ako je majka depresivna, uznemirena, tjeskobna, ne prepoznaje djetetove potrebe i ne pruža odgovarajuću skrb, dijete internalizira to negativno iskustvo kao glavnu značajku majke, prvog objekta ljubavi. Samo tijelo djeteta nesvjesno postaje loš objekt koji se temelji na svim internaliziranim negativnim aspektima majčinskog objekta. Anoreksična djevojka zato se boji svog tijela i njegovog rasta pri jedenju hrane. Početkom puberteta, tijelo djevojke pretvara se u materinski objekt sa svim svojim negativnim aspektima i seksualnošću, zbog čega se može javiti aktivna agresija usmjerena na tijelo u formi izgladnjivanja. Odbijanjem hrane, djevojka odbija

sve ono što je simboliziralo majku. Prisutan je strah da će samo jedan zalogaj hrane biti dovoljan da izgube kontrolu ne samo nad svojim tijelom, nego i nad cjelokupnim životom. Tijelo koje nekontrolirano raste, doživljava se kao nepobjedivo i nasrtljivo, kao što se doživljavala i okolina pa ono postaje sila protiv koje se treba boriti. Neke majke izrazito su opterećene vlastitim, a i kćerinim izgledom i težinom, pa potiču zajedničko mršavljenje, ne sluteći da se kćer možda neće moći zaustaviti. Intenzitet veze između majke i kćeri i njegova priroda podložna je transgeneracijskom prijenosu, baš kao i odnos prema tijelu i ženskoj ulozi.[8]

2.3.1.2. Obitelj bulimične bolesnice

Majke bulimičnih bolesnica često su pasivne osobe koje nesvjesno odbacuju dijete i nisu dovoljno angažirane u njezi. Često su i same opterećene teškim psihološkim problemima, imaju problema s regulacijom afekata, djeluju napeto i anksiozno, a u svojim ih postupcima kćeri opisuju kao krute i nedovoljno emocionalne. Kao i u obiteljima anoreksičnih bolesnica, majke su često nezadovoljne izgledom i tjelesnom težinom, a tjelesna težina se opisuje kao najvažniji čimbenik o kojem ovisi osjećaj vlastite vrijednosti, što se u obitelji provlači kroz više naraštaja. Nedovoljna emocionalna raspoloživost majke čini dijete nesigurnim pa ono hranu izabere kao neku vrstu prijelaznog objekta, dakle zamjene za majku. Time se zaobilazi potreba za drugom ljudskom osobom kako bi se izbjeglo razočaranje. Hrana zamjenjuje idealiziranu funkciju objekta, pruža ugodu, utjehu i pomaže u oslobađanju od bolnih osjećajnih stanja. Budući da je učinak hrane samo privremen, osoba postaje ovisna o njoj. Bulimične bolesnice osjećaju da postoji dio njih koji ne mogu kontrolirati i koji ih kažnjava što nalikuje kažnjavajućem aspektu roditelja.

Prijašnja negativna iskustva u obitelji i osjećaj gubitka pridonose razvoju jake lojalnosti prema obitelji i tendeciji žrtvovanja svojih potreba u svrhu boljitka ostalih članova. U bulimiji, kao i u anoreksiji, nastaju patološki obrati u odnosu među članovima tako da djeca preuzimaju ulogu i obveze roditelja pa dijete zbog osjećaja odgovornosti ne može napustiti taj položaj, a to otežava odvajanje od roditelja koje je normalno u procesu odrastanja. Otac je i u ovom slučaju samo pasivna figura, često odsutan, a kćeri ih opisuju kao manje brižne i osjećajne. Iskustva oca u njegovoj vlastitoj obitelji na području preuzimanja odgovornosti, otvorenosti među članovima

obitelji, iskazivanja emocija i cjelokupne atmosfere, pokazala su se važnima za sposobnost kćeri da stekne autonomiju i odvoji se od obitelji.[8, 24]

2.3.2. Masovni mediji i zapadnjačka kultura

Izloženost zapadnjačkoj kulturi koja promovira mršavost smatra se rizičnim čimbenikom za razvoj poremećaja jedenja. Masovni mediji svakodnevno nameću poruke koje formiraju individualne i društvene norme koje se odnose na privlačnost, idealnu sliku tijela, samokontrolu, hranu i reguliranje tjelesne težine. Poznato je da djevojke često nastoje dostići nerealnu i nezdravu sliku tijela koju prenose mediji, a izloženost takvim porukama potiče poremećene obrasce jedenja, depresivno raspoloženje i nisko samopoštovanje. Za primjer, učestalost poremećaja jedenja u Japanu, Singapuru i Iranu u konstantnom je porastu među ženama koje su se privremeno školovale ili bile na odmoru u zapadnjačkim zemljama. Druga studija koja je proučavala utjecaj zapadnjačke kulture na imigrante u Kanadi, pokazala je veću učestalost poremećaja u djece čiji su roditelji imigranti s vremenom preuzeli kulturološka obilježja Kanađana, u odnosu na djecu čiji su roditelji još uvijek živjeli u skladu sa svojom izvornom kulturom.[12, 25]

2.3.3. Supkulture

Postoje rizične grupe u kojima je anoreksija nervoza češća nego u općoj populaciji. To se ponajprije odnosi na profesije kao što su manekenke, balerine i atletičarke. Okruženje u kojem se te djevojke kreću izuzetno je zaokupljeno izgledom, strahom od debljanja i dijetama, a kada se tome doda natjecateljska atmosfera među članovima, čini se da postoji veliki društveni pritisak na zadržavanje što vitkije linije.[8] U baletu i modelingu nameće se ideja da je manja tjelesna težina, put prema uspjehu. Djevojke žude za vitkošću, često su nezadovoljne svojim tijelom, precjenjuju njegovu veličinu i pokazuju izrazit perfekcionizam. Kako bi dostigle fizički ideal, često se izgladnjuju i imaju poremećene obrasce jedenja, što neizravno dodatno podržavaju modni dizajneri, odnosno treneri.[26] Među atletičarkama, najugroženije su one djevojke koje se bave sportovima u kojima je bitna estetika, kao što su gimnastika, umjetničko klizanje i plivanje. U toj skupini iznikao je novi pojam poznat kao atletska anoreksija. Djevojke smanjuju unos hrane, ali ne do te mjere da bi zadovoljile kriterije za anoreksiju nervozu. Unatoč niskom energetskom unosu i

niskom BMI-u, njihova fizička izvedba ipak je izvrsna. Poremećeno jedenje također je i dio „ženske atletske trijade“, zajedno s amenorejom i demineralizacijom kostiju.[27]

2.4. Seksualno zlostavljanje i drugi oblici psihičke traume

U osoba koje su bile žrtve seksualnog zlostavljanja često se sreće prisutan poremećaj jedenja. Kod anoreksičnih pojedinaca tumači se da je strah od debljine povezan sa izbjegavanjem psihoseksualnog sazrijevanja, a neke osobe svjesno teže mršavosti kako bi bile što manje seksualno privlačne. Zlostavljane djevojčice i anoreksične djevojke dijele određene psihološke fenomene, kao što su ambivalencija prema majci (javlja se u zlostavljanih zato što prema majci istovremeno osjećaju ljubav, ali i ljutnju te razočaranje jer ih majka ne štiti od zlostavljanja), želja za autonomnom kontrolom nad vlastitim tijelom, samokažnjavanje i posebno kod bulimije nervoze, poremećaj regulacije afekata. Samo zlostavljanje ne znači da će dijete u budućnosti i oboljeti. Pokazalo se da je za razvoj poremećaja jedenja istovremeno bitna dinamika odnosa u obitelji. Usporedba oboljelih od anoreksije nervoze i od bulimije nervoze, donosi podatak da je stopa zlostavljanja mnogo veća u bulimičnih pacijenata, nego li u anoreksičnih, posebno restriktivnog tipa. Osim zlostavljanja i druge vrste traumatskih iskustava poput fizičkog ili psihičkog zlostavljanja, odrastanje uz nasilje u obitelji i drugi neugodni događaji ubrajaju se u rizične čimbenike za razvoj poremećaja jedenja. Kako bi zaštitile svoju osjetljivu psihu i skrenule misli sa trauma iz prošlosti, osobe se usredotočuju na nešto što mogu kontrolirati, a to je hrana.[8, 28]

3. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji

Klasifikacija poremećaja jedenja i za njih vezani dijagnostički kriteriji mijenjali su se tokom vremena. Najveći broj liječnika u dijagnozi se oslanja na Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja – peto izdanje (DSM-5) izdan 2013. godine kojim se nastojalo ispraviti nedostatke dotad prihvaćenog četvrtog izdanja. Drugi vodeći nozološki sistem jest Međunarodna klasifikacija bolesti – 10 izdanje, MKB-10 (ICD-10)[29] i njegova klinička modifikacija iz 2014. godine, ICD-10-CM[30]. Makar obje klasifikacije imaju svoje dobre strane, one imaju i neke nedostatke kao što su

heterogenost u prezentaciji simptoma unutar pojedinih dijagnostičkih kategorija, preklapanje simptoma između različitih dijagnoza, nemogućnost predviđanja terapijskog ishoda za pojedinu dijagnozu i neprepoznavanje potencijalnih mehanizama koji potiču obrazac poremećenog jedenja, a mogli bi biti glavni cilj terapijskog pristupa. Kao odgovor na navedena ograničenja razvio se niz alternativnih klasifikacija koje se temelje na prisutnom komorbiditetu.[31]

3.1. DSM-IV

DSM-IV u poremećaje jedenja uključuje dvije specifične dijagnoze, anoreksiju nervozu i bulimiju nervozu. Karakteristika anoreksije nervoze je odbijanje osobe da održi minimalnu normalnu tjelesnu težinu. Karakteristika bulimije nervoze je ponavljanje epizoda prejedanja nakon kojih slijede neodgovarajuća kompenzacijska ponašanja, kao što su samoinducirano povraćanje, zloporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili prekomjerno vježbanje. Osnovna karakteristika oba poremećaja je poremećaj u percepciji oblika vlastitog tijela i težine. Poremećaji koji ne zadovoljavaju kriterije za određeni specifični poremećaj jedenja, svrstani su u kategoriju Poremećaj jedenja – neodređen.

Gojaznost, koja je uključena u Međunarodnu klasifikaciju bolesti kao poremećaj općeg stanja, ne pojavljuje se u DSM-IV, budući da nije utvrđeno da je neophodno vezana sa psihološkim sindromom i sindromom ponašanja. Ipak, ako su u etiologiji pojedinog slučaja gojaznosti psihološki čimbenici važni, to treba biti navedeno kao prisutnost Psiholoških čimbenika koji utječu na zdravstveno stanje. Poremećaji jedenja i uzimanja hrane koji su obično prvi put dijagnosticirani u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu (pika, poremećaj s ruminacijom, poremećaj uzimanja hrane u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu) uključeni su u poglavlje Poremećaji hranjenja i uzimanja hrane u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu.[32]

U ovom pregledu usredotočit ću se isključivo na poremećaje uz koje se veže poremećena percepcija oblika vlastitog tijela i tjelesne težine. U zagradama kraj naziva poremećaja navedeni su MKB-10 kodovi.

3.1.1. Anoreksija nervoza (F50.0)

Temeljna obilježja anoreksije nervoze

Osoba odbija zadržati normalnu tjelesnu težinu, jako je zabrinuta da će se udebljati, pokazuje značajan poremećaj u percepciji oblika ili veličine svog tijela, a oboljele žene pokazuju izostanak menstruacije.

Popratna obilježja anoreksije nervoze

Mnoge osobe s anoreksijom nervozom, kada su teže pothranjene, pokazuju depresivne simptome kao što su depresivno raspoloženje, socijalno povlačenje, razdražljivost, nesanica i smanjeno zanimanje za seks. Budući da su ove značajke uočene i kod osoba koje su bile podvrgnute gladovanju, potrebna je ponovna procjena ovih simptoma nakon djelomičnog ili potpunog povrata težine. Tek nakon toga može se postaviti dijagnoza Velikog depresivnog poremećaja.

Često su prisutna opsesivno-kompulzivna obilježja, i ona vezana i ona nevezana za hranu. Mnoge osobe s anoreksijom nervozom zaokupljene su mislima o hrani, neke skupljaju i gomilaju hranu. Ako su prisutne opsesije i kompulzije nevezane za hranu, oblik tijela i težinu, opravdano je postaviti dijagnozu opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

Druga moguća obilježja jesu zabrinutost oko jedenja na javnim mjestima, osjećaj neučinkovitosti, jaka potreba za kontrolom vlastite okoline, nefleksibilno mišljenje, ograničena socijalna spontanost, smanjena inicijativa i izražavanje emocija.

Prežderavajući/purgativni tip pokazuje probleme kontrole impulsa, sklonost zloporabi alkohola i drugih droga, labilnost u raspoloženju i veću seksualnu aktivnost.

3.1.1.1. Dijagnostički kriteriji

Za dijagnozu anoreksije nervoze navedena su četiri kriterija.

Kriterij A daje upute za određivanje da li osoba zadovoljava kriterije pothranjenosti. Prema njemu je osoba pothranjena ako teži manje od 85% težine koja se smatra normalnom za tu dob i visinu. Alternativni i nešto stroži kriterij, upotrebljen u MKB-10 dijagnostičkim kriterijima, zahtjeva da osoba ima indeks tjelesne mase (BMI) jednak ili manji od 17,5 kg/m^2. U određivanju minimalne normalne tjelesne težine kliničar treba, osim ovih smjernica, razmotriti i građu tijela pojedinca te prijašnju težinu. Ako se anoreksija nervoza razvija za vrijeme djetinjstva ili rane adolescencije, može se iskazati kao nemogućnost da se dosegne očekivana

težina, umjesto gubitka težine. Gubitak težine uzrokovan je smanjenjem ukupnog unosa hrane. Osobe mogu započeti s isključivanjem one hrane koju smatraju visokokaloričnom, a najčešće završavaju s vrlo restriktivnom dijetom koja je ponekad ograničena na svega nekoliko namirnica. Dodatne metode za gubitak težine uključuju samoinducirano povraćanje, zloporabu laksativa ili diuretika i intenzivno ili prekomjerno vježbanje.

Kriterij B navodi da osobe s ovim poremećajem imaju velik strah od dobivanja na težini ili od toga da će postati debeli. Taj strah nije u skladu s njihovim gubitkom težine, već se često briga oko dobivanja na težini povećava iako je stvarna težina u padu.

Kriterij C govori da su kod ovih osoba doživljaj i značaj tjelesne težine i oblika tijela poremećeni. Neke osobe osjećaju se općenito predebelo. Druge osobe smatraju da su mršave, ali su zaokupljene određenim djelovima tijela , posebno trbuhom, stražnjicom ili bokovima, za koje misle da su debeli. Mogu koristiti različite tehnike za procjenu tjelesne težine ili veličine, kao što su prekomjerno vaganje, opsesivno mjerenje dijelova tijela, neprekidno promatranje u ogledalu u svrhu procjene stanja percipiranih predebelih dijelova tijela. Također odbijaju prihvatiti ozbiljnost niske tjelesne težine.

Kriterij D navodi izostanak najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa u žena koje već imaju menstruaciju (sekundarna amenoreja), što je posljedica fiziološke disfunkcije sa smanjenim lučenjem pituitarnih hormona, folikulostimulirajućeg hormona (FSH) i luteinizirajućeg hormona (LH). Izostanak menstruacije obično slijedi nakon gubitka na težini, ali u manjem broju slučajeva može joj i prethoditi. Kod djevojaka u pretpubertu, početak menstruacije može kasniti zbog bolesti (primarna amenoreja).

MKB-10 zahtijeva da gubitak težine bude prouzročen izbjegavanjem „hrane koja deblja“ i da kod muškaraca postoji gubitak seksualnog zanimanja i potencije. Dijagnoza anoreksije nervoze je isključena ako postoji jedenje velikih količina hrane na mahove.

3.1.1.2. Podtipovi

Postoje dva podtipa anoreksije nervoze s obzirom na postojanje ili odsutnost prejedanja ili pražnjenja.

Restriktivni tip opisuje postojanje gubitka na težini prvenstveno zbog dijete, posta ili prekomjernog vježbanja. Za vrijeme tekuće epizode bolesti ove osobe nemaju redovita prejedanja ili pražnjenja.

Prežderavajući/purgativni tip karakterizira redovito prejedanje ili pražnjenje (ili oboje) za vrijeme tekuće epizode bolesti. Osobe koje se prejedaju obično se prazne samoinduciranim povraćanjem ili zlouporabom laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili emetika. Neke osobe ubrojene u ovaj podtip ne prejedaju se, ali se redovito prazne nakon konzumacije vrlo malih količina hrane.

3.1.2. Bulimija nervoza (F50.2)

Temeljna obilježja bulimije nervoze

Prejedanje s neodgovarajućom kompenzacijskim metodama radi preveniranja porasta tjelesne težine i samoprocjenjivanje pod izuzetnim utjecajem oblika tijela i tjelesne težine.

Prejedanje je definirano kao jedenje, u određenim vremenskim razdobljima, količine hrane značajno veće od one koju bi većina ljudi pojela u sličnim okolnostima. Važno je uzeti u obzir okolnosti u kojima se uzima hrana – ono što bi se smatralo prekomjernim uzimanjem hrane za vrijeme normalnog obroka, može se smatrati normalnim u slučaju slavljeničkog ili prazničkog obroka. Pojedinačna epizoda prejedanja ne mora biti ograničena na jedno mjesto. Primjerice, osoba može početi prejedanje u restoranu i nastaviti na povratku kući. Kontinuirano uzimanje malih količina hrane tijekom dana ne smatra se prejedanjem. Iako vrsta hrane koja se konzumira tijekom prejedanja varira, tipično su uključene visokokalorične namirnice kao što su kolači, keksi ili sladoled. Oboljele osobe najčešće su postiđene zbog problema s uzimanjem hrane i nastoje sakriti svoje ponašanje. Zato se prejedanje odvija u tajnosti ili onoliko tajno koliko je to moguće. Epizoda prejedanja može, ali i ne mora biti planirana, a karakterizirana je brzom konzumacijom. Prejedanje se često nastavlja sve dok osoba ne osjeti neugodu ili bol. Pokretač prejedanja može biti disforično raspoloženje, stres, osjećaji vezani za tjelesnu težinu, oblik tijela ili hranu ili

jaka glad kao posljedica dijete. Prejedanje može privremeno ublažiti disforiju, ali često slijedi ponižavajuća samokritika i depresivno raspoloženje. Značajna karakteristika epizoda prejedanja je i osjećaj gubitka kontrole. Ipak, poremećaj kontrole nije apsolutan pa će tako osoba prekinuti prejedanje ako u prostoriju neočekivano uđe sustanar ili član obitelji.

Najčešće korištena (80-90%) kompenzacijska metoda nakon epizoda prejedanja jest samoinducirano povraćanje. Neposredan učinak povraćanja je ublaživanje fizikalnih smetnji i ublaživanje straha od porasta tjelesne težine. S vremenom povraćanje može postati cilj sam za sebe pa će se osoba prejedati da bi povraćala ili će povraćati poslije uzimanja malih količina hrane. Osobe s bulimijom nervozom mogu koristiti različite metode izazivanja povraćanja, uključujući uporabu raznih predmeta ili prstiju za izazivanje refleksa povraćanja. Osobe općenito postaju vješte u izazivanju povraćanja i mogu povratiti kad god žele. Jedna trećina oboljelih zlorabi laksative, dok su upotreba diuretika i sredstava za klistiranje relativno rijeđi.

Popratna obilježja bulimije nervoze

Osobe s bulimijom nervozom tipično se nalaze unutar granica normalne težine, iako neki mogu biti ispod ili iznad normalne težine. Između epizoda prejedanja obično smanjuju svoj kalorijski unos, preferiraju niskokaloričnu hranu i izbjegavaju hranu bogatu masnoćama ili hranu koja može dovesti do prejedanja.

Povećana je učestalost depresivnih simptoma ili poremećaja raspoloženja (distimični poremećaj, veliki depresivni poremećaj), anksioznosti ili anksioznog poremećaja, zloporabe i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima te poremećaja ličnosti (najčešće granični poremećaj ličnosti). Depresivni simptomi su češći u osoba s bulimijom nervozom purgativnog tipa nego u osoba s bulimijom nervozom nepurgativnog tipa.

3.1.2.1. Dijagnostički kriteriji

Kriterij A zahtjeva ponavljane epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s dva elementa. Prvi je jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata), a količina pojedene hrane je značajno veća nego što bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u istim okolnostima. Drugi je osjećaj gubitka

kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede).

Kriterij B navodi ponavljano neodgovarajuće kompenzatorno ponašanje sa svrhom prevencije porasta težine, kao što su samoinducirano povraćanje, zloporaba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova, post ili pretjerano vježbanje.

Kriterij C postavlja vremenski okvir za prejedanje i neodgovarajuće kompenzatorno ponašanje koji se moraju javljati najmanje dva puta tjedno tijekom tri mjeseca.

Kriterij D govori da samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela.

Kriterij E isključuje da se poremećaj javlja samo za vrijeme epizoda anoreksije nervoze.

MKB-10 kriteriji za bulimiju nervozu su istovjetni.

3.1.2.2. Podtipovi

Postoje dva podtipa s obzirom na prisutnost ili odsutnost uobičajene metode pražnjenja kao kompenzacije za prejedanje.

Purgativni tip opisuje osobe koje uobičajeno pribjegavaju samoinduciranom povraćanju ili zloporabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje tijekom sadašnje epizode.

Nepurgativni tip opisuje osobe koje imaju neko drugo neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje, kao što su post ili pretjerano vježbanje, ali ne i često samoinducirano povraćanje, zloporabu laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje tijekom sadašnje epizode.

3.1.3. Poremećaj hranjenja, neodređen (EDNOS) (F50.9)

1. Svi poremećaji hranjenja koji ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za bilo koji specifični poremećaj, smješteni su u ovu kategoriju. Primjeri uključuju: Kod žena su zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osim što osoba ima redovite menstruacije.

2. Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu, ali osoba ima težinu unutar normalnih okvira usprkos gubitku na težini.
3. Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu, osim što se prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Ponašanje kod kojeg osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane.
5. Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje, velikih količina hrane.
6. Prejedanje u odsutnosti korištenja neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu.

Ovdje bih se posebno osvrnula na gore naveden primjer pod točkom 2. Naime, osobe koje zadovoljavaju kriterije za anoreksiju nervozu, ali unatoč gubitku na težini još uvijek imaju BMI unutar normalnog raspona, često budu neprepoznate, a težina njihove bolesti podcjenjena unatoč jasnih znakova malnutricije što ostavlja dovoljno vremena za daljnju progresiju bolesti. Tipičan primjer takve skupine osoba jesu adolescenti koji su anamnestički imali prekomjernu tjelesnu težinu (BMI između 85. i 95. percentile za dob) ili su bili pretili (BMI iznad 95. percentile za dob), a ujedno se ubrajaju među one koji imaju povećan rizik za razvoj poremećaja jedenja tijekom njihovog truda da smanje tjelesnu težinu. Obiteljski liječnici u ovom slučaju gubitka tjelesne težine i drugih posljedica izgladnjivanja češće sumnjaju na gastroenterološke poremećaje ili sindrom policističnih ovarija, prije nego li na poremećaj jedenja, zbog čega boljeli ne dobiju na vrijeme odgovarajući tretman pa je i veća vjerojatnost da će bolest i dalje napredovati sa svim svojim fizičkim i psihičkim posljedicama. Zato liječnici moraju biti svjesni da pad tjelesne težine na normalne vrijednosti ne isključuje mogućnost postojanja poremećaja jedenja. Fizičke posljedice izgladnjivanja koje su kod pojedinaca niske tjelesne težine znak za uzbunu, kod onih normalne tjelesne težine često se pogrešno tumače. Zbog toga se liječnička procjena ne smije oslanjati isključivo na trenutnu vrijednost tjelesne težine, već se u obzir mora uzeti svaka devijacija tokom vremena te ako se utvrdi gubitak tjelesne težine, pa makar i na normalnu vrijednost, potrebno je ispitati postoji li poremećeno ponašanje vezano za uzimanje hrane, pridavanje velike važnosti tjelesnoj težini i obliku tijela, nezadovoljstvo fizičkim izgledom, psihološke karakteristike poput socijalnog

povlačenja, rigidnosti ili iritabilnosti te fizičke posljedice izgladnjivanja. Uz takav pristup postoji veća vjerojatnost postavljanja prave dijagnoze, a time i rane intervencije i konačno pozitivnog ishoda za pojedinca.[33]

3.2. DSM-5

DSM-5, koji je zadržao većinu dijagnostičkih kriterija navedenih u DSM-IV, uveo je nekoliko značajnih preinaka. Za razliku od DSM-IV, svi poremećaji jedenja i uzimanja hrane, bez obzira na dob u kojoj se javljaju, svrstani su u jedno poglavlje. Za anoreksiju nervozu amenoreja je izuzeta kao dijagnostički kriterij, a za bulimiju nervozu smanjena je učestalost epizoda prejedanja i neprikladnog kompenzacijskog ponašanja sa dva puta na jednom tjedno u posljednja tri mjeseca. Velika promjena je ubrajanje poremećaja s prejedanjem među specifične poremećaje jedenja zajedno s anoreksijom nervozom i bulimijom nervozom.[1]

DSM-5 uvodi novi termin, izbjegavajući/restriktivni poremećaj jedenja, umjesto prije korištene skupine Poremećaji hranjenja i uzimanja hrane u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu. Konačno, EDNOS su rekonfigurirani i preimenovani u Drugi specificirani poremećaj hranjenja ili jedenja (OSFED), a preostali poremećaji koji ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije svrstani su u skupinu Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja (UFED).[34]

Rezultat ove revizije je smanjenje ukupnog broja slučajeva svrstanih u kategoriju EDNOS, poglavito zbog definiranja poremećaja s prejedanjem kao zasebne dijagnoze te zbog izostavljanja amenoreje kao dijagnostičkog kriterija za anoreksiju nervozu s posljedičnim porastom broja osoba s dijagnozom anoreksije nervoze, a koje su ranije bile smještene u skupinu EDNOS. Smanjenje frekvencije epizoda prejedanja i neprikladnog kompenzacijskog ponašanja uz istovremeno premještanje dijela osoba s dijagnozom bulimije nervoze prema DSM-IV kriterijima u kategoriju anoreksije nervoze prema DSM-5 kriterijima, nije dovelo do značajnog porasta broja slučajeva bulimije nervoze, a time nije imalo ni velik utjecaj na pad broja oboljelih u skupini EDNOS.[35]

U narednom tekstu detaljnije će biti opisane razlike s obzirom na DSM-IV. U zagradama kraj naziva poremećaja navedeni su MKB-10-CM kodovi.

3.2.1. Anoreksija nervoza (F50.0)

Kao što je već navedeno, dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu u DSM-5 u odnosu na DSM-IV razlikuju se po tome što Kriterij D, odnosno postojanje amenoreje u tri uzastopna menstruacijska ciklusa, više nije potreban za postavljanje dijagnoze.

Pokazalo se da je amenoreja u anoreksiji nervozi odraz nutritivnog statusa i posljedica anoreksije nervoze baš kao i promjene krvnog tlaka, tjelesne temperature i mineralne gustoće kostiju, a ne temeljna odrednica bolesti. Pored toga, kriterij za postojanje amenoreje nije bio adekvatan za dijagnostiku kod muškaraca, žena koje uzimaju estrogen te u premenarhalnoj i postmenopauznoj dobi.[35]

Podjela na podtipove i dalje je prisutna; Restriktivni tip (F50.01) i Prejedajući/purgativni tip (F50.02).

DSM-5 opisuje stupanj težine bolesti. Za odrasle, procjena se temelji na vrijednostima BMI. Prema naputku World Health Organization kategorije su s obzirom na BMI:

Blaga: BMI ≥ 17 kg/m^2

Umjerena: BMI 16-16.99 kg/m^2

Teška: BMI 15-15.99 kg/m^2

Jako teška bolest: BMI < 15 kg/m^2.

Stupanj težine bolesti može i porasti bez obzira na BMI ovisno o kliničkim simptomima, stupnju funkcionalne onesposobljenosti i potrebi za kontinuiranim nadzorom. Za djecu je potrebno koristiti BMI percentile specifične za dob uz istodobnu procjenu individualne građe tijela, psiholoških smetnji i uzimanje anamneze vezane za promjene tjelesne težine.

Otkako su se dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu promijenili, postavilo se je pitanje postoji li mogućnost da kliničari postave pogrešnu dijagnozu anoreksije nervoze konstitucijski mršavim djevojkama. Konstitucijska mršavost jest stanje karakterizirano fiziološki niskim BMI-om (< 18.5 kg/m^2) uz očuvane menstruacijske cikluse i normalnu reproduktivnu funkciju. Unatoč uzimanju većih količina energijom

zasićene hrane, one ne uspijevaju povećati tjelesnu težinu. Nemaju psiholoških smetnji, hormonalnih poremećaja, metabolizam im je uravnotežen ili ubrzan, a tjelesna težina je stabilna tokom vremena unatoč niskom BMI. Mršavost je jedina poveznica između konstitucijske mršavosti i anoreksije nervoze, ali uzme li se u obzir činjenica da nove smjernice ne zahtijevaju postojanje amenoreje kako bi se postavila dijagnoza anoreksije nervoze, dotičnim djevojkama može se pogrešno pripisati sumnja na anoreksiju nervozu uz pretpostavku da one jednostavno nastoje prikriti svoju bolest, što nije neuobičajeno za stvarno oboljele. U ovom slučaju bitno je poznavati činjenicu da anoreksiju nervozu prate brojne hormonalne abnormalnosti (↓T3, ↓IGF-1, ↑GH, ↓leptin,↑kortizol, ↑ACTH, ↓estradiol, ↓LH, ↓FSH), koje se ne pripisuju konstitucijskoj mršavosti. Biološka procjena, koja uključuje mjerenje razine leptina, slobodnog T3 i IGF-1, predložena je kako bi se izbjeglo postavljanje pogrešne dijagnoze.[36]

3.2.2. Bulimija nervoza (F50.2)

Najznačajnija je promjena u odnosu na DSM-IV preoblikovanje Kriterija C koji govori o frekvenciji epizoda prejedanja i neodgovarajućeg kompenzacijskog ponašanja. Umjesto najmanje dva puta tjedno u protekla tri mjeseca, dovoljno je da učestalost tih epizoda bude jednom tjedno u protekla tri mjeseca kako bi se postavila dijagnoza bulimije nervoze.

Druga promjena je izostanak podjele na purgativni i nepurgativni podtip. Svi slučajevi svrstavaju se u jednu skupinu koja koristi i purgativne (samoinducirano povraćanje, zloporaba laksativa i diuretika) i nepurgativne (post, pretjerano vježbanje) metode kontrole tjelesne težine.[37]

DSM-5 određuje i stupanj težine bolesti s obzirom na frekvenciju epizoda neodgovarajućeg kompenzacijskog ponašanja, a stupanj može biti i veći uzmu li se u obzir i drugi simptomi:

Blaga: 1-3 epizode tjedno

Umjerena: 4-7 epizoda tjedno

Teška: 8-13 epizoda tjedno

Jako teška bolest: ≥ 14 epizoda tjedno

3.2.3. Poremećaj s prejedanjem (F50.8)

Poremećaj s prejedanjem, koji je prije bio uvršten u EDNOS grupu poremećaja, DSM-5 ubraja u specifične poremećaje jedenja. Ovaj poremećaj relativno je čest sa procjenjenom životnom prevalencijom u općoj populaciji od 1,4%. Ovaj postotak je veći u skupini pretilih ljudi bez obzira na spol. Očekuje se da će prevalencija tijekom vremena i porasti zbog sve veće incidencija kako pretilosti tako i poremećaja jedenja svuda u svijetu. Makar se je poremećaj s prejedanjem prije smatrao poremećajem odrasle dobi, istraživanja su pokazala da se može javiti i u djetinjstvu te ranoj adolescenciji, a prosječna dob početka bolesti u rasponu je između kasne adolescencije i ranih 20-ih godina života. Klinička važnost poremećaja s prejedanjem vidljiva je u čestom komorbiditetu sa pretilosti i s njom povezanih komplikacija te u psihijatrijskim komorbiditetima kao što su anksiozni poremećaji, poremećaji ličnosti, poremećaji raspoloženja i zloporaba tvari. Sve to vodi oštećenju fizičkog zdravlja, lošijoj kvaliteti života, neuspješnoj socijalnoj prilagodbi, nezadovoljstvu životom i češćem traženju profesionalne pomoći.[38] Upravo je izdvajanje poremećaja s prejedanjem kao specifične dijagnoze naglasilo ovu kliničku važnost.

3.2.3.1. Dijagnostički kriteriji

A. Ponavljane epizode prejedanja. Epizoda prejedanja mora imati sljedeće karakteristike:
    1. Jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) količine hrane koja je značajno veća nego što bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u istim okolnostima.
    2. Osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode (osjećaj da osoba ne može prestati jesti ili kontrolirati što i koliko će toga pojesti)
B. Epizoda prejedanja praćena je sa tri ili više od sljedećih karakteristika:
    1. Jedenje je mnogo brže od normalnog.
    2. Jedenje sve do pojave osjećaja neugodne prepunjenosti.
    3. Jedenje velikih količina hrane kada nije prisutan osjećaj fizičke gladi.
    4. Jedenje u samoći zbog osjećaja posramljenosti radi količine hrane koju osoba jede.

5. Nakon epizode prejedanja, osoba osjeća gađenje prema sebi samoj, veliku krivnju ili se osjeća depresivno.

C. Postoji značajan distres vezan uz prejedanje.
D. Epizode prejedanja u prosjeku se javljaju najmanje jednom tjedno u protekla tri mjeseca.
E. Prejedanje nije praćeno neodgovarajućim kompenzacijskim ponašanjem kao u bulimiji nervozi i ne javlja se isključivo za vrijeme tekuće epizode anoreksije nervoze ili bulimije nervoze.

Stupanj težine bolesti određen je frekvencijom epizoda prejedanja, a može biti i veći s obzirom na ostale popratne simptome:

Blaga: 1-3 epizode tjedno

Umjerena: 4-7 epizoda tjedno

Teška: 8-13 epizoda tjedno

Jako teška bolest: ≥ 14 epizoda tjedno.

3.2.4. Drugi specificirani poremećaj hranjenja ili jedenja (F50.8)

U ovu grupu svrstani su oni poremećaji hranjenja i jedenja koji ne zadovoljavaju u potpunosti dosad navedene kriterije, a kliničar može navesti određen razlog zbog koje se osoba ne uklapa u specifičnu kliničku sliku. Primjeri su:

1. Atipična anoreksija nervoza – svi kriteriji za anoreksiju nervozu su zadovoljeni, ali unatoč značajnom gubitku težine, težina je još uvijek u području normalnih vrijednosti.
2. Bulimija nervoza niske frekvencije i/ili ograničenog trajanja – svi kriteriji za bulimiju nervozu su zadovoljeni, ali epizode prejedanja i neodgovarajućeg kompenzacijskog ponašanja u prosjeku se javljaju manje od jednom tjedno i/ili kraće od tri mjeseca.
3. Poremećaj s prejedanjem niske frekvencije i/ili ograničenog trajanja – svi kriteriji za poremećaj s prejedanjem su zadovoljeni, ali epizode prejedanja u prosjeku se javljaju manje od jednom tjedno i/ili kraće od tri mjeseca.
4. Poremećaj povraćanja – ponavljano povraćanje kako bi se utjecalo na težinu ili oblik tijela, ali bez postojanja epizoda prejedanja.

Dio osoba ipak doživljava osjećaj gubitka kontrole, ali prilikom konzumacije količine hrane koja se smatra normalnom. Takvo ponašanje naziva se subjektivnim epizodama prejedanja, što ih razlikuje od epizoda karakterističnih za bulimiju nervozu i poremećaj s prejedanjem. Bez obzira na to u sklopu kojeg se poremećaja javlja osjećaj gubitka kontrole, on je potvrđeno povezan s većom zabrinutošću oko oblika tijela, impulzivnošću i depresivnim simptomima iz čega de može zaključiti da postojanje osjećaja gubitka kontrole ukazuje na teži stupanj bolesti. Na ovom području trebala bi se provesti dodatna istraživanja kako bi se pojmovi osjećaja gubitka kontrole i subjektivnog prejedanja preciznije definirali i razmotrili kao dijagnostički kriterij koji opisivao težinu poremećaja.[39]

5. Sindrom noćnog jedenja – ponavljane epizode noćnog jedenja, koje se javljaju kao jedenje nakon buđenja iz sna ili kao jedenje velikih količina hrane nakon pojedene večere. Osoba je svjesna svog ponašanja, a poremećaj uzrokuje značajan distres i teškoće. Kriteriji isključivanja su poremećaj s prejedanjem i drugi mentalni i medicinski poremećaji te uzimanje lijekova i supstanci koji bi mogli bolje objasniti postojanje dotičnog ponašanja. Procijenjena prevalencija u općoj populaciji iznosi 1,1%-1,5%, a 6%-16% u skupini pretilih. Noćno jedenje često se javlja u sklopu drugih poremećaja jedenja (5%-44%), što je potaknulo raspravu o definiranju sindroma noćnog jedenja kao zasebne dijagnoze. Ipak, unatoč preklapanjima, sindrom noćnog jedenja se može razlikovati od ostalih poremećaja jedenja na temelju obrasca jedenja, ukupnog dnevnog unosa kalorija, nepostojanja kompenzacijskog ponašanja i prisutnog poremećaja spavanja (otežano usnivanje i održavanje sna). Oboljele osobe pokazuju veći rizik za razvoj depresivnih i anksioznih poremećaja, što može dovesti do progresije simptoma i otežanog liječenja. O povezanosti sindroma noćnog jedenja i pretilosti postoje oprečna istraživanja, ali svakako je potvrđeno da pretili pojedinci koji boluju od sindroma noćnog jedenja pokazuju lošije rezultate u programima gubljenja tjelesne težine, u odnosu na pretile koji nemaju sindrom noćnog jedenja.[40, 41]

3.2.4. Nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja (F50.9)

U ovu kategoriju svrstani su preostali poremećaji hranjenja i jedenja koji ne zadovoljavaju u potpunosti dijagnostičke kriterije za specifične poremećaje. Ova dijagnoza koristi se u slučajevima kada kliničar odluči ne navesti određen razlog zbog kojeg osoba ne zadovoljava u cijelosti dijagnostičke kriterije za specifične poremećaje hranjenja i jedenja te uključuje kliničke slike u kojima nema dovoljno podataka za postavljanje specifične dijagnoze.

3.3. Dijagnostički kriteriji u djece

Iako se poremećaji jedenja smatraju poremećajem koji tipično nastaje u adolescentnoj dobi, sve više radova pokazuje kako se dobna granica početka bolesti snižava. Taj podatak je zbunjujuć, budući da u toj dobi nedostaju individualni psihološki čimbenici vezani za razvoj tijela i seksualnosti, a zabrinjavajuća je činjenica da djeca sve ranije postaju svjesna kako je mršavost socijalno poželjna i utječe na njihovu prihvaćenost među vršnjacima. Govoreći ovdje o poremećaju jedenja, poglavito se misli na anoreksiju nervozu, jer bulimija nervoza iznimno rijetko počinje prije 14. godine života, ali se ipak ne smije zanemariti. Zanimljivo je da je među djecom mnogo oboljelih dječaka, čak 25% u odnosu na adolescentnu dobu kada su zastupljeni sa samo 5%.[42]

Djeca oboljela od anoreksije nervoze krajnjim naporom pokušavaju uspostaviti kontrolu nad onime što će jesti. Uvelike poriču osjećaj gladi, umora i samu mršavost koja brzo postiže ekstremne oblike zbog manje ukupne tjelesne masti, tako da su primarno zahvaćeni mišići, a posebno je opasna brzo nastajuća dehidracija. Poricanjem se ponekad prekrivaju promjene raspoloženja pa dijete izgleda gotovo euforično. Izbjegavanje hrane objašnjavaju osjećajem mučnine, punoće u želucu, boli u trbuhu, gubitkom apetita ili teškoćama gutanja. Djeca su zaokupljena kalorijskom vrijednošću hrane, imaju abnormalnu predodžbu o svom tijelu, često pretjerano vježbaju i namjerno povraćaju, rjeđe koriste laksative. U odnosu na adolescente, njihovo se stanje mnogo brže pogoršava i brže se razvijaju depresivni simptomi.[8]

Pod nastupom u djetinjstvu podrazumijeva se početak bolesti između 7. i 14. godine života. Riječ je o tzv. early onset anorexia nervosa, ranoj anoreksiji nervozi. Glavni nedostatak postavljanja striktnih dobnih granica jest u tome što takva dobna skupina može obuhvaćati djecu različitog spolnog i tjelesnog razvoja, što nije

nevažno zbog mogućih dugoročnih posljedica, poput rasta ili amenoreje. Razlike na biološkoj razini jasno mogu biti razlog različitih kliničkih prezentacija, kao i razlika u općoj i specifičnoj psihopatologiji.[43]

Dijagnostički kriteriji koji se koriste kod adolescenata i odraslih pokazali su se neadekvatnima za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze ranog nastupa, zbog bioloških i morfoloških razlika djeca u odnosu na starije dobne skupine. Stoga su razvijeni osjetljivi dijagnostički kriteriji u Dječjoj bolnici u Londonu poznati kao Great Ormond Street (GOS) kriteriji, koji osim anoreksije nervoze uključuju još pet dijagnostičkih kategorija.[43]

Great Ormond Street dijagnostički kriteriji:[42, 44]

A. Anoreksija nervoza

1. Utvrđeno izbjegavanje hrane
2. Gubitak na težini ili neuspjeh u postizanju težine između 10. i 14. godine života u nepostojanju bilo kakve fizičke ili druge psihičke bolesti
3. Dva ili više od navedenih simptoma – zaokupljenost tjelesnom težinom, zaokupljenost unosom kalorija, poremećaj u doživljaju tijela, strah od debljanja, samoizazvano povraćanje, intenzivno vježbanje, upotreba laksativa

B. Bulimija nervoza

   1. Ponavljane epizode prejedanja i povraćanja
   2. Osjećaj gubitka kontrole
   3. Bolesna preokupacija tjelesnom težinom i oblikom tijela

C. Emocionalni poremećaj s izbjegavanjem hrane

   1. Izbjegavanje hrane ne odnosi se na primarni afektivni poremećaj
   2. Gubitak tjelesne težine
   3. Poremećeno raspoloženje ne zadovoljava kriterije za primarni afektivni poremećaj
   4. Nema abnormalnog doživljaja oblika tijela ili tjelesne težine
   5. Nema bolesne preokupacije tjelesnom težinom ili oblikom tijela
   6. Nema organske bolesti mozga ili psihoze

D. Selektivno jedenje

1. Ograničen raspon hrane koju dijete jede tijekom najmanje 2 godine
2. Nema želje sa isprobavanjem nove vrste hrane
3. Nema abnormalnog doživljaja oblika tijela ili tjelesne težine
4. Nema strah od gušenja ili povraćanja
5. Tjelesna težina može biti niska, normalna ili prekomjerna

E. Sveobuhvatno odbijanje
   1. Dijete odbija jesti, piti, hodati, govoriti i brinuti se o sebi
   2. Odlučan otpor nastojanjima da mu se pomogne

F. Funkcionalna disfagija
   1. Izbjegavanje hrane
   2. Strah od gutanja, gušenja ili povraćanja
   3. Nema abnormalnog doživljaja oblika tijela ili tjelesne težine
   4. Nema bolesne preokupacije tjelesnom težinom ili oblikom tijela
   5. Nema organske bolesti mozga ili psihoze

3.4. Alternativne metode klasificiranja s obzirom na komorbiditet i druge pridružene značajke

Alternativne metode klasifikacije koje se temelje na prisutnosti komorbiditeta i drugih značajki, razvile su se kako bi se usmjerila pažnja na heterogenost komorbiditeta prisutnih u oboljelih od poremećaja jedenja, a koji utječu na ekspresiju ili održavanje poremećenih obrazaca jedenja.

3.4.1. Rani pristupi klasifikaciji poremećaja jedenja na temelju prisutnih komorbiditeta

Ovaj pristup nije novina. Kliničari i istraživači odavno su primijetili razlike između bolesnika s i bez komorbidne psihopatologije. Iako ranije klasifikacije bazirane na prisutnom komorbiditetu više nisu u središtu istraživanja, ovi modeli postavili su temelje za budući rad s ciljem uvrštavanja komorbidne psihopatologije i drugih pridruženih značajki u klasifikaciju poremećaja jedenja.

3.4.1.1. Multi-impulzivni i uni-impulzivni poremećaji jedenja

Ovo je bio jedan od najranijih prijedloga za uvrštavanje komorbiditeta u klasifikaciju. Njime se razlikuju dva tipa bulimije nervoze, multi-impulzivni i uni-impulzivni na temelju prisutnih značajki impulzivnosti. Multi-impulzivni tip bulimije nervoze, za koji se pretpostavilo da ima teže simptome poremećaja jedenja, bio je opisan sa četiri kriterija:

1. Bulimija nervoza je udružena s barem jednim oblikom impulzivnog ponašanja (zlouporaba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, samoozljeđivanje, seksualna dezinhibicija, shoplifting).
2. Osjećaj gubitka kontrole tijekom impulzivnog ponašanja.
3. Impulzivna ponašanja imaju promjenjiv tijek i međusobno se izmjenjuju (npr. ako se smanji učestalost epizoda prejedanja i neodgovarajućeg kompenzacijskog ponašanja, može doći do porasta učestalosti samoozljeđivanja ili zloporabe alkohola)
4. Smanjenje impulzivnog ponašanja praćeno je porastom depresivnih simptoma i ljutnje.

Presječne studije, koje su istraživale vezu između bulimije nervoze i impulzivnosti, donijele su zanimljive podatke koji govore u prilog ovoj podjeli. Oboljeli od bulimije nervoze s tri ili više oblika impulzivnog ponašanja nevezanog za hranu, pokazivali su višu razinu anksioznosti, depresivnosti i ljutnje pri prekidu liječenja i nakon dvije godine praćenja, a tijekom dvije godine praćenja imali su veći broj posjeta liječniku i hospitalizacija. Druga je studija dokazala više stope anksioznosti i depresivnosti u ove skupine bolesnika, kao i raniju dob pojave prve epizode prejedanja i prvog seksualnog odnosa, više stope zlostavljanja u djetinjstvu te višu prevalenciju graničnog poremećaja ličnosti.

Makar je ova klasifikacija bila ograničena isključivo na bulimiju nervozu, potvrđeno je da multi-impulzivnost može biti karakteristika i anoreksije nervoze, uključujući restriktivni tip. Temeljni nedostatak ove klasifikacije bila je velika varijabilnost u definiranju multi-impulzivnosti s obzirom na broj i oblike impulzivnog ponašanja te vremenski okvir koji su se koristili za svrstavanje u multi-impulzivnu skupinu. Zbog ovakve heterogenosti, podaci koji govore o vezi multi-impulzivnosti i

poremećaja jedenja su nekonzistentni, osobito na polju terapijskog ishoda. Makar su novije studije kao relevantnu granicu potvrdile postojanje tri ili više oblika impulzivnog ponašanja, ti nalazi zahtijevaju daljnju evaluaciju. Konačno, klasifikacija koja se temelji isključivo na impulzivnosti, ne pruža informacije o drugim psihopatološkim značajkama koje mogu biti značajne za prepoznavanje bitnih podskupina bolesnika.

3.4.1.2. Klasifikacija na temelju prisutnosti/odsutnosti graničnog poremećaja ličnosti

U odnosu na prethodno opisanu klasifikaciju, ova uključuje širi spektar psihopatoloških značajki. Inicijalna istraživanja pokazala su da oboljeli od poremećaja jedenja, koji ujedno imaju i granični poremećaj ličnosti, pokazuju veći psihički i emocionalni distres, češće impulzivno ponašanje (pokušaji samoubojstva, samoozljeđivanje, zlouporaba psihoaktivnih tvari), višu razinu stresa, negativno obiteljsko okruženje, češće zlostavljanje u djetinjstvu i dvostruko veći broj hospitalizacija u odnosu na oboljele od poremećaja jedenja, a bez graničnog poremećaja ličnosti. Ipak, istraživači su kritizirali ovakvu klasifikaciju smatrajući da su simptomi graničnog poremećaja ličnosti dio patologije vezane za jedenje, a ne zaseban indikator specifičnog podtipa poremećaja jedenja. Provedene studije o utjecaju graničnog poremećaja ličnosti na težinu simptoma pokazivale su oprečne rezultate pa se zaključilo da su razlike između onih sa i onih bez graničnog poremećaja ličnosti, vjerojatnije rezultat generalnog poremećaja raspoloženja koji prati poremećaje jedenja nego li specifičnih značajki graničnog poremećaja ličnosti. Jedini značajan nalaz, koji je bio konzistentan u više provedenih studija, jesu razlike obiteljskih varijabli koje bi mogle imati učinak na nastanak i održavanje poremećenih obrazaca jedenje. Tako su osobe oboljele od poremećaja jedenja s graničnim poremećajem ličnosti kao komorbiditetom, imale veće stope zlostavljanja u djetinjstvu i negativnih odnosa u obitelji. Studije koje su proučavale utjecaj graničnog poremećaja ličnosti na ishod liječenja poremećaja jedenja, također su pokazale oprečne rezultate. Ipak, nalaz protrahiranog tijeka bolesti i lošijeg terapijskog ishoda nije zanemariv. Zaključak je da su depresivni simptomi i poteškoće ostvarivanja emocionalnih veza specifične sastavnice graničnog poremećaja ličnosti koje mogu posredovati lošijem terapijskom ishodu. Konačno, činjenica da studije koje su proučavale vezu tih poremećaja nisu dale konzistentne rezultate i od ove se je

klasifikacije odustalo. Ipak, značaj ovih istraživanja nije beskoristan jer su pokazala da impulzivnost, poremećaji raspoloženja i interpersonalne poteškoće kao sastavnice graničnog poremećaja ličnosti mogu utjecati na ishod liječenja.

3.4.1.3. Klasifikacija na temelju prisutnosti/odsutnosti opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Za razliku od prethodne dvije klasifikacije koje su usredotočene na psihopatologiju koja se pretežno veže za bulimiju nervozu, ova klasifikacija proučava opsesivno-kompulzivni poremećaj koji obuhvaća širok spektar poremećaja jedenja. Studije provedene na ovom području, koje su ispitivale učinak opsesivno-kompulzivnog poremećaja na trajanje i terapijski ishod poremećaja jedenja, i ovom slučaju pokazale su oprečne rezultate. Makar ova klasifikacija više nije predmet istraživanja, vrijedna je spomena zbog dokaza o prisutstvu opsesivno-kompulzivnih značajki u djetinjstvu kao rizičnog čimbenika za razvoj anoreksije nervoze u adolescenciji i potvrđeno lošijeg ishoda u vrijeme praćenja nakon završenog liječenja.

3.4.2. Noviji pristupi klasifikaciji poremećaja jedenja na temelju prisutnih komorbiditeta

Klasifikacije poremećaja jedenja na temelju prisutnih komorbiditeta koje su predložene u proteklih pet godina, predstavljaju interesno područje za nova istraživanja kako bi se nadišli njihovi nedostaci i omogućila primjena u praksi.

3.4.2.1. Dijetetski podtip i dijetetski podtip s negativnim učinkom

Jedan od novijih modela razlikuje dva podtipa poremećaja jedenja, dijetetski i dijetetski s negativnim (depresivnim) učinkom. Ovaj pristup zasniva se na proučavanju bulimije nervoze s početnom postavkom da suzdržavanje od hrane i depresivni simptomi imaju neovisnu ulogu u ekspresiji bulimičnih simptoma ili se međusobno isprepliću u oblikovanju poremećenog obrasca jedenja. U skladu s time, pretpostavilo se da postoje podtipovi poremećaje jedenja primarno karakterizirani suzdržavanjem od hrane, depresivnim učinkom ili njihovom kombinacijom. Stice i Agras odlučili su 1999.g. potvrditi ovu hipotezu na skupini od 265 žena oboljelih od bulimije nervoze. U toj su skupini identificirali dva podtipa oboljelih. Dijetetski podtip s izrazitim suzdržavanjem od hrane, a neznatnim depresivnim simptomima te

dijetetsko-depresivni podtip s naglašenim suzdržavanjem od hrane, depresivnim simptomima i niskim samopoštovanjem. Pokazalo se da žene dijetetsko-depresivnog podtipa iskazuju više briga oko hrane, težine i oblika tijela, veću pažnju posvećuju ritualima vezanima za jedenje, lošije su u socijalnoj prilagodbi, imaju više stope psihijatrijskih komorbiditeta i imaju lošije rezultate na kraju terapije. Naredne studije koje su proučavale ovaj model, potvrdile su dotadašnja saznanja i što je još važnije, istaknule su da podjela na dijetetski i dijetetsko-depresivni podtip ima veću prediktivnu vrijednost i stabilnost, u odnosu na prihvaćenu podjelu bulimije nervoze na purgativni i nepurgativni podtip, u pogledu na težinu simptoma, učestalost epizoda prejedanja i kompenzacijskog ponašanja, komorbidnu psihopatologiju i uspješnost liječenja. Ovaj pristup proširio se i na proučavanje poremećaja s prejedanjem te se došlo do sličnih rezultata kao i u slučaju bulimije nervoze. Dijetetsko-depresivni podtip poremećaja s prejedanjem povezan je s težim simptomima, većom stopom psihopatoloških komorbiditeta i slabijim odgovorom na terapiju. S vremenom se ovaj koncept proširio na čitav spektar poremećaja jedenja te je pokazao pozitivne rezultate. Uvedena su dva nova podtipa, umjereno dijetetski i depresivni-umjereno dijetetski podtip, kamo su poglavito svrstani oboljeli od anoreksije nervoze. Oboljeli od bulimije nervoze najviše su bili prisutni u dijetetsko-depresivnoj skupini, dok su oni s dijagnozom poremećaja s prejedanjem i EDNOS bili ravnomjerno raspoređeni među sva četiri dosad navedena podtipa. Ipak, ovaj model koji je baziran na bulimičnom spektru poremećaja, teško je primjenjiv u slučajevima restriktivnog tipa anoreksije nervoze. Također je dokazano da svrstavanje pojedinaca na temelju ponašanja vezanog za jedenje i prisutnosti depresivnih simptoma može poslužiti za utvrđivanje rizika za razvoj poremećaja jedenja u budućnosti.

3.4.2.2. Podtipovi s ekscesivnom kontrolom, sniženom kontrolom i niskom razinom psihopatologije

Ovo je jedna od novijih klasifikacija koja zadobiva sve veću pažnju, a temelji se na širokom, heterogenom spektru psihopatoloških komorbiditeta i osobina ličnosti koji tipično prate poremećaje jedenja. Podtip sa sniženom kontrolom karakteriziraju impulzivnost, rizično ili disocijalno ponašanje (npr. pokušaji samoubojstva, zloporaba psihoaktivnih tvari) i emocionalna reaktivnost. Podtip s ekscesivnom kontrolom opisuju rigidnost, kompulzivnost, inhibicija i izbjegavanje, a podtip s niskom razinom

psihopatologije karakteriziran je relativnom odsutnošću komorbidne psihopatologije. Značajna prednost ovog pristupa je primjenjivost na širok spektar poremećaja jedenja. Pretpostavilo se da pripadnost jednoj od ovih skupina može upućivati na specifičan put nastanka poremećaja. Podrška toj ideji bila je studija koja je pokazala da oboljeli od anoreksije nervoze koji pripadaju podtipu s niskom razinom psihopatologije, imaju dva puta češću pozitivnu obiteljsku anamnezu poremećaja jedenja u odnosu na druga dva podtipa, što nameće ideju o genetičkoj predispoziciji za razvoj poremećaja. Alternativno, pojedinci sa različitim poremećajem jedenja, a sličnom psihopatologijom mogu dijeliti zajedničke rizične i podržavajuće faktore, koji ih razlikuju od drugih s jednakim poremećajem jedenja. Nekoliko studija ispitalo je kliničku primjenjivost ove klasifikacije. Potvrđeno je da je ova podjela superiorna klasičnoj klasifikaciji u predviđanju tijeka bolesti, psihosocijalnog funkcioniranja i terapijskog ishoda. Ipak, i u ovom slučaju postoje nedostaci. Jedan od njih je taj da je malo studija koristilo jednake kriterije za uključivanje u pojedine podtipove pa je zbog takve heterogenosti nemoguće utvrditi koje su psihopatološke karakteristike ključne za svaku skupinu.[31]

4. Komplikacije

Anoreksija nervoza i bulimija nervoza mogu dovesti do brojnih medicinskih komplikacija koje remete funkciju organizma, a neke od njih imaju i smrtni ishod.

4.1. Komplikacije anoreksije nervoze

Anoreksija nervoza često je praćena brojnim medicinskim komplikacijama koje zahvaćaju gotovo sve organske sustave te fiziološkim poremećajima, kao što su hipotenzija, bradikardija i hipotermija. Medicinske komplikacije uzrokuju više od 50% svih smrti oboljelih od anoreksije nervoze, čije su stope smrtnosti 10-12 puta veće nego u općoj populaciji. Komplikacije su izravna posljedica gubitka tjelesne težine i malnutricije. Naime, izgladnjivanje potiče katabolizam proteina i masti i dovodi do gubitka staničnog volumena i funkcije te atrofije tjelesnih organa. Hoće li doći do razvoja komplikacija, ovisi o svakom pojedinom slučaju. Glavni su rizični čimbenici kronicitet bolesti i nizak BMI.[45]

4.1.1. Dermatološke komplikacije

Osobe oboljele od anoreksije nervoze uobičajeno imaju suhu i tanku kožu koja lako puca i krvari, osobito na prstima ruku i nogu. Često se nalazi i akrocijanoza kao posljedica centralizacije krvotoka uslijed hipotermije. Na licu i leđima redovito se vide fine pahuljaste dlačice, lanugo dlačice, čija je uloga smanjiti otpuštanje tjelesne topline. Gubitak potkožnog masnog tkiva, čini bolesnike podložnima lakoj pojavi hematoma te razvoju ulkusa iznad koštanih izbočina. Budući da je posljedica malnutricije i usporeno cijeljenje rana, važno je pri svakom fizikalnom pregledu istražiti da li je došlo do pojave ulkusa.[45]

4.1.2. Gastroenterološke komplikacije

Dugoročno izgladnjivanje dovodi do promjena motaliteta probavnog sustava, kao što je usporeno pražnjenje želuca (gastropareza). Oboljeli se često žale na osjećaj napuhnutosti, punine, mučnine, neugode u predjelu epigastrija i na brzo postizanje sitosti nakon konzumacije hrane, a želja da se izbjegnu ti neugodni postprandijalni simptomi dodatno potiče održavanje poremećenog obrasca jedenja. Uzmu li se u obzir Rimski III kriteriji za dijagnostiku funkcionalnih poremećaja probave, ovakva klinička slika uklapa se u dijagnozu sindroma postprandijalnog distresa, kojemu pridonosi i ekscesivno vježbanje tipično za osobe s anoreksijom nervozom.[46] Ekstremna i rijetka posljedica gastropareze je akutna dilatacija želuca na koju treba posumnjati ako je u pacijenta prisutna intenzivna bol u gornjem lijevom abdominalnom kvadrantu ili on uporno povraća. Posljedice neprepoznavanja ovog stanja mogu biti kobne, a to su nekroza, ruptura i smrt.[45]

Drugi oblik poremećenog motalieta je kronična konstipacija. Rizični faktori za razvoj konstipacije u anoreksiji nervozi su smanjen kalorijski unos, zbog kojeg je oslabljena refleksna aktivnost kolona te je usporen tranzit hrane, polifarmacija jer se oboljelima često propisuju lijekovi (antidepresivi, antipsihotici) koji pogoduju konstipaciji te komorbiditet depresije i sindroma iritabilnog kolona. Ovo stanje pogoduje razvoju abdominalne distenzije, osjećaju napuhnutosti i ranom postizanju sitosti. Kako bi ublažili simptome, pacijenti često posežu za laksativima koji mogu dovesti do poremećaja elektrolita. Povratak tjelesne težine i uspostava normalnog obrasca jedenja rješava problem konstipacije. Kronična konstipacija zajedno sa

slabljenjem dna male zdjelice zbog malnutricije može biti rizičan faktor za rijetku komplikaciju, prolaps rektuma.[47]

U gotovo polovice pacijenata povišene su jetrene transaminaze, a izrazi porast prisutan je u onih čiji je BMI niži od 12kg/m^2. Točan uzrok nije poznat, a pretpostavka je da je posljedica hipoperfuzije jetre zbog disfunkcije miokarda ili autofagije organa. Vrijednosti se vraćaju u normalu nakon uspostave prehrane. Porast transaminaza može se javiti i u sklopu refeeding-sindroma, a ultrazvučni prikaz tada daje sliku povećane jetre zbog steatoze koja je rezultat prekomjernog parenteralnog unosa ugljikohidrata, u odnosu na smanjenu jetru kod izgladnjivanja. Posljedica refeeding-sindroma može biti i akutni pankreatitis zbog aktivacije proteaza.[45, 48]

U slučaju povraćanja, mučnine i abdominalne boli kod oboljelih od anoreksije nervoze ne smije se zaboraviti na mogućnost sindroma gornje mezenterične arterije (SMA). Gubitak tjelesne težine može dovesti do gubitka omentalne masti koja štiti duodenum pa on posljedično bude pritisnut između SMA i aorte.[49]

U izrazito teškim slučajevima, malnutricija uzrokuje slabljenje faringealne muskulature. Posljedica je disfagija i povećana mogućnost za aspiraciju zalogaja, a time i za aspiracijsku pneumoniju.[45]

4.1.3. Endokrinološke komplikacije

Iako su u bolesnika s anoreksijom nervozom nazočne promjene u gotovo cijelom endokrinom sustavu, klinički su najvažnije one na razini jajnika. Amenoreja zbog smanjenog lučenja gonadoliberina (GnRH) često je prisutna u ovom poremećaju. Pulsni obrazac lučenja GnRH izrazito je osjetljiv na stres, fizičku aktivnost i promjenu tjelesne težine, što pridonosi hipotalamičkoj etiologiji amenoreje. Odgovor LH i FSH na stimulaciju LH-RH u bolesnika s anoreksijom nervozom je normalan, što potvrđuje da je hipogonadizam posljedica manjka LH-RH. Poremećaj osi hipotalamus-hipofiza-gonade dijelom je povezan s hiperkortizolemijom. Povećana razina CRH u anoreksiji inhibira sekreciju LH-RH putem povećane sekrecije β-endorfina u nucleus arcuatus.[50] Snižena razina leptina i povišena razina grelina također podržava ovo stanje. Obrazac lučenja LH sličan je onom u razdoblju prije puberteta, a stanje se normalizira povratkom težine. Razina estradiola i slobodnog testosterona također je niska.[51] Posljedica ovih promjena je otežano začeće. Ipak,

unatoč amenoreji, one mogu ovulirati i neplanirano zatrudnjeti.[45] Trudnice s anoreksijom nervozom češće rađaju carskim rezom, imaju veći rizik za razvoj postporođajne depresije, a njihova djeca imaju veću stopu prirođenih malformacija (2.5%) u odnosu na opću populaciju.[52]

Ako se anoreksija nervoza razvije prije puberteta, dolazi do odgode očekivanog vremena pojave menarhe (primarna amenoreja) te izostanka karakterističnog nakupljanja masnog tkiva pa konture zdjelice i izgled prsa neće poprimiti ženski oblik sve za vrijeme trajanja bolesti. Deficit spolnih hormona ima negativne, često i ireverzibilne učinke na postizanje vrška koštane mase i na rast. Pojava anoreksije nervoze u adolescenciji zahvaća većinu parametara koji su odgovorni za rast kostiju pa će očekivani rast u visinu biti zaustavljen ili usporen.[43]

Osim na rast kostiju, anoreksija nervoza utječe na smanjenu mineralnu gustoću kostiju i adolescenata i odraslih, a ona sa sobom nosi povećan rizik za frakture. Mineralna gustoća kostiju određena je naslijeđem, rastom, mišićnom snagom, fizičkom aktivnošću, unosom kalcija i proteina, s posebno cirkulirajućim estrogenima koji sprječavaju koštanu resorpciju. Smanjena gustoća u oboljelih rezultat je povećane resorpcije zbog hiperkortizolizma i manjka estrogena te smanjenog stvaranja zbog prehrambenih deficita. Dodatni faktor je snižena razina leptina, oksitocina, inzulina i IGF-1 koji potiču apoziciju kosti, te rezistencija kosti na djelovanje GH i grelina koji su u oboljelih redovito povišen. Konačno, povećano stvaranje peptida YY (PYY), enteralnog hormona koji inhibira aktivnost osteoblasta, također pridonosi smanjenoj mineralnoj gustoći. Pojava anoreksije nervoze u adolescenciji, kada se postiže vršak koštane mase, ovaj deficit može učiniti trajnim. Tako žene koje su oboljele u adolescentnoj dobi imaju manju mineralnu gustoću u odnosu na one koje su oboljele u odrasloj dobi, unatoč jednakom trajanju amenoreje. Upotrebom DEXA (dual-energy x-ray absorptiometry) utvrđena je smanjena gustoća kostiju u više od 50% pacijentica s anoreksijom nervozom, poglavito u trabekularnom odjeljku kostiju, dok je u muškaraca jače pogođena kortikalna kost.[43, 53]

Ispitivanja funkcije štitnjače upućuju na netiroidnu bolest (euthyroid sick syndrome), koju obilježavaju abnormalnosti hormona štitnjače u osoba koje imaju zdravu štitnjaču, a boluju od neke druge bolesti. Prisutne su niske razine ukupnog i slobodnog tiroksina (T4), smanjena razina trijodtironina (T3) te povišena razina

reverznog T3, što upućuje na smanjenu perifernu konverziju T4 u T3. Vrijednost tireotropina (TSH) obično je normalna ili blago snižena. Ovakve promjene rezultat su neuroendokrinoimune reakcije na stres, a u funkciji zaštite organizma. Niske razine T3 i kateholamina (zbog smanjenog tonusa simpatikusa) uzrok su bradikardije i sniženog bazalnog metabolizma.[43]

Gladovanje i prekomjerno vježbanje u teškim slučajevima anoreksije nervoze uzrokuju smanjenje zaliha glikogena u jetri i remete proces glukoneogeneze s posljedičnom hipoglikemijom. Teška hipoglikemija pokazatelj je zatajenja jetre i nedostatka supstrata za održavanje normalne razine glukoze u krvi i kao takva može biti uzrok iznenadne smrti.[45]

4.1.4. Hematološke komplikacije

Anoreksija nervoza negativno djeluje na strukturu koštane srži. U blažim slučajevima nalazi se fokalna ili difuzna hipoplazija te porast veličine, a vjerojatno i broja adipocita u koštanoj srži. U nekih postoji aplazija srži u kojoj su sve hematopoetske stanice zamijenjene velikim adipocitima. Najteža posljedica je želatinozna degeneracija koštane srži koja je praćena nekrozom srži, a primijećena je u kaheksiji uzrokovanoj različitim stanjima među kojima je i anoreksija nervoza. Karakteriziraju je ekstracelularno odlaganje želatinozne amorfne tvari (hijaluronska kiselina), atrofija masnih stanica i značajno smanjenje ili potpuni nestanak svih triju hematopoetskih loza.[54]

Disfunkcija koštane srži uzrokuje promjene u broju krvnih stanica. U 10-35% slučajeva postoji anemija (najčešće normocitna normokromna), u 25-35% postoji leukopenija, a trombocitopenija u 10% slučajeva. Učestalost citopenije raste usporedno s težinom bolesti i padom BMI te može doseći 75%. Zanimljivo je da leukopenija u oboljelih od anoreksije nervoze ne čini ih podložnijima infekciji, ali je važno zapamtiti da infekcija može biti i neprepoznata zbog izostanka uobičajenih znakova infekcije (povišena temperatura, leukocitoza).[45, 55]

Oštećenje jetre u sklopu bolesti remeti njenu funkciju sinteze koagulacijskih faktora, a rezultat toga je pojava petehija i purpura.[45]

4.1.5. Neurološke komplikacije

Novija istraživanja pokazala su da je anoreksija nervoza povezana s različito izraženom atrofijom mozga. Nalazi se redukcija bijele i sive tvari te povećan volumen CSF, a u odraslih i prošireni cerebralni sulkusi. Smanjenje volumena mozga poglavito se pripisuje lipolizi lipida koji sačinjavaju mijelinsku ovojnicu, a zbog većeg sadržaja mijelina u bijeloj tvari, smanjenje njenog volumena je izraženije u odnosu na sivu tvar. Porast CSF objašnjava se pomakom tekućine iz vaskularnog u subarahnoidalni prostor zbog smanjenog koloidno-osmotskog tlaka poradi snižene koncentracije serumskih proteina. Procjena volumena mozga nakon povratka tjelesne težine pokazala je uspješniju normalizaciju volumena CSF i sive tvari u usporedbi s bijelom tvari. Osim atrofije velikog mozga, dokazana je i atrofija malog mozga slična onoj u alkoholičara, a pripisuje se smanjenoj sintezi proteina, poremećaju elektrolita i deficitu tiamina. Ovo otkriće je od posebnog interesa, zato što novija saznanja o tome da mali mozak nema isključivo motoričku funkciju, već sudjeluje i u višim moždanim funkcijama, postavlja pretpostavku da disfunkcija malog mozga utječe na neke psihopatološke karakteristike oboljelih, kao što su ritualna, stereotipna i opsesivna ponašanja. Nedavno je opisana i atrofija inzularnog korteksa. Inzularni korteks važan je za percepciju fiziološkog stanja cjelokupnog organizma i za formiranje slike tijela. Upravo zbog toga, inzularna disfunkcija uslijed atrofije može biti čimbenik koji podržava bolest.[56]

4.1.6. Kardiološke komplikacije

Kardiološke komplikacije su česte među oboljelima od anoreksije nervoze (>80% oboljelih), a sinusna bradikardija je najčešći fizikalni nalaz koji može pobuditi sumnju na postojanje poremećaja jedenja u nejasnim slučajevima. Smatra se da je bradikardija fiziološka prilagodba na usporen metabolizam i povećan vagalni tonus. Pridonosi joj i smanjen sadržaj glikogena u miocitima te njihova atrofija. Zbog malnutricije smanjuje se masa lijevog ventrikula, a bradikardija pritom može biti kompenzatorni mehanizam koji štiti od srčanog zatajenja. Ne smije se zanemariti ni mogućnost poremećaja provodnog sustava kao uzroka bradikardije jer se u tom slučaju treba razmotriti potreba za ugradnjom pacemakera. Makar je bradikardija uglavnom asimptomatska, njena važnost je u tome što može biti prekursor potencijalno letalnih aritmija, među kojima je najznačajnija ventrikulska tahikardija. Elektrokardiološki prediktori za pojavu aritmija i iznenadnu srčanu smrt su QT-

prolongacija i povećana QT disperzija (razlika između najvećeg i najmanjeg QT intervala). Ipak, pokazalo se da QT-prolongacija ima nisku prediktivnu vrijednost. Samo se intervali duži od 600ms smatraju značajnim rizikom za iznenadnu srčanu smrt, a takvi se rijetko nalaze u oboljelih. Mnogo je bitnija povećana QT disperzija koja upućuje na regionalne razlike u svojstvima provođenja i refraktornim periodima što može biti podloga za kontinuirano kruženje aktivacijskog vala (reentry) stvarajući tahiaritmiju. Produženje QT intervala nastaje sekundarno zbog poremećaja elektrolita (hipokalijemija, hipofosfatemija, hipomagnezijemija), uzimanja antipsihotika ili može biti prirođeno u sklopu sindroma dugog QT-intervala.

U 22%-71% oboljelih od anoreksije nervoze nalazi se blaži perikardijalni izljev koji nestaje s normalizacijom tjelesne težine. U iznimnim slučajevima izljev može biti toliko velik da prijeti tamponadom srca pa je potrebno hitno učiniti perikardiocentezu kako bi se to spriječilo.

Rjeđe se susreće prolaps mitralne valvule koji može biti uzrok palpitacija i bolova u prsima.

Iznimno je rijetka pojava Takotsubo kardiomiopatije. Inače je to reverzibilan oblik akutnog zatajenja srca, koji se obično javlja u postmenopauznih žena, a uzrokovan je visokom razinom kateholamina uslijed velikog psihološkog ili fizičkog stresa. Udružena s poremećajima QT intervala, kod oboljelih od anoreksije nervoze može imati fatalan ishod.[45, 57-59]

4.1.7. Pulmološke komplikacije

Sve više izvještaja govori o čestom nalazu emfizema i smanjenog difuzijskog kapaciteta među oboljelima od anoreksije nervoze čak i ako nisu pušaći. Potencijalno životno ugrožavajuće komplikacije su pneumotoraks i pneumomedijastinum koji u pacijenata mogu nastati spontano.[45]

4.2. Komplikacije bulimije nervoze

Komplikacije bulimije nervoze izravna su povezane s načinom i učestalošću primjenjivanih metoda kompenzacijskog ponašanja. Najčešće primjenjivane metode (>90%) su samoinducirano povraćanje i zloporaba laksativa.

4.2.1. Dermatološke komplikacije

Manifestacije na koži posljedica su ili malnutricije ili izazivanja povraćanja. U onih čiji je BMI niži od 16 kg/m^2 nalaze se alopecija, kseroza, lanugo dlačice, heiloza, pruritus i krhkost noktiju. Kod pacijenata koji se radi izazivanja povraćanja služe umetanjem prstiju u usta s vremenom, zbog ponavljanog dodira šake sa zubima, nastaju ožiljci na dorzumu šake poznate kao Russelov znak.[60]

4.2.2. Oralne komplikacije

Liječnik dentalne medicine može biti prva osoba koja će uočiti posljedice samoinduciranog povraćanja. U oboljelih su česti erozija zubi, smanjeno lučenje sline, hipersenzitivnost zubi, karijes, periodontalna bolest kserostomija.[60]

Učestalost erozije zubi izravno je povezana s frekvencijom samoinduciranog povraćanja koje izlaže zube djelovanju želučane kiseline. Dodatni faktori koji utječu na učestalost erozije su trajanje bolesti, vrsta hrane koja se konzumira, oralna higijena i kvaliteta zubi prije početka bolesti. Uobičajena praksa u oboljelih od bulimije nervoze je učestalo i intenzivno četkanje zubi što također pridonosi oštećenju cakline. Tipična lokalizacija erozija je na lingvalnoj strani maksilarnih zubi, a nakon dužeg trajanja bolesti zahvaćene su i okluzalne površine donjih molara.[60, 61]

U 10-15% pacijenata nalazi se sijaloadenoza, odnosno hipertrofija žlijezda slinovnica, najčešće parotidne i rjeđe submandibularne žlijezde. Točan uzrok ovog stanja nije poznat, ali se pretpostavlja da to mogu biti povraćanje kiselog sadržaja, konzumacija hrane bogate ugljikohidratima tijekom epizoda prejedanja ili stimulacija receptora na jeziku pankreasnim proteolitičkim enzimima koji tijekom povraćanja dolaze u usnu šupljinu. Hipertrofija je vjerojatno rezultat pojačane aktivnosti žlijezda uslijed kontakta usta sa tim tvarima. Povećanje žlijezda slinovnica praćeno je porastom serumske razine amilaza.[60, 62]

4.2.3. Gastroenterološke komplikacije

Oboljeli od bulimije nervoze često imaju simptome koji upućuju na gastroezofagealnu refluksnu bolest, GERB (eng. GERD), disfagiju i odinofagiju. Poremećena funkcija gastroezofagealnog sfinktera, zbog ponavljanog

samoinduciranog povraćanja, dovodi do povrata želučanog sadržaja i oštećenja epitelnih stanica jednjaka. Rezultat ovoga može biti ezofagitis, erozije i ulkusi, Barettov jednjak i krvarenje. Osobe s bulimijom nervozom imaju povećan rizik za razvoj karcinoma jednjaka, u prosjeku 19 godina od početka bolesti, a malnutricija koja remeti funkciju imunološkog sustava čini ih podložnijima štetnom djelovanju alkohola i cigareta u etiologiji karcinoma. Endoskopija ipak najčešće pokazuje umjereni ezofagitis. Endoskopski pregled preporuča se onim osobama koje godinama izazivaju povraćanje i onima koji se prezentiraju sa simptomima disfagije.[60, 63]

Jako rijetka komplikacija koja zahtjeva hitno kirurško zbrinjavanje jest Boerhaave sindrom (ruptura jednjaka). Očituje se bolovima u prsima, otežanim disanjem i specifičnim simptomom bolnog zijevanja u osobe koja je tahipnoična, tahikardna i uznemirena.[60]

Zabilježen je i slučaj akutne dilatacije želuca bez rupture, ali sa smrtnim ishodom zbog pritiska na donju venu cavu i gornju mezenteričnu venu s prelaskom cirkulatornog volumena u treći prostor i posljedičnim hipovolemijskim šokom.[57]

4.2.4. Poremećaj elektrolita

Ponavljano povraćanje i zloporaba laksativa i diuretika dovodi do gubitka vode, natrija, kalija i vodika. Rezultat toga je dehidracija, hipovolemija i metabolička alkaloza. Kako bi se popravio acido-bazni status i normalizirao cirkulirajući volumen, aktivira se aldosteron-renin-angiotenzinski sustav koji na razini bubrega uzrokuje povećanu resorpciju natrija, vode i bikarbonata, ali istovremeno dodatno smanjuje razinu kalija. Ovaj fenomen koji karakteriziraju metabolička alkaloza, hipokalijemija, hiperaldosteronizam, hiperreninizam, normalan krvni tlak i hiperplazija jukstoglomerularnog aparata naziva se pseudo-Bartter sindrom. Aldosteron ostaje povišen i nakon prestanka povraćanje što može dovesti do razvoja teških perifernih edema, osobito u onih pacijenata kojima se daju intravenske tekućine s ciljem korekcije dehidracije i disbalansa elektrolita.[60, 64]

Važno je napomenuti, makar je to rijetkost, da hipokalijemija zajedno s hipovolemijom može uzrokovati zatajenje bubrežne funkcije.[65]

4.2.5. Kardiološke komplikacije

Dehidracija kao rezultat ponavljanog povraćanja uzrokuje hipotenziju i sinusnu tahikardiju. Hipokalijemija može dovesti do QT-prolongacije, koja kao i u oboljelih od anoreksije nervoze, predstavlja rizik za pojavu fatalnih aritmija među kojima je najopasniji specifičan oblik ventrikulske tahikardije zvan torsades de pointes. Poznata je i zloporaba ipecac sirupa čiji je aktivan sastojak emetin, a koji ima dugo vrijeme poluživota i može se akumulirati u tijelu do toksične razine uslijed kronične upotrebe. Posljedica je ireverzibilno oštećenje miocita koje rezultira kongestivnim zatajenjem srca, ventrikularnim aritmija i iznenadnom srčanom smrti.[60]

4.2.6. Pulmološke komplikacije

Tijekom samoinduciranog povraćanja postoji rizik za aspiraciju regurgitiranog sadržaja. Na aspiraciju treba posumnjati u oboljelih od bulimije nervoze s respiratornim distresom i radiološki vidljivim zamućenjima pluća. Druga moguća komplikacija je pneumomedijastinum koji može nastati tijekom naprezanja prilikom pokušaja povraćanja. Katkad se na snimkama toraksa vidi strano tijelo u jednjaku ili želucu zbog slučajne ingestije predmeta koji neki rabe za izazivanje povraćanja.[60]

4.2.7. Komplikacije zbog zloporabe laksativa

Među različitim skupinama laksativa, ona koja se najčešće zlorabi i ima najteže komplikacije jesu stimulirajući laksativi koji u svom sastavu imaju senu, bisakodil ili fenolftalein. Dugotrajna upotreba ovih laksativa remeti peristaltiku kolona. Kolon je dilatiran i atoničan, a haustre su izravnane. Ove promjene posljedica su upale sluznice, promjena u mišićnom sloju i degeneracije živčanih pleksusa zbog izravnog toksičnog učinka laksativa. Propagacija fecesa zato je poremećena te se u osoba javlja konstipacija, stolice su tvrde i neredovite. Kada se prekine korištenje laksativa, može se pojaviti refleksna konstipacija koje obično samo privremena.

Sistemske posljedice zloporabe laksativa uključuju dehidraciju i poremećaj elektrolita. Elektroliti koji se gube jesu klor, kalij, kalcij i bikarbonati. Hipokalijemija dodatno usporava crijevnu peristaltiku. Kronična dijareja zbog djelovanja laksativa,

kao i u slučaju samoinduciranog povraćanja, može dovesti do pojave pseudo-Bartterovog sindroma.[60]

5. Liječenje

Liječenje započinje kompletnom evaluacijom pacijenta. Potrebno je što detaljnije ispitati anamnezu vezanu za poremećaje jedenja, procijeniti fizičko stanje i mentalni status, utvrditi postoje li medicinske komplikacije ili neki drugi psihopatološki komorbiditet. Ovi koraci su temelji za odabir najprikladnijeg oblika liječenja za svakog pojedinog pacijenta. Glavni terapijski ciljevi su medicinska stabilizacija, nutritivna rehabilitacija, kontrola nenormalnog obrasca jedenja, poboljšanje sposobnosti prepoznavanja i izražavanja emocija te sprječavanje relapsa.[66] Obavezno je da liječenje bude multidimenzionalno, jer usmjerenost samo na fizičku ili psihičku dimenziju ima lošiji ishod. Liječenje je najčešće ambulantno ili u sklopu dnevnih bolnica. U težim slučajevima, kada su zdravlje i život pacijenta ugroženi, potrebna je hospitalizacija. Ako osoba odbija bolničko liječenje, iako je ono za nju neophodno, moguća je i prisilna hospitalizacija.

5.1. Psihoterapija

Psihološki uzroci u nastanku poremećaja jedenja prepoznati su i naznačeni već u prvim opisima bolesti. Zato, kao i zbog činjenice da nije otkriven ni jedan način učinkovitog medikamentnog liječenja, psihoterapija je neizostavna u terapiji ovih poremećaja.

5.1.1. Psihodinamska psihoterapija

Psihodinamska (također se naziva i psihoanalitičkom) psihoterapija svoje podrijetlo ima u psihoanalizi. Psihoanaliza je individualno liječenje psihičkih tegoba koje su posljedica, u djetinjstvu nastalih, nesvjesnih čimbenika, a koristi tehniku slobodnih asocijacija. U psihodinamskoj terapiji nema ništa direktivno, ne očekuje se da terapeut daje savjete ili upute pacijentu.

Dugotrajna psihodinamska psihoterapija vjerojatno je najčešće korištena metoda ambulantnog liječenja poremećaja jedenja. Primjenjuje se kao primarno liječenje za anoreksične osobe koje pokazuju značajnu karakternu patologiju ili one

osobe koje imaju kronične tegobe ili rezidualne tegobe nakon liječenja drugim metodama. Ovaj oblik psihoterapije oslanja se na specifičan odnos koji se razvija između pacijenta i terapeuta, odnosno koristi fenomene transfera i kontratransfera. Transfer ili prijenos je situacija kada bolesnik svoje osjećaje, porive, fantazije i obrane usmjerene prema značajnim osobama iz djetinjstva prenosi na terapeuta. Prijenos je u početku pozitivan (poštovanje, sviđanje, erotiziranje), a poslije postaje negativan (negativne manifestacije prema psihoterapeutu). Naime, na početku terapije može biti prenijeta potreba za idealizacijom kakva je postojala prema roditeljima u vrijeme djetinjstva. U usporedbi s idealiziranim terapeutom, pacijent sebe doživljava kao osobu s manama pa se javlja strah od kritike i vlastite nesposobnosti da zadovolji terapeuta. Terapeuta može doživjeti kao osobu koja ga ne razumije kao što ga nisu razumjeli ni roditelji. Da bi se transfer mogao razviti, potrebno je da terapeut bude što pasivniji, pusti pacijenta da govori sve što mu padne na pamet i da ne remeti tok njegovih misli. Ponovno doživljeni osjećaji omogućavaju terapeutu da ih prepozna, suoči pacijenta s njima i protumači ih tako da pacijent postane svjestan potisnutih osjećaja i razloga zbog kojih su potisnuti. Kontratransfer ili protuprijenos je suprotan proces, što znači da terapeut svoje osjećaje i doživljaje prema njemu važnim osobama iz prošlosti prenosi na pacijenta. S ovakvim pacijentima vjerojatno ima najviše kontratransfernih problema jer terapeut teško ostaje neutralan pred izgledom anoreksične osobe. Ovaj proces treba biti prepoznat i kontroliran.

Postoji nekoliko oblika psihodinamske terapije. Psihoanalitički psihoterapeuti usmjereni su na simbiotsku fazu razvoja, self-psiholozi na empatiju, a oni iz škole objektnih odnosa na rane mehanizme obrane.

Cilj je obnoviti sposobnost pacijenta za brigu i osjećaje, razviti sposobnost osjećanja i izražavanja svoje snage, ojačati ego, oslabiti superego, razviti ispravan način suočavanja s anksioznošću, osposobiti ga za prilagodbu zahtjevima života, vratiti pacijenta zdravim prehrambenim, fiziološkim i kognitivnim stanjima. Oboljeli bi trebali dobiti uvid u psihološku dimenziju poremećaja.

Oboljeli od anoreksije nervoze s graničnom strukturom ličnosti, u prošlosti su svoje pretjerano uključene roditelje doživjeli kao zlonamjerno nasrtljive ljude koji su svoje dijete uvukli u neprijateljsko zavisan odnos pa je svaki pokušaj odvajanja doživljen kao nešto što će dovesti do kazne ili osvete. Takvi pacijenti skloni su u

terapeutu vidjeti neprijatelja koji im želi oduzeti kontrolu i uvući ih u ovisni i neprijateljski odnos u kojem mu se nameću pravila. Jedini izlaz je privremeno pokoravanje i čekanje prilike za povratak na anoreksičan način ponašanja. Otvaranje bolnih tema može potaknuti novo pogoršanje bolesti, budući da su na poteškoće navikli reagirati tijelom. Oboljeli se boje da će ih intenzivni osjećaji preplaviti do te mjere da bi mogli ugroziti njihov identitet, doživljaj tijela i psihičko zdravlje, a kako bi se zaštitili, prema emocionalnim iskustvima zatvaraju se restrikcijom hrane koja je ujedno i oblik obrane od odnosa s ljudima. U takvim slučajevima terapeut mora razmotriti pitanje pravog trenutka hospitalizacije, a za vrijeme boravka u bolnici bilo bi preporučljivo da terapeut održava neku vrstu kontakta s pacijentom kako se on ne bio osjećao napuštenim. Osim procjene potrebe za hospitalizacijom, psihoterapeut treba po potrebi propisivati lijekove, kontrolirati tjelesno stanje, koordinirati kontakte s ostalim kliničarima i baviti se očekivanjima i pregovorima u pogledu minimalnih zahtjeva za održavanjem težine.

Kako bi terapija bila uspješna, očekuje se da je pacijent prihvaća kao oblik liječenja. Motivacija oboljelih u početku je uvijek dvojbena. Iako trebaju pomoć, istovremeno se boje emocija i bliskosti. Preporuča se da se pacijent pripremi za odluku o liječenju kroz ograničen broj uvodnih seansi tijekom kojih se pokušava stvoriti osnova odnosa s pacijentom i odrediti cilj liječenja. Terapija se odvija u frekvenciji od jedne do dvije seanse tjedno trajanja 45-50 minuta. Neke pacijentice počinju bolje funkcionirati već nakon 1-2 godine, a nekima će trebati 8-10 godina. Anoreksična simptomatologija može se brzo povući, ali liječenje se nastavlja zbog depresivnosti, obiteljskih problema, teškoća u stvaranju interpersonalnih odnosa.

Bulimične osobe s graničnim poremećajem ličnosti kao središnji problem imaju doživljaj su u ranom djetinjstvu roditelji bili nedovoljno uključenu u brigu o djetetu. Nedostatna emocionalna raspoloživost majke pridonijela je izjednačavanju ljubavi i hrane. Terapeut bi tijekom formiranja terapijskog odnosa trebao osigurati sredinu u kojoj će se pacijentu vratiti pouzdanje u ljudske odnose. Cilj terapije je postići stanje u kojem kontakt s drugom osobom može bolje smiriti emocionalno stanje nego li hrana ili neka druga supstanca koju uzima (alkohol, droga). U tijeku terapije pacijenti su skloni služiti se ranim mehanizmima obrane koji su karakteristični za granični poremećaj ličnosti (razdvajanje i projektivna identifikacija) pa se smatra da je

dinamika granične ličnosti važnija od samog poremećaja jedenja. Zbog osjećaja zanemarivanja u djetinjstvu, u tijeku terapije se lako postiže privrženost, a teško se ostvaruje separacija jer pacijenti postanu zahtjevni i uporni u ostvarivanju svojih ranih potreba. U nekih se kaotično ponašanje smiri nakon nekoliko godina terapije, kada pacijent uspije stvarati bolje interpersonalne odnose. U drugih se bulimično ponašanje zadrži kao konstanta, ali ograničeno na podnošljiv broj epizoda prejedanja i povraćanja. Što je komorbidna psihopatologija ozbiljnija, teže se mijenjaju slika tijela, doživljaj sebe i samopouzdanje. Važno je poznavati dinamiku obitelji jer neke vjeruju da će ih bolesnik psihološki i materijalno uništiti pa ponašanje prema oboljelom postaje izrazito netrpeljivo što izaziva osjećaj odbačenosti i izolacije. U tom slučaju potrebno je pokušati obiteljsku terapiju.[8, 22, 67]

5.1.2. Obiteljska terapija

Kao što je opisano u poglavlju o etiologiji, poznato je da su obiteljski odnosi i dinamika jedan od bitnih čimbenika u nastajanju poremećaja jedenja, a sam poremećaj uzrokuje patološke odnose među članovima obitelji koji mogu utjecati na tijek i prognozu bolesti. Zbog toga je razumljivo kako je obiteljska terapija neizostavna u liječenju poremećaja jedenja.

Glavni zadaci terapeuta su identificirati stresor i njegovo značenje za pojedine članove, obitelj u cjelini i odnos obitelji i okoline, utvrditi mehanizme prilagodbe svakog člana obitelji, identificirati karakteristike obiteljskog sistema, pronaći resurse unutar obitelji koji će mu pomoći u osnaživanju tijekom terapijskog procesa, naučiti članove prikladnom načinu rješavanja konflikta, obnoviti kolektivni osjećaj obiteljskog identiteta i razviti autonomiju pacijenta. Obiteljska terapija nije usmjerena isključivo na trenutni problem, već i na nerazriješene probleme iz prošlosti te na učinak trenutne situacije na budućnost.[68, 69]

Postoji više oblika obiteljske terapije, a podrobno su opisani u slijedećem tekstu.

5.1.2.1. Maudsley model obiteljske terapije

Maudsley model obiteljske terapije, Family-Based Treatment (FBT), razvijen je 1980.g. u londonskoj bolnici Maudsley Hospital, kao metoda za vanbolničko liječenje

anoreksije nervoze koja koristi obiteljske resurse u uspostavi normalnog obrasca jedenja u oboljelog djeteta.[70]

Roditeljima je potrebno pružiti podršku u svladavanju straha i anksioznosti koji se javljaju kada je potrebno suprotstaviti se bolesnom djetetu. Terapeuti se trude osigurati da roditeljska intervencija bude provedena u duhu suosjećanja i neokrivljavanja, a ne da od strane djeteta bude shvaćena kao kažnjavajuća i kontrolirajuća jer je terapijski ishod u tom slučaju slabiji. Cilj je eksternalizirati anoreksiju nervozu, odnosno konceptualizirati bolest kao entitet koji postoji izvan obitelji kako bi se ublažio osjećaj krivnje među članovima te postići jedinstvo u pružanju podrške oboljelom članu.

Terapija se provodi kroz tri faze ukupnog trajanja 9-12 mjeseci. Prva faza usmjerena je na napore roditelja da normaliziraju tjelesnu težinu djeteta i obustave nenormalno ponašanje vezano uz anoreksiju nervozu, kao što su izbjegavanje određenih skupina namirnica i kompulzivno vježbanje. Roditeljske intervencije imaju prednost pred svim drugim aspektima funkcioniranja obitelji i potiču roditelje da zajednički osmišljavaju strategije kojima će osigurati da njihovo dijete jede dovoljno. U drugoj fazi, kada je postignuta željena težina, a simptomi su u remisiji, više nije potreban toliki autoritet roditelja za održavanje normalnog obrasca jedenja. Djetetu se, u skladu s njegovom dobi, postupno daje sve veća samostalnost oko pripreme i konzumacije hrane uz sve manju kontrolu roditelja. Potrebno je redovito vaganje kako bi se na vrijeme otkrio mogući ponovni gubitak težine. U trećoj fazi pacijent ima stabilnu tjelesnu težinu i sposoban je samostalno jesti različitu hranu u različitim okolnostima. Terapija više nije usmjerena na hranu, nego na razvojne probleme koji su se mogli javiti kao posljedica anoreksije nervoze, kao što su problemi u socijalnom funkcioniranju, ostvarivanju emocionalnih veza ili brige oko školovanja. U pogledu obitelji, važno je da se u ovoj fazi članovi vrate onim aktivnostima i načinu funkcioniranja kakvi su bili prisutni prije nastupa bolesti.

Ovaj oblik terapije primjenjiv je i u oboljelih od bulimije nervoze. U tom slučaju, primarna uloga roditelja je da osiguraju normalan obrazac jedenja, budući da većina oboljelih ima težinu unutar normalnog raspona pa napori koji se ulažu u porast težine, kao u slučaju anoreksije nervoze, ovdje nisu potrebni.

Podaci pokazuju veliku uspješnost ovog oblika terapije. 50%-75% adolescenata postigne normalnu tjelesnu težinu do kraja tretmana, a težina ostaje stabilnom tijekom 6-mjesečnog i 12-mjesečnog praćenja. Osim toga, porast težine je brži u odnosu na druge oblike terapije prilagođene adolescentima. Remisija kognitivnih simptoma anoreksije nervoze zabilježena je u 40% pacijenata, a taj broj, makar se ne čini velikim, također je veći nego u drugim oblicima terapije. Kako bi se prevladala ta razlika između fiziološkog i kognitivnog poboljšanja, u novije vrijeme se radi na formiranju pojačanih oblika FBT koji su više usmjereni na specifičnu psihopatologiju, ali bez remećenja osnovnih principa FBT. Istraživanja koja procjenjuju uspješnost u liječenju bulimije nervoze nisu tako brojna, ali postojeći podaci su obećavajući. Štoviše, ishod je sličan onom kod kognitivno-bihevioralne terapije koja je prva terapija izbora kod bulimičara.[71]

Iako je ovaj model nepobitno uspješan, pokazala se potreba za njegovom prilagodbom kada se primjenjuje u prijelaznoj mladenačkoj dobi između 16 i 25 godine života. U tim godinama mladi doživljavaju velike životne promjene, kao što su individualizacija i udaljavanje od obitelji, prijelaz iz srednje škole na fakultet i napuštanje sustava pedijatrijske skrbi. U takvim okolnostima, kada mlada osoba sve više važnosti pridaje autonomiji, roditelji imaju poteškoća u provođenju kontrole nad prehranom svog djeteta. Zato je predložen modificirani model s ciljem postizanja veće suradljivosti između roditelja i adolescenata, a na temelju podataka dobivenih od terapeuta koji su u svojoj praksi već načinili neke prilagodbe u radu s tom dobnom skupinom. Terapeuti su potvrdili pretpostavku da je klasičan model FBT u ovom slučaju razvojno neprimjeren, a takvim su ga smatrali i roditelji koji bi zato prebrzo prelazili u drugu fazu terapije. U primjeni terapije pokazalo se da bi interakcija sa starijim adolescentima trebala biti veća, budući da su oni svjesniji ozbiljnosti bolesti. Sa roditeljima bi se trebali svakodnevno dogovarati na koji će način djelovati u svrhu postizanja promjena, a roditelj treba biti podrška u mijenjanju prehrambenih navika. U odnosu na klasičan model u kojem bi terapeut adolescentu posvetio samo 10min na početku terapije, ovdje je individualan susret s pacijentom bio duži iz razloga što su stariji pacijenti pokazivali želju za dijeljenjem svojih iskustava vezanih za obroke te za razgovorom o svojim simptomima. Stariji adolescenti pokazali su veću sposobnost shvaćanja koncepta eksternalizacije bolesti u odnosu na djecu gdje bi to činili roditelji često dajući bolesti neko ime kako bi objasnili djetetu ideju da bolest nije dio njih,

nego odvojena pojava. Ipak, adolescenti u kojih je tijek bolesti bio duži nisu prihvaćali eksternalizaciju jer su s vremenom prihvatili bolest kao dio svog identiteta. Slijedeća promjena odnosila se na upućivanje hitne poruke o ozbiljnosti bolesti. U radu s mlađim adolescentima, poruka o ozbiljnosti bolesti i potrebi za hitnim povratkom normalne težine, upućivala se isključivo roditeljima. Ako se radi sa starijim adolescentima, poruka bi trebala biti upućena i njima jer su oni zreliji za shvaćanje posljedica bolesti. Razgovor s njima treba usmjeriti na teme koje su za njih trenutno bitne, poput stupanja u emotivne veze, školovanja ili želje za budućim osnivanjem obitelji kako bi ih se motiviralo da prihvate pomoć roditelja u postizanju bihevioralnih promjena, a ton treba biti zastrašujući kako bi ih se uvjerilo u ozbiljnost situacije. Na temelju ovih saznanja dan je prijedlog modifikacija za svaku pojedinu fazu terapije. U fazi jedan, roditelji moraju biti potpora u postizanju prihvatljive tjelesne težine i normalizaciji obrasca jedenja. Odluke se trebaju donositi u suradnji s adolescentom. U drugoj fazi, adolescentu se treba pružiti više prilika da uvježbaju samostalnost u jedenju, budući da je za mlade ljude normalno da jedu obroke van doma i u društvu prijatelja, a roditelji trebaju brže ublažiti kontrolu nad jedenjem i dopustiti adolescentu veću neovisnost i samostalno pripremanje obroka. U treću fazu potrebno je uvrstiti prevenciju relapsa. Potrebno je unaprijed pripremati adolescenta za važne životne promjene, kao što su upis na fakultet ili samostalan život s pažnjom posvećenom načinima na koje se može izbjeći povratak bolesti i situacijama u kojima bi trebao potražiti pomoć roditelja ili terapeuta. Ovo je primjer na koji bi se način mogao modificirati klasični oblik terapije za pristup starijim adolescentima. Budući da na ovom polju još uvijek ima premalo informacija, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se formirale precizne smjernice.[72]

5.1.2.2. Terapija s fokusom na roditelje

Obiteljska terapija tradicionalno se primjenjuje u objedinjenom obliku (Conjoint Family Treatment – CFT), što znači da terapeut istovremeno prima sve članove obitelji. Iako to terapeutu pruža mogućnost da izravno promatra i intervenira u interakcije među članovima, u ovakvom pristupu može se susresti s određenim poteškoćama. Primjerice, tema seanse može biti neprikladna za neke članove obitelji, a neki roditelji mogu biti kritični prema svom adolescentu i iskazivati negativne emocije koje izravno utječu na dijete. Mogu se pojaviti i praktični problemi

koji onemogućavaju prisutnost svih članova na seansi (škola, posao). Kako bi se nadišli ti problemi, razvila se terapija s fokusom na roditelje (Parent-Focused Treatment – PFT) u kojoj roditelji i djeca prisustvuju seansama odvojeno. Svaki dolazak u ordinaciju počinje tako da medicinska sestra izvaže adolescenta, procijeni fizičko stanje i kratko ga savjetuje, sve to u roku od oko 15min. Sestra sve važne informacije prenosi terapeutu koji zatim počinje seansu s roditeljima tijekom 50min, a bez direktne interakcije s adolescentom. Direktan kontakt s adolescentom ostvaruje se samo na početku i na kraju terapije kada se terapeut kratko predstavi adolescentu, odnosno oprašta od obitelji. Velika randomizirana kontrolirana studija u Melbourneu (Australija), kojoj je cilj usporediti učinkovitost ovog oblika terapije u odnosu na tradicionalnu obiteljsku terapiju, još je u tijeku, a rezultati se očekuju u prosincu 2015.g.[73]

5.1.2.3. Multipla obiteljska terapija

Multipla obiteljska terapija (Multiple Family Therapy) ujedinjuje više obitelji u zajedničkom tretmanu poremećaja jedenja, a osobito je pogodna za terapiju anoreksije nervoze u obiteljima koje su zbog brige za oboljelog člana bile izolirane i stigmatizirane. Povezivanje više obitelji sa istim problemom ima efekt destigmatizacije i stvara osjećaj solidarnosti koji otklanja strah i krivnju koje oboljeli često doživljavaju. Na seansama obitelji imaju priliku za razmjenu iskustava pa tako djeluju poput savjetnika jedni drugima. Uloga terapeuta poglavito je u jačanju veza između obitelji, što je suprotno od izravne intervencije u pojedinim obiteljima kakva je karakteristična za ostale tipove obiteljske terapije. Iako još nije standardizirana, multipla obiteljska terapija obično uključuje 2-6 obitelji. Usmjerena je na suradnju između adolescenata i roditelja s ciljem formiranja zajedničkih strategija za smanjenje simptomatologije vezane za poremećeno jedenje te na poticanje razvoja adolescenta koji je mogao biti oštećen pod utjecajem anoreksije nervoze. Tijek terapije čine tri faze. Prva faza je orijentirana na redukciju simptoma s uspostavljanjem autoriteta roditelja nad njihovom kontrolom. U drugoj se fazi nastoje riješiti problemi u odnosima između članova obitelji s naglaskom na ulogu anoreksije nervoze u kontekstu obitelji. Cilj treće faze je spriječiti relaps kako same bolesti, tako i nepovoljnih obiteljskih odnosa.[71]

5.1.2.4. Intenzivna obiteljska terapija

Unatoč postojanju dokazano učinkovitih oblika obiteljske terapije, onih koji su specijalizirani za provođenje terapije nema dovoljno da bi se zadovoljile potrebe pa neke obitelji ostaju zakinute za primanje stručne pomoći. Kako bi se djelomično riješio taj problem, razvijeni su intenzivni programi kraćeg trajanja koji većem broju obitelji omogućavaju vremenski ograničeno sudjelovanje u specijalističkom tretmanu. Terapija se provodi u trajanju od jednog tjedna s ukupno 40 sati seansi koje se temelje na ključnim principima obiteljske terapije, a primjenjuje kao pojedinačna ili kao multipla obiteljska terapija.[71]

5.1.3. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (CBT) općeprihvaćena je kao terapija izbora za bulimiju nervozu (CBT-BN) na temelju istraživanja provedenih u protekla tri desetljeća. Ovu metodu prvi je put opisao Fairburn 1981., nedugo nakon prve pojave termina bulimije nervoze u literaturi 1979. (Russell). Kognitivno-bihevioralni model, koji je temelj ovog oblika terapije, navodi preuveličavanje oblika i težine tijela kao osnovu za održavanje poremećaja (temeljna psihopatologija). Ostale sastavnice poremećaja proizlaze upravo iz ove temeljne psihopatologije, a to su suzdržavanje od hrane i gladovanje, ostali oblici ponašanja kojima se kontrolira tjelesna težina, neprekidno provjeravanje oblika tijela i preokupacija mislima o hrani, obliku i težini tijela. Jedino se za prejedanje ne misli da proizlazi iz temeljne psihopatologije. Kognitivno-bihevioralna teorija tumači da je prejedanje posljedica suzdržavanja od hrane i gladovanja. Oboljeli uporno žele slijediti nerealna pravila prehrane koja su si postavili, a i najmanji prekršaj tih pravila dovodi do potpunog gubitka kontrole i privremenog napuštanja zadanih pravila. Na taj način nastaje karakterističan obrazac jedenja u bulimiji nervozi u kojem su periodi restrikcije prekinuti ponavljanim epizodama prejedanja. Pogleda li se u obratnom smjeru, prejedanje podržava temeljnu psihopatologiju tako da pojačava zabrinutost oboljelog za njegovu sposobnost kontrole jedenja, oblika i težine tijela. Pacijent si nameće još stroža prehrambena pravila, a time povećava rizik za još češće epizode prejedanja. Epizode prejedanja mogu biti potaknute i vanjskim događajima te negativnim raspoloženjem, s jedne strane zato što je u takvim okolnostima teško provoditi restrikciju, a s druge

strane zato što prejedanje privremeno skreće misli od poteškoća s kojima se susreću te ublažava negativne emocije. Ovako protumačena kognitivno-bihevioralna teorija postavila je temelje za CBT-BN. Kako bi terapija imala dugotrajan učinak na prejedanje i povraćanje, aspekt koji oboljeli najviše žele promijeniti, ona istodobno mora djelovati na restrikciju hrane, preuveličavanje oblika i težine tijela i na sklonost osobe da na neželjene događaje i negativne emocije reagira poremećenim jedenjem.[74]

CBT-BN sastoji se od 16-20 seansi tijekom 4-5 mjeseci. Samom liječenju prethodi inicijalna evaluacija u trajanju od prosječno 90 minuta, a cilj joj je započeti uspostavu saveza između pacijenta i terapeuta te angažirati pacijenta u njegovom vlastitom liječenju. Tijek terapije sastoji se od tri faze. U prvoj fazi uspostavlja se terapijski savez s pacijentom, plan terapije i očekivanja. Postavljaju se vremenski okvir, struktura i ciljevi svake faze terapije, opisuje se struktura i sadržaj svake pojedine seanse. Pacijenta se upoznaje s obvezom tjednog vaganja te mu se objašnjava važnost nadgledanja vlastitog ponašanja, misli, osjećaja i vanjskih čimbenika vezanih za hranu. Početne modifikacije ponašanja u ovoj fazi, osim vaganja i samokontrole, uključuju i pridržavanje redovitog, ali fleksibilnog jelovnika koji se sastoji od tri manja glavna obroka i dvije planirane zakuske. Terapeut je također dužan procijeniti kakav je obrazac jedenja oboljelog, razgovarati s pacijentom o njegovim očekivanjima i prethodnim terapijskim iskustvima, redovito bilježiti zašto i u kojim okolnostima se javljaju epizode prejedanja i povraćanja, pružiti informacije o uspješnosti terapije i negativnim posljedicama bulimičnog ponašanja te procijeniti koliko je pacijent motiviran za promjenu odnosno, pokazuje li otpor. Druga faza posvećena je prepoznavanju okidača za prejedanje, učenju kognitivnih restrukturirajućih tehnika, radu na modifikaciji vanjskih faktora koji potiču prejedanje i uspostavljanju normalnog obrasca jedenja. U trećoj fazi cilj je zadržati postignutu promjenu i planirati prevenciju relapsa.[75]

Sažeto, CBT se temelji na kognitivnim i bihevioralnim postupcima koji su razvijeni s ciljem regulacije obrazaca jedenja, a uključuju vraćanje prethodno izbjegavanoj hrani, stjecanje konstruktivnih sposobnosti za izlaženje na kraj sa situacijama visokog rizika za prejedanje i čišćenje, modificiranje poremećenih stavova i sprječavanje ponovnog povratka simptoma nakon završetka liječenja.[67]

Iako u literaturi postoje brojni dokazi o uspješnosti CBT-BN, potpuni oporavak zabilježen je u jedva 50% bolesnika. Zbog toga se 2003.g. postavilo pitanje zašto taj broj nije veći. Zaključak je bio taj da CBT-BN uz temeljnu psihopatologiju poremećenog jedenja, nije uzela u obzir četiri dodatna čimbenika koji u određenih skupina pacijenata pridonose održavanju bolesti, a to su perfekcionizam, loše podnošenje promjena raspoloženja, nisko samopouzdanje i interpersonalne teškoće. Međusobno djelovanje svih navedenih čimbenika uklopljeno je u novu, proširenu verziju kognitivno-bihevioralne teorije. Ovo saznanje bilo je temelj za razvoj proširenog oblika kognitivno-bihevioralne terapije, „Enhanced“ Cognitive Behavior Therapy (CBT-E). Postoje dvije verzije ovog oblika terapije; fokusirana (focused, CBT-Ef) koja se bavi isključivo psihopatologijom poremećenog jedenja i široka (broad, CBT-Eb), kompleksnija verzija koja je istovremeno usmjerena na svladavanje dodatnih čimbenika koji u nekih podržavaju temeljnu psihopatologiju. Kao što je i pretpostavljeno, terapijski ishod primjene ovih oblika terapije u liječenju bulimije nervoze bio je povoljniji u odnosu na klasičnu CBT-BN.[74, 76] Primjena proširene verzije CBT ispitana je i u bolničkom liječenju adolescentica oboljelih od anoreksije nervoze. I u ovom slučaju rezultati su bili obećavajući. Pacijentice su pozitivno prihvaćale ovaj oblik terapije, više od 95% njih postiglo je BMI>18.5 kg/m^2, a većina je tijekom 12-mjesečnog praćenja nakon otpusta iz bolnice održala postignuto poboljšanje u tjelesnoj težini, psihopatologiji vezanoj za poremećeno jedenje i općenitom psihičkom stanju.[77]

5.1.4. Interpersonalna terapija

Postoji više razloga zbog kojih se interpersonalna terapija (IPT) može primjenjivati u oboljelih od poremećaja jedenja. Teškoće u interpersonalnom funkcioniranju česte su među oboljelima, a mogu biti faktor koji pridonosi održavanju bolesti. Također mogu biti i uzročni čimbenik poremećaja ukoliko se jave neposredno prije njega ili su prisutni već u ranoj dobi. Razvoj poremećaja jedenja u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, kritičnim periodima za započinjanje ozbiljnijih veza, može uskratiti pojedincima iskustvo ostvarivanja intimnih odnosa, budući da su poremećaji jedenja najčešće povezani sa socijalnim povlačenjem, ali i niskim samopouzdanjem. Zaključak je da interpersonalne teškoće podržavaju opstanak poremećaja jedenja različitim mehanizmima. Oboljeli od poremećaja jedenja su često

izolirani što omogućava daljnje napredovanje psihopatologije, međuljudski odnosi mogu biti rizični čimbenik za razvoj poremećaja jedenja, a s druge strane interpersonalne teškoće mogu oslabiti samopouzdanje u oboljelih, što može biti dodatni poticaj za još veću kontrolu jedenja, oblika i težine tijela.

Uloga IPT je pomoći pacijentima da svladaju interpersonalne teškoće, a time i eliminiraju čimbenik koji pridonosi održavanju poremećaja jedenja.

IPT se pokazala uspješnom u terapiji bulimije nervoze. U usporedbi s najčešće primjenjivanom metodotom u terapiji bulimije nervoze, CBT-BN, IPT je imala sporiji učinak, ali je zato pokazala sve bolje rezultate tijekom dugoročnog praćenja, u konačnici se izjednačivši s CBT-BN. Obje terapije pokazale su ekvivalentne rezultate u dugoročnom smanjenju općih psihopatoloških značajki te u poboljšanju samopouzdanja i socijalnog funkcioniranja. IPT je preporučljiva i za liječenje poremećaja s prejedanjem, ali ne i za anoreksiju nervozu.

Terapija traje 4-5 mjeseci, a čini ju 16-20 seansi u trajanju od 50 minuta. Sastoji se od tri faze.

U prvoj fazi terapeut mora objasniti važnost prepoznavanja i rješavanja interpersonalnih problema jer oni mogu pridonositi održavanju poremećaja jedenja. Pacijent mora shvatiti da su interpersonalne poteškoće česte među oboljelima od poremećaja jedenja, makar ih mnogi nisu svjesni zbog preokupacije mislima o hrani, obliku i težini tijela. Naglašava se da će te terapija biti usmjerena prema rješavanju interpersonalnih problema s očekivanjem da će to dovesti do nestanka simptoma vezanih za jedenje. Važno je da pacijent bude svjestan toga da je broj seansa ograničen pa mu zbog toga aktivan pristup terapiji mora biti na prvom mjestu prioriteta ukoliko želi ozdraviti. Drugi cilj prve faze je zajednički identificirati trenutne interpersonalne probleme i odlučiti koji će od njih biti u središtu interesa. Najprije se ispituje u kakvim su se okolnostima prvi put javili simptomi poremećenog jedenja, procjenjuje se kvaliteta aktualnih odnosa i životnih okolnosti, a na početku seanse ispituje se da li je od prošlog susreta došlo do nekih promjena u ponašanju vezanom za jedenje, a ako jest potrebno je saznati u kakvom su se interpersonalnom kontekstu te promjene dogodile. Nakon 3-4 seanse postane jasno s kakvim se problemima pacijent suočava pa tada slijedi zajednički odabir prioritetnih problema.

U drugoj fazi pacijent preuzima aktivniju ulogu, a kako to ne bi umanjio, terapeut izbjegava direktivan stil. Njegova uloga je održati pacijenta fokusiranim na zadani cilj i pomoći mu u prepoznavanju osjećaja vezanih za interpersonalne probleme i usmjeravati ga prema njihovom rješavanju. Važno je da terapeut ne nudi načine rješavanja problema niti izražava svoje mišljenje. Pacijent sam mora zaključiti koji je način najbolji. Posljedično, pacijentovi pokušaji promjene postaju okosnica terapije. On postaje sve bolji u razumijevanju problema pa sve lakše donosi učinkovite i strateške promjene. U drugoj fazi više se ne postavljaju pitanja vezana za prehranu, a zanimljivo je da ih nakon nekoliko tjedana i sami vrlo rijetko spominju. Ako pacijent ipak započne tu temu, terapeut ju mora preusmjeriti na interpersonalni kontekst.

U trećoj fazi cilj je da postignute promjene traju i nakon prekida terapije i da ne dođe do relapsa. Razgovor se mora usmjeriti na budućnost, potencijalne interpersonalne teškoće i načine njihovog rješavanja. Pacijent mora biti svjestan toga da će njegov poremećaj jedenja uvijek biti slaba točka te da u slučaju interpersonalnih teškoća može doći do egzacerbacije simptoma vezanih za jedenje. Stanje pacijenta ponovno se procjenjuje 20 tjedana po završetku terapije.[78]

5.1.5. Dijalektička bihevioralna terapija

Dijalektička bihevioralna terapija (DBT) prvobitno je osmišljena za liječenje osoba s graničnim poremećajem ličnosti. To je komprehenzivna metoda koja se sastoji od individualnih i grupnih seansi u trajanju od 20 tjedana. Glavni cilj je poboljšati nekoliko važnih životnih vještina među kojima su prepoznavanje i opisivanje vlastitih emocija, misli i poriva, regulacija emocija, interpersonalne vještine i tolerancija distresa, a naučene vještine pacijent mora znati primjenjiti u svakodnevnom životu. Nadalje, cilj je motivirati pacijentovu želju za promjenom i smanjiti učestalost disfunkcionalnih ponašanja, a oboljeli mora postati svjestan čimbenika koji mogu potaknuti takvo ponašanje.[79]

Ova metoda primijenjena je u liječenju poremećaja s prejedanjem te je pokazala pozitivne rezultate. Značajan udio pacijenata po završetku tretmana, kao i nakon 12-mjesečnog praćenja više nije imao epizode prejedanja, metoda je bila dobro prihvaćena od strane pacijenata s niskim stopama odustajanja, a osobito se

korisnom pokazala u onoj skupini koja je imala značajne poteškoće s regulacijom emocija.[80]

Varijacija ovog oblika terapije, Radically open-dialectical behavior therapy (RO-DBT), razvijena je za liječenje pacijenata s izraženim opsesivno-kompulzivnim karakteristikama. Jedna studija proučila je učinak RO-DBT na uzorku bolnički liječenih pacijentica s teškim oblikom anoreksije nervoze i opsesivno-kompulzivnim karakteristikama. Razlika u odnosu na klasičnu DBT jest ta da se ovdje naglasak nije stavljao na emocionalnu disregulaciju, nego na usamljenost i socijalnu izolaciju, a jedan od ciljeva, na koji upućuje pojam radikalne otvorenosti, jest napuštanje ukorijenjenih pretpostavki pacijenta o tome kako bi sve oko njega trebao izgledati te oslobađanje od opsesivno-kompulzivnih misli i radnji kako bi njegovo funkcioniranje u svakodnevnom životu bilo fleksibilno. Iako metoda nije usmjerena na sam poremećaj jedenja, već na poboljšanje kvalitete života, istraživanje je pokazalo kako je ova skupina teško bolesnih pacijentica postigla porast BMI, značajne stope remisije (slične onim u vanbolničkim uvjetima) te poboljšanu kvalitetu života i psihološkog funkcioniranja.[81]

5.2. Medikamentno liječenje

Provode se brojna klinička istraživanja koja ispituju učinak raznih lijekova u liječenju poremećaja jedenja, ali ona najčešće daju oprečne rezultate. Jedini trenutno odobreni lijek je fluoxetin za primjenu u oboljelih od bulimije nervoze, dok se ostali primjenjuju poglavito zbog prisutnih komorbiditeta.

5.2.1. Antipsihotici

Antipsihotici se s oprezom primjenjuju u terapiji anoreksije nervoze. Djelovanje antipsihotika temelji se na interakciji s dopaminergičkim i serotoninergičkim sustavom, a najčešće uzrokuju porast apetita i dobivanje na težini. Zanimljivo je da u oboljelih od anoreksije nervoze uglavnom ne dovode do porasta težine, ali se primjenjuju radi ublažavanja simptoma kao što su poremećena slika tijela, preokupacija mislima o hrani i težini, strah od debljanja, opsesivno-kompulzivni simptomi i agitacija. Druga generacija antipsihotika , u odnosu na prvu, pokazala je bolje rezultate u porastu težine, a među njima najvažniji je olanzapin, D2/5HT2

antagonist. Provedeno istraživanje u skupini pacijentica liječenih kombinacijom CBT i olanzapina, pokazalo je u odnosu na kontrolu veći porast težine i redukcije depresivnih simptoma i agresije, ali samo u onih bolesnica s anoreksijom nervozom prejedajućeg/purgativnog tipa. Pacijenti teško pristaju na uzimanje antipsihotika, a oni sa sobom nose i rizik od teških nuspojava poput ekstrapiramidnih simptoma i QT-prolongacije. Sumarno, antipsihotici imaju sekundarnu ulogu u liječenju anoreksije nervoze.

5.2.2. Antidepresivi

Upotreba antidepresiva u liječenju poremećaja jedenja ima smisla zbog čestog komorbiditeta depresivnih simptoma te zbog činjenice da određeni neurotransmitori igraju ulogu u etiologiji bolesti.

Ispitivanja učinka tricikličkih antidepresiva (TCAs) i selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRIs) dala su dvojbene rezultate. TCAs, amitriptilin i klomipramin, proučavani su zbog njihove sposobnosti povećanja tjelesne težine, ali u slučaju anoreksije nervoze nisu pokazali značajno poboljšanje na tom području. Iako je klomipramin povećao apetit i kalorijski unos, konačni ishod nije bio promijenjen. Amitriptilin također nije uvećao težinu, niti je ublažio depresivne simptome, a osim toga izazivao je značajne nuspojave poput pojačanog znojenja, vrtoglavice, suhoće usta i hipotenzije. Istraživanja učinka fluoksetina (SSRI) u liječenju anoreksije nervoze pokazala su oprečne rezultate po pitanju smanjenja depresivnih simptoma i povratka težine.

S druge strane više ispitivanja TCAs, SSRIs, selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRIs) i inhibitora monoamin-oksidaze (MAOIs) pokazalo je učinkovitost tih antidepresiva u terapiji bulimije nervoze što se vidjelo u smanjenju učestalosti epizoda prejedanja i povraćanje te u poboljšanju depresivnog raspoloženja i anksioznosti. Najsigurniji za primjenu su svakako SSRIs (fluoksetin, sertalin, fluvoksamin,citalopram). Fluoksetin je najviše proučavan, a ujedno je i jedini kojeg je FDA odobrila za liječenje bulimije nervoze u dozi od 60mg/d. Osim što smanjuje frekvenciju epizoda prejedanja i povraćanja, fluoksetin je djelotvoran i u redukciji opsesivno-kompulzivnih simptoma te broja relapsa.

Antidepresivi također smanjuju simptomatologiju vezanu za jedenje, depresivnost i anksioznost u oboljelih od poremećaja s prejedanjem. Duloksetin (SNRI) je u odnosu na SSRIs pokazao da ima dodatnu sposobnost da smanjuje tjelesnu težinu, što je u ovom slučaju poželjno.

5.2.3. Stabilizatori raspoloženja

Brojna istraživanja provedena posljednjih godina predlažu upotrebu antiepileptika u liječenju poremećaja jedenja. U prilog tome govori podatak da su antiepileptici učinkoviti u terapiji različitih psihičkih poremećaja povezanih s poremećajima jedenja, kao što su bipolarni poremećaj, anksiozni poremećaj, poremećaji ličnosti i zlouporaba psihoaktivnih tvari. Osim toga, mnogi antiepileptici ulaze u interakciju s neuralnim krugovima koji su odgovorni za regulaciju apetita i težine. Tako valproat i pregabalin potiču apetit, a topiramat i zonisamid ga smanjuju. Za topiramat je potvrđeno da primijenjen kod oboljelih od bulimije nervoze i poremećaja s prejedanjem smanjuje epizode prejedanja i povraćanja, ima pozitivan učinak na psihičke komorbiditete i smanjuje tjelesnu težinu, ali njegovo korištenje mora biti oprezno jer potencijalno dovodi do smanjenja sposobnosti pamćenja i koncentracije, konfuzije i iscrpljenosti.

5.2.4. Lijekovi za redukciju tjelesne težine

Orlistat, inhibitor gastrointestinalnih lipaza, primjenjuje se kod oboljelih od poremećaja s prejedanjem jer je učinkovit u redukciji tjelesne težine. Ne djeluje na smanjenje učestalosti epizoda prejedanja.[82, 83]

5.3. Liječenje komplikacija

Kao što je prije opisano, anoreksija nervoza i bulimija nervoza praćene su brojnim komplikacijama. Ovdje će biti opisano liječenje najvažnijih među njima.

5.3.1. Amenoreja

Uspostava normalne tjelesne težine smatra se temeljem za uspostavu uredne endokrinološke funkcije. Porastom tjelesne težine povećava se udio masnog tkiva što rezultira normalizacijom razine gonadalnih hormona i neuropeptida leptina. Ipak,

neke pacijentice ostaju amenoreične godinama nakon povratka tjelesne težine. Važan prediktor za ovako protrahiranu amenoreju je premenarhalni početak anoreksije nervoze i veći premorbidni BMI. Radi povratka menstruacije potrebno je postići težinu koja odgovara BMI-u raspona između 15. i 20. percentile prilagođene za dob, a ciljna težina mora biti veća za one čiji je premorbidni BMI bio visok.[84]

Upotreba oralnih kontraceptiva samo da bi se izazvalo krvarenje, nije preporučljivo jer nema dokaza o prednostima nadomještanja estrogena u ovih pacijentica. Štoviše, pojava krvarenja može stvoriti lažnu sliku poboljšanja cjelokupnog psihofizičkog stanja pa pacijentice mogu izgubiti motivaciju za nastavkom liječenja.[85]

5.3.2. Poremećaji kosti

Povratak normalne tjelesne težine i menstrualnog ciklusa bez dileme su najvažniji za povećanje mineralne gustoće kostiju iako u većini slučajeva ona neće doseći premorbidne vrijednosti. Dodatno, oboljeli od anoreksije nervoze trebaju uzimati suplemente kalcija (1300mg/d) i vitamina D (600IU/d). Primjena farmakoterapije dolazi u obzir kod onih pacijenata s niskom gustoćom kostiju i čestim prijelomima, a koji unatoč trudu ne uspijevaju povećati tjelesnu težinu.

Iako estrogen igra važnu ulogu u metabolizmu kosti, njegova upotreba nije dala očekivane rezultate u povećanju mineralne gustoće pa se davanje oralnih estrogena ne preporučuje. Jedino se u težim slučajevima razmatra upotreba estrogena i cikličkog progesterona. Izostanak učinka pripisuje se supresivnom djelovanju na IGF-1 tijekom prolaska oralno uzetog estrogena kroz jetru i dodatnom djelovanju ostalih hormonalnih poremećaja na koštani metabolizam. Rezultati istodobne primjene rekombinantnog IGF-1 i estrogensko-progesteronskog pripravka još se prikupljaju za analizu, a teoretski bi mogli biti obećavajući. Od ostalih hormona istražena je primjena testosterona i rekombinantnog leptina. Dok testosteron nije pokazao učinkovitost, rekombinantni leptin je doveo do porasta mineralne gustoće, ali je istodobno smanjio apetit i tjelesnu težinu.

Zbog pozitivnih rezultata kod primjene u postmenopauznih žena, bisfosfonati su također bili predmet istraživanja. Kliničko ispitivanje provedeno 2005.g. koje proučavalo učinak alendronata pokazalo je da je unatoč zabilježenom porastu

mineralne gustoće, taj porast bio neznatno veći u odnosu na kontrolnu skupinu čije se poboljšanje temeljilo isključivo na porastu tjelesne težine. Osim toga, primjena bisfosfonata u reproduktivnoj dobi zbog njihovog teratogenog učinka i činjenice da u tijelu ostaju mnogo godina nakon prestanka korištenja. Zato bi se njihova uporaba eventualno mogla ograničiti na primjenu u slučajevima jako teške osteoporoze i kod muškaraca s normalnom razinom testosterona.[53, 85]

5.3.4. Gastroenterološke komplikacije

Gastroenterološke komplikacije su česte i u anoreksiji nervozi i u bulimiji nervozi.

Usporeno želučano pražnjenje najčešće se popravlja s povratkom tjelesne težine. Modifikacija prehrane također može biti pomoćna metoda. Preporuča se jedenje više manjih obroka tokom dana, konzumacija tekućih pripravaka i hrane bogate kalorijama i izbjegavanje velike količine vlakana. U nekih pacijenata, kod kojih je ovaj problem izraženiji (pa tako remeti proces povratka težine), može se razmotriti davanje promotilitetnih sredstva kao što je metoklopramid, antagonist dopaminskih receptora u dozi od 2,5 mg/d prije obroka.

SMA, rijetka komplikacija anoreksije nervoze koja nastaje zbog gubitka mezenterijskog masnog tkiva, također može onemogućiti povratak tjelesne težine. Glavni terapijski cilj je nutritivna potpora (enteralna prehrana) radi povratka nestalog masnog tkiva što će prekinuti postojeću opstrukciju duodenuma.

Konstipacija je česta u pacijenata s anoreksijom nervozom. Iako se s povratkom težine stanje poboljšava, u međuvremenu su potrebne dodatne mjere kako bi se spriječila progresija konstipacije i umanjili neugodni simptomi. Često pomaže pijenje dovoljne količine tekućine, a od laksativa se preporučuju osmotski laksativi poput laktuloze čije doziranje se zasniva na frekvenciji defekacije.

U oboljelih od bulimije nervoze čest problem je GERB. Princip liječenja je kao i kod svih ostalih; inhibitori protonske pumpe, spavanje na povišenom i izbjegavanje hrane dva sata prije odlaska na počinak. Ako refluks ne odgovara na terapiju ili ako se jave disfagija ili hematemeza, pacijenta je nužno uputiti na endoskopski pregled kako bi se isključilo postojanje Barrettovog jednjaka ili neoplastičnih promjena. Ako

se dokaže postojanje Barretovog jednjaka, biti će potrebni redoviti endoskopski pregledi jer taj nalaza predstavlja rizik za nastanak karcinoma jednjaka.

Oralne komplikacije nisu neuobičajena posljedica redovitog izazivanja povraćanja. Kako bi se umanjilo štetno djelovanje želučane kiseline na zube, potrebno je nježno četkanje zubi pastom koja sadrži flor. Za ublažavanje sijaloadenoze primjenjuju se sijalogozi poput kiselih bombona, stavljanje toplih obloga s obje strane lica više puta dnevno i niske doze protuupalnih lijekova poput ibuprofena. U refraktornim slučajevima daje se pilokarpin.

Zloporaba laksativa predstavlja terapijski izazov za liječnike jer moraju uvjeriti pacijenta da potpuno prestanu uzimati laksative. Kako bi se olakšali simptomi u periodu „detoksikacije“ organizma, preporuča se uzimanje dovoljne količine tekućine i osmotskih laksativa kako bi se olakšala defekacija i formirala meka stolica.

5.3.5. Poremećaji elektrolita

U bulimičara, kao što je prije opisano, postoji rizik za razvoj hipokalijemijske metaboličke alkaloze. Ovo stanje tretira se intravenskom primjenom fiziološke otopine i kalija, a fiziološka otopina se mora dati u dovoljnom volumenom kako bi se korigirala hipovolemija koja održava povišenu razinu aldosterona. Naime, ako se ne riješi problem hipovolemije, nastavit će se pojačano otpuštanje aldosterona koji potiče gubitak kalija putem bubrega. Nadoknada volumena mora biti sporija u odnosu na dehidrirane osobe jer ovi pacijenti su skloni zadržavanju natrija pa se u vrlo kratkom roku može akumulirati 5-10 kg tekućine u obliku perifernih edema. Preporuka je nadoknada brzinom od 50-75 cm^3/h tijekom 24-36 h, a prekida se kada bikarbonati padnu ispod 30mmol/l.

Nagli prekid prakse povraćanja ili zloporabe laksativa može rezultirati nastankom pseudo-Bartterovog sindroma s nastankom edema. Pacijenta je potrebno upoznati s tom mogućnošću kako se ne bi vratio prijašnjim navikama s ciljem redukcije težine zbog novonastalih edema. Neki liječnici propisuju spironolakton u dozi 25 mg/d do maksimalne dnevne doze od 200 mg tijekom prva dva do tri tjedna radi blokiranja učinka aldosterona.

5.3.6. Kardiovaskularne komplikacije

Među oboljelima od anoreksije nervoze, hipotenzija je skoro pa redovit nalaz. Lijeći se davanjem intravenskih tekućina samo ako je simptomatska. Uobičajeno se stanje popravlja s normalizacijom tjelesne težine.

Od kardioloških nalaza, najčešća je bradikardija, ali ona rijetko zahtjeva konzultaciju kardiologa u odsutnosti AV-bloka. U težim slučajevima anoreksije nervoze moguće je postojanje perzistentnog nodalnog ritma. Preporuka je učiniti provokativni test na traci kako bi se utvrdilo konvertira li se nodalni ritam u sinusni pri povećanim fizičkim zahtjevima. Uz bradikardiju često je prisutna QT-prolongacija. Stav prema njoj je ekspektativan uz redovito elektrokardiografsko monitoriranje, korekciju elektrolitskih poremećaja i obustavu lijekova koji pridonose QT-prolongaciji.

Restriktivna dijeta s vremenom dovodi do promjena srčane strukture, poglavito do smanjenja mase lijevog ventrikula, ali ovo je stanje uglavnom reverzibilno. Ponekad se uz atrofiju lijevog ventrikula nalazi prolaps mitralne valvule, a unatoč mitralnoj insuficijenciji pristup je i ovdje ekspektativan. U nekih se može razviti perikardijalni izljev, a perikardiocenteza se primjenjuje isključivo ako postoje znakovi tamponade.[85]

5.4. Bolničko liječenje

Bolničko liječenje treba biti spoj više elemenata, a to su oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. U kojoj mjeri će se primijeniti svaki od ovih elemenata, ovisi o individualnoj situaciji pacijenta. Oboljele se hospitalizira zbog kratkog medicinskog vođenja ili zbog konačnog liječenja, a velik broj treba bolničko liječenje zbog specifičnih medicinskih komplikacija. Danas postoji konsenzus o tome kada bolesnika s poremećajem jedenja treba hospitalizirati, a u određenim slučajevima bolesnika će biti potrebno hospitalizirati protiv njegove volje.[86]

Budući da se najčešće hospitaliziraju oboljeli od anoreksije nervoze, naredni tekst usmjeren je isključivo na taj poremećaj.

5.4.1. Indikacije za hospitalizaciju

Society for Adolescent Medicine, američko je društvo koje je objavilo smjernice za hospitalizaciju oboljelih od poremećaja jedenja, a prikazane su u tablici 1.

Tablica 1. Smjernice za hospitalizaciju adolescenata oboljelih od poremećaja jedenja

Jedno ili više od navedenog potvrđuje potrebu za hospitalizacijom
1. Težina manja od 75% prosječne idealne težine za dob i spol
2. Dehidracija
3. Poremećaj elektrolita (hipokalijemija, hiponatrijemija, hipofosfatemija)
4. Poremećaj EKG-a (produžen QT ili teška bradikardija)
5. Fiziološka nestabilnost **- teška bradikardija (<50 bpm danju, <45 bpm noću)** **- hipotenzija (<90/45 mmHg)** **- hipotermija (<36.6°C)** **- ortostatski porast pulsa (>20 bpm) ili pad tlaka (>20 mmHg sistolički ili >10 mmHg dijastolički)**
6. Zaustavljeni rast i razvoj
7. Neuspješno vanbolničko liječenje
8. Akutno odbijanje hrane
9. Nekontrolirano prejedanje i povraćanje
10. Akutne medicinske komplikacije malnutricije
11. Komorbidno medicinsko ili psihijatrijsko stanje koje onemogućava adekvatno vanbolničko liječenje (teška depresija, suicidalne misli, opsesivno-kompulzivni poremećaj, dijabetes tipa 1)

(prema: *Golden HN i sur.* Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults)[87]

Kada se donosi odluka o hospitalizaciji, također je potrebno u obzir uzeti brzinu kojom je došlo do gubitka težine i ispitati kakve su okolnosti u obitelji.

5.4.2. Prisilna hospitalizacija

Neke pacijente potrebno je hospitalizirati protiv njegove volje. To se obično događa kada je osoba teško bolesna, a ne želi pristati na liječenje ili čak praćenje akutnih medicinskih problema. Najčešći razlozi zbog kojih se pacijenti primaju na bolničko liječenje protiv svoje volje jesu rizik od smrti zbog niske težine, teška bradikardija, tahiaritmija, hipokalijemija, bol u prsištu i teška ortostatska hipotenzija.[86] Oni uporno odbijaju prihvatiti činjenice o nužnosti liječenja i mogućim posljedicama neprihvaćanja terapijskog postupka. Dodatno, njihova sposobnost rasuđivanja može biti narušena kao posljedica dugotrajne malnutricije. Budući da oboljeli, koji zadovoljavaju indikacije za hospitalizaciju, odbijanjem liječenja ugrožavaju svoje zdravlje, ovakav postupak neosporno je opravdan, a reguliran je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji u članku 27. navodi: „Osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom.“

Iako neki pretpostavljaju da će liječenje u ovom slučaju biti manje uspješno u odnosu na one pacijente koji u proces ulaze svojevoljno i motivirano, pregled dosad prikupljenih podataka o prisilnoj hospitalizaciji opovrgnuo je to mišljenje pokazavši da se terapijski ishod između ovih skupina pacijenata bitno ne razlikuje. Među pacijentima koji su prisilno hospitalizirani zabilježeno je duže trajanje bolesti, veći broj prethodnih hospitalizacija, češći psihijatrijski komorbiditet i veća incidencija samoozljeđivanja. To upućuje na to da potreba za hospitalizacijom pacijenta protiv njegove volje ne proizlazi isključivo iz težine simptoma vezanih za jedenje, već iz cjelokupne psihopatologije pojedinca.[88]

5.4.3. Nutritivna potpora

Oboljeli od anoreksije nervoze najčešće se hospitaliziraju zato da bi se započeo adekvatan proces hranjenja. Za bolničko liječenje cilj je dobivanje 1 do 2 kilograma tjedno te postizanje BMI-a od 18.5 do 20 kg/m^2.[86]

Postoji nekoliko metoda hranjenja. Ona koja se preferira jest oralna prehrana radi očuvanja integriteta sluznice tankog i debelog crijeva. I male količine hrane u

crijevnom lumenu (100-200 ml) preveniraju atrofiju crijevnih resica i bakterijsku translokaciju.[89] Drugi oblici su tekući pripravci bogati energijom (napitci koji osiguravaju unos energije i mikronutrienata u standardiziranim pakiranjima, npr. Ensure), hranjenje putem nazogastrične sonde (direktan unos nutritivnih tvari u gastrointesinalni trakt putem cjevčice koja se uvodi kroz nos, a čiji kraj završava u želucu, dvanaesniku ili jejunumu) i parenteralna prehrana (otopina koja sadrži aminokiseline, lipide i dekstrozu unosi se direktno u sistemsku cirkulaciju putem periferne vene).[90]

5.4.3.1. Oralna prehrana

Većina oboljelih sposobno je hraniti se oralno. Udio pojedinih skupina namirnica u cjelokupnom energetskom unosu iznosi 15-20% za proteine, 50-55% za ugljikohidrate i 25-30% za masti. Potrebno je birati proteine visoke biološke vrijednosti, osigurati unos esencijalnih masnih kiselina i poticati unos netopivih prehrambenih vlakana u svrhu prevencije i terapije konstipacije. Cilj terapije je postupno povišenje energetskog unosa, uz smanjenje potrošnje kako bi se postigla pozitivna ravnoteža. Preporučuje se energetski unos od 130% vrijednosti bazalnog metabolizma. Obično se počinje s 1200-1400 kcal/dan, a energetski unos se postupno povisuje za 100-200 kcal/dan kako bi se promovirao dobitak na tjelesnoj masi.[89] Potreba za kontinuiranim povećanjem kalorijskog unosa proizlazi iz činjenice da se organizam osobe oboljele od anoreksije nervoze nalazi u hipermetaboličkom stanju. Osim toga, velik dio energije pretvara se u toplinu. Na termogenetski efekt hrane otpada 30% ukupnog energetskog unosa u odnosu na 14-16% kod zdravih kontrola. Oboljeli su također skloni neprestanim nemirnim kretnjama što također može biti razlog povećane energetske potrošnje.[91] Ovisno o funkcionalnom statusu i preferencijama bolesnika, može se primijeniti enteralna formula kao oralni suplement ili putem sonde (prekonoćno hranjenje nazogastričnom sondom). Preporučuje se standardna polimerna formula koja sadrži 1-1.5 kcal/ml i dodatak prehrambenih vlakana i mikronutrijenata.[89]

5.4.3.2. Enteralna prehrana

Bolesnici koji mogu normalno jesti, ali ne jedu (zbog smanjenog apetita ili anoreksije) te bolesnici koji ne jedu iz drugih razloga (nemogućnost ingestije hrane,

opstrukcija ili dismotilitet probavnog sustava) smatraju se potencijalnim kandidatima za enteralnu prehranu. Najviše koristi od ovog oblika prehrane imaju teško pothranjeni bolesnici (BMI<14-16 kg/m^2), bolesnici s naglim gubitkom do 20% tjelesne mase, bolesnici s umjerenom slikom pothranjenosti i sustavnim upalnim odgovorom, oni sa slikom teškom upalnog zbivanja te oni pothranjeni bolesnici koje se priprema za operativni zahvat.

U Hrvatskoj se koristi nekoliko oblika enteralnih pripravaka koji se razlikuju prema količini i vrsti prisutnih molekula i supstrata. To su:

1. Polimerne formule

   Nutritivno su uravnotežene. Sadrže dušik u obliku intaktnih proteina, ugljikohidrate u obliku polimera glukoze i lipide kao LCT (dugolančani trigliceridi) ili kombinaciju LCT i MCT (srednjolančani trigliceridi) te standardizirane količine minerala, oligoelemenata i vitamina. Koriste se kao osnovni enteralni pripravak u bolnicama i u kućnim uvjetima. Ne sadrže laktozu i gluten. Osmolarnost im je 300 mOsm/L. Najčešće su prihvatljiva okusa pa se mogu koristiti i peroralno. Većina ima 1 kcal/ml i koncentraciju dušika 5-7 g/L iako ti brojevi mogu biti i veći. Imaju prihvatljiv postotak nuspojava, dobro su prihvaćene od bolesnika i imaju prihvatljivu cijenu.
2. Oligomerni (semielementarni) pripravci

   Sadrže proteine u hidroliziranom obliku, ugljikohidrate u obliku djelomično hidroliziranih maltodekstrina škroba, jednostavnih šećera, polimera glukoze ili škroba, masti u obliku LCT ili kombinacije LCT i MCT te minerale, vitamine i oligoelemente. Ne sadrže laktozu i gluten. Masti čine 5-20% ukupnog energetskog unosa. Indicirani su u bolesnika s alergijama na hranu, kod maldigestije, egzokrine insuficijencije pankreasa, sindroma kratkog crijeva, upalnih bolesti crijeva i intestinalnih fistula.
3. Monomerni (elementarni) pripravci

   Sadrže aminokiseline, monosaharide, disaharide, minimalne količine masti i neznatne količine natrija i kalija. Primjenjuju se u stanjima koja su praćena malapsorpcijom. Imaju loša organoleptička svojstva zbog slobodnih aminokiselina i česte nuspojave, najčešće proljev zbog hiperosmolarnosti pa su prekidi liječenja česti.

4. Modularne (enteralne) formule

   Pripremaju se u bolnici miješanjem zasebnih otopina mikronutrijenata ovisno o specijalnim nutritivnim potrebama. Indikacije su disfunkcija organa, restrikcija tekućine, zatajenje bubrega, diabetes mellitus, respiratorna i jetrena insuficijencija, zatajenje srca i poremećaji elektrolita.

5. Specijalni pripravci

   Polimerni pripravci prilagođeni potrebama u posebnim patološkim stanjima poput nasljednih metaboličkih bolesti ili kod disfunkcije pojedinog organa.

Prije započinjanja enteralne prehrane, potrebno je procijeniti koliko dugo će se ona provoditi. U pacijenata kojima će ona biti potrebna manje od 14 dana koriste se sonde (nazogastrične, nazoduodenalne, nazojejunalne), a za dulju upotrebu postavlja se stoma endoskopskim ili kirurškim pristupom. Metode kojima se hrana doprema u crijevo jesu metoda bolusa (nekoliko puta dnevno u količini od 100 do 400 ml tijekom 10-30 minuta), intermitentna infuzija (pomoću mehaničke crpke svakih 8-12 h) i konstantna infuzija (pomoću automatske crpke tijekom 24 h).

Komplikacije su česte, ali ne toliko ozbiljne kao kod parenteralne prehrane. Tu se ubrajaju pomak, ispadanje i začepljenje sonde; proljevi, mučnina, grčevi, nadutost; regurgitacija i aspiracija; nozokomijalne infekcije i metaboličke abnormalnosti (hiperglikemija, hiperkalemija, hipofosfatemija i dr.).[89] Komplikacije parenteralne prehrane su infekcije, promjene vaskularnog endotela, aritmije, hiperosmolarnost, hiperglikemija, hipofosfatemija i hipokalemija. Osim toga, pacijenti kod kojih se primjenjuje bez njihove volje, skloni su sabotirati postupak samostalnim prekidanjem infuzije.[90]

5.4.4. Refeeding sindrom

Tijekom prva dva do tri tjedna ponovne uspostave prehrane kod oboljelih od anoreksije nervoze moguća je pojava refeeding sindroma, bez obzira na primijenjeni protokol hranjenja. Ponovnom uspostavom prehrane naglo se prekida proces glukoneogeneze i anaerobni metabolizam. Dolazi do brzog porasta inzulina koji zajedno s glukozom u stanice unosi ekstracelularne fosfate, kalij i magnezij. Visok koncentracijski gradijent osigurava brz ulazak ovih elektrolita u stanice. Količinu fosfata dodatno smanjuje povećana potreba za ATP-om i 2,3-difosfogliceratom za

stanični metabolizam. Uz to, moguće je preopterećenje tekućinom zbog retencije soli i vode. Najopasnije posljedice refeeding sindroma su kardiovaskularne komplikacije. Poremećaj elektrolita i volumno preopterećenje mogu uzrokovati fatalne aritmije i zatajenje srca. Ostale moguće posljedice su respiratorna insuficijencija, rabdomioliza, delirij, konvulzije, ali i iznenadna smrt. Visok rizični faktor za pojavu refeeding sindroma je BMI<14 kg/m^2 ili gladovanje duže od 15 dana. Zbog ovih razloga, pacijente je tijekom prvih tjedana od uspostave prehrane potrebno pažljivo monitorirati. Redovito se procjenjuje razina elektrolita te srčana, jetrena i bubrežna funkcija. U svrhu prevencije, neki primjenjuju dodatni unos fosfora.[92, 93]

5.5. Novije terapijske metode

Osim dosad opisanih pristupa liječenju, postoji još nekoliko terapijskih metoda koje se koriste kao pomoć oboljelima od poremećaja jedenja, ali su potrebna dodatna istraživanja za procjenu njihove učinkovitosti.

5.5.1. Kognitivno-sanacijska terapija

Kognitivno-sanacijska terapija (Cognitive Remediation Therapy, CRT) usmjerena je na promjenu neadekvatnog stila razmišljanja i pokazala se učinkovitom u poboljšanju načina razmišljanja i psihosocijalnog funkcioniranja u liječenju pacijenata oboljelih od drugih mentalnih poremećaja (shizofrenija, poremećaji raspoloženja, opsesivno-kompulzivni poremećaj ovisnost o alkoholu), a koji su bili rezistentni na primjenu drugih terapijskih postupaka. CRT za anoreksiju nervozu relativno je nov pristup, a primjenjuje se kao dodatak uz uobičajene terapijske postupke. Usmjerena je više na proces razmišljanja nego li na sadržaj. Razlog zbog kojeg se CRT počela koristiti u rezistentnim slučajevima anoreksije nervoze jest pretpostavka da nefleksibilan (nemogućnost prelaska s jedne strategije razmišljanja i djelovanja na drugu, nesposobnost za istovremeno obavljanje više zadataka) i opsesivan (preokupacija detaljima) stil razmišljanja, kakav je čest među oboljelima od anoreksije nervoze, predstavlja zapreku za učinkovitost standardnih postupaka koji su usmjereni na povratak tjelesne težine i rješavanje simptoma vezanih za poremećeno jedenje. Cilj CRT-a je kroz niz vježbi promijeniti postojeći stil razmišljanja i učiniti ga fleksibilnijim i naučiti pacijenta da stečene kognitivne tehnike

primijenjuje u svakodnevnom životu.[94, 95] Povećana fleksibilnost posljedično omogućava pacijentu da lakše prihvaća potrebu za promjenom pa iz toga proizlazi zaključak da primjena CRT u oboljelih od anoreksije nervoze može uvećati njihovu suradljivost tijekom korištenja tradicionalnih terapijskih metoda i tako smanjiti stope odustajanja od tretmana i poboljšati terapijski ishod.

Kako je CRT za anoreksiju nervozu mlada metoda (prvi rad objavljen 2005.g.), potrebna su daljnja istraživanja koja se trebaju usredotočiti na dugotrajne učinke terapije, utjecaj dodatnih čimbenika kao što su prisutan komorbiditet, težina i trajanje bolesti ili osobnost pacijenta, učinkovitost terapije u populaciji adolescenata, prijemčivost i učinkovitost u većim uzorcima i primjenu CRT-a u sklopu obiteljske terapije.[95]

5.5.2. Kognitivna sanacija i trening emocionalnih vještina

Kognitivna sanacija i trening emocionalnih vještina (Cognitive Remediation and Emotion Skills Training, CREST) jest individualna terapijska metoda niskog intenziteta (10 seansi) za bolničke pacijente s teškim oblikom anoreksije nervoze. Djelomično se preklapa s CRT-om jer koristi slične metode bazirane na crtežima, metaforama i scenarijima. Kao i CRT usmjerena je na promjenu rigidnog i opsesivnog stila razmišljanja, ali više pažnje posvećuje vještini prepoznavanja emocija u sebi i u drugima te suočavanju s emocijama i njihovoj ekspresiji.[96]

Podloga za razvoj ove metode je poznata činjenica da je aleksitimija (smanjena sposobnost prepoznavanja, opisivanja i izražavanja emocija) česta među oboljelima od anoreksije nervoze, a novija istraživanja pokazuju da aleksitimija može biti važan prediktor terapijskog ishoda. Aleksitimija često ostaje prisutna čak i nakon izlječenja od anoreksije nervoze, što nam govori da klasični terapijski postupci imaju umjeren utjecaj na emocionalnu dimenziju, dok oni postupci koji primijenjuju intervencije usmjerene na specifične emocije imaju bolji ishod.[97]

Dva područja na koja je CREST fokusiran su aleksitimija i socijalna anhedonija (socijalno povlačenje i nesposobnost uživanja u socijalnim situacijama). CREST pruža psihološku edukaciju i vježbe u obliku igara koje pomažu pacijentima da imenuju svoje emocije (npr. pacijentima se da popis emocija i potiče ih se da razmišljaju o tome kakav osjećaj svaka od navedeni riječi izaziva), izražavaju emocije

na prikladan način, da nauče izraziti svoje emocionalno stanje u okruženju drugih ljudi (npr. pacijente se potiče da obrate pozornost na to što im se taj dan dobro dogodilo i da to zatim nekome kažu), da postanu svjesni situacija koje pružaju zadovoljstvo, da razviju sposobnost pozitivnog razmišljanja, da prepoznaju emocije kod drugih ljudi (npr. pacijentima se daju kuglice s nacrtanim izrazima lica koji predstavljaju različite emocije o kojima se poslije raspravlja). Sumarno, CREST uči osobe o funkciji emocija, kako prepoznati i imenovati svoje i tuđe emocije, kako se nositi s emocijama i izraziti ih i o važnosti emocija u komunikaciji s drugima. Pokazalo se da CREST djeluje na smanjenje aleksitimije i socijalne anhedonije, a također povećava sposobnost pacijenta na promjenu, što sa sobom može nositi bolji terapiski ishod. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se utvrdilo koji pacijenti imaju najviše koristi i kakve su karakteristike pojedinaca koji nisu povoljno odgovorili na primjenu ove metode, a nužno je uključivanje velikog uzorka pacijenata (kontrolirana randomizirana studija).[96]

5.5.3. Maudsley model za terapiju anoreksije nervoze u odraslih

Maudsley model za terapiju anoreksije nervoze u odraslih (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults, MANTRA) je kognitivno-interpersonalna terapija za vanbolničko liječenje odraslih oboljelih od AN razvijena 2008.g. u Velikoj Britaniji.[98]

Model pretpostavlja da postoje četiri faktora povezana sa opsesivnim i anksioznim značajkama ličnosti, a koji su ključni za održavanje bolesti. Ti faktori su: rigidan i opsesivan stil razmišljanja praćen strahom od počinjenja pogreške; poteškoće u socio-emocionalnoj domeni; pro-anoreksična vjerovanja o koristi anoreksije nervoze u svladavanju svakodnevnih izazova života; reakcija bliskih osoba uključujući anksioznost, zabrinutost, sram, kritiziranje, neprijateljstvo.[99]

Terapija je koncentrirana oko jednostavnog priručnika za pacijente u obliku radne bilježnice, a pacijent i terapeut zajednički se dogovaraju koji bi od dijelova priručnika mogli biti bitni. Stil terapije mora biti u obliku motivacijskog intervjua, a nikako ne smije nalikovati reakcijama pacijentu bliskih osoba koje su često prijeteće i upozoravajuće po pitanju ozbiljnosti njihove bolesti, što u pacijenta uglavnom izaziva još veći otpor i daljnje povlačenje u anoreksiju nervozu. Terapeut neprestano mora

održavati pacijenta na putu promjene prema dobivanju na težini i usvajanju zdravog obrasca jedenja. Povratne informacije o medicinskim rizicima i tome kako stil razmišljanja utječe na održavanje bolesti mogu motivirati pacijenta na putu prema ozdravljenju.

Priručnik za pacijente strukturiran je u devet poglavlja i služi kao vodilja za terapijski tretman počevši od istraživanja motivacije za promjenom, razmišljanja o budućnosti bez anoreksije nervoze, identifikacije pro-anoreksičnih vjerovanja i funkcije bolesti u životu pojedinca i završivši sa strategijama za sprječavanje relapsa. Priručnik pomaže pacijentima da i nakon završetka seanse mogu proučiti što su postigli, a sadržaj priručnika mogu podijeliti sa svojim bližnjima kako bi u njih postigli veće razumijevanje i potporu.

Odluka o tome kojim redom će se provoditi određene intervencije ovisi o motivaciji i spremnosti za promjenu, postojećoj podršci i medicinskim rizicima. Medicinski rizik nužno je pratiti tijekom čitave terapije. Pacijente se redovito važe, provode se fizikalni pregledi i mjere laboratorijski parametri.

U prvoj fazi terapije istražuju se pro-anoreksična vjerovanja i izgrađuje motivacija za promjenom. Primjenjuju se vježbe koje ispituju vrijednost anoreksije nervoze u životu pacijenta. Neke od tih vježbi su pisanje pisama anoreksiji nervozi kao prijatelju ili neprijatelju, pisanje o budućnosti sa ili bez anoreksije nervoze ili pisanje o životu prije bolesti. Također se ispituje koje su osobne vrijednosti pacijenta i kako je anoreksija nervoza na njih utjecala jer se pokazalo da anoreksija nervoza mijenja osobne vrijednosti na način da mršavost postaje najvažnijom, dok su ostali aspekti života bezvrijedni. Istovremeno se pružaju povratne informacije o medicinskim rizicima i neurofiziološkim testiranjima kako bi se potaknula motivacija za promjenu. Idući cilj je pronalazak potpore i svladavanje interperonalnih teškoća koje podržavaju bolest. Iako osobe bliske pacijentu žele pomoći, oboljeli se najčešće osjećaju usamljeno i napušteno. Štoviše, oni mogu dodatno ojačati bolest ili pretjeranim izražavanjem emocija ili prilagodbom na postojeće stanje i omogućavanjem anoreksičnog obrasca ponašanja. Pacijente se upoznaje s važnosti podrške u ranoj fazi terapije te ih se kroz upitnik potiče na razmišljanje o tome koje bi osobe iz njihove društvene mreže mogle biti prikladne za tu ulogu i koje bi osobe željeli pozvati na sudjelovanje u seansama.

Tijekom čitave terapije radi se na uspostavi normalne prehrane. Redovito se ispituje medicinski rizik te se procjenjuje koliko je pacijent sposoban samostalno se brinuti o prehrani. Na početku svake seanse pacijente se važe i potiče ih se da prihvate svoju težinu i izbjegavaju vaganje kod kuće jer se time samo jačaju anoreksični strahovi. Pružaju im se edukativni materijali o energetskim potrebama za održavanje i povećanje težine kao i o posljedicama izgladnjivanja. Predlažu im se dnevni jelovnici i uči ih se što to znači jesti zdravo. Informacije se iznose na način da se oboljele uvjeri kako će zdrav način prehrane poboljšati njihov cjelokupni život. Potiče ih se da postupno uvode male promjene u prehranu i da im bližnji u tome pruže potporu.

U slijedećoj fazi zajednički se osmišljava plan terapije i postavljaju ciljevi. Potrebno je shvatiti koje su trenutne poteškoće i koji su faktori koji podržavaju bolest.

U središnjem dijelu terapije radi se na promjenama. Nastavlja se sa uspostavom zdravog oblika prehrane, a u radu na problemima koji su identificirani kao ključni, koristi se priručnik. Cilj je promijeniti rigidan i opsesivan stil razmišljanja kroz niz vježbi navedenih u priručniku, raspraviti o ulozi perfekcionizma u njihovom životu, ublažiti samokritičnost i riješiti probleme unutar emocionalne i socijalne domene, a ono što nauče tijekom seansi pacijenti trebaju ponoviti kod kuće u obliku pisanih zadataka i primjenom u svakodnevnim situacijama.

Na kraju terapije postavlja se strategija za sprječavanje relapsa, a pacijent i terapeut izmjenjuju pisma s osvrtom na terapiju.

Trenutno je u tijeku nekoliko kontroliranih-randomiziranih studija na velikim uzorcima koje uspoređuju ovu metodu s tradicionalnim pristupima te se očekuje da će ta istraživanja pružiti odgovore o učinkovitosti terapije.[98]

2014.g. u Londonu započelo je istraživanje koje ispituje učinkovitost modificiranog oblika ovog terapijskog pristupa, MANTRA u formi samopomoći uz vodstvo mentora koji su i sami bolovali te se oporavili od poremećaja jedenja. I ovdje se koristi priručnik, ali u kraćoj verziji. Cilj je uvesti promjene u četiri područja: emocionalnoj domeni, interpersonalnom funkcioniranju, stilu razmišljanja i prehrambenim navikama. Kao oblik potpore, oboljelima se daje niz snimki na kojima bivši bolesnici (mentori) govore o uspješnim koracima prema oporavku i o tome kako

put prema oporavku nije linearan proces. Mentori im također pružaju savjete online čime se poboljšava motivacija i olakšava samostalno izvršavanje zadataka navedenih u priručniku. Važno je da mentori prođu standardiziranu obuku za provođenje motivacijskog intervjua na kvalitetnoj razini. Podaci za ovu studiju počeli su se prikupljati u ožujku 2015.g., a konačni rezultati se tek očekuju.[100]

6. Zaključak

Iako su poremećaji jedenja relativno rijetki u općoj populaciji, liječnici ne smiju zanemariti mogućnost postavljanja ove dijagnoze u svojih pacijenata. Isto tako moraju biti svjesni da se poremećaji jedenja javljaju u sve mlađoj dobi. Rano prepoznavanje bolesti od iznimne je važnosti kako bi se pravovremeno započelo odgovarajuće liječenje prije nego li bolest progredira, budući da poremećaji jedenja nose sa sobom povećan rizik za prisutnost drugih psihičkih poremećaja, za pojavu komplikacija i općenito smanjuju kvalitetu života. Preporuka za liječnike je da se u dijagnostici vode dijagnostičkim kriterijima i popratnim karakteristikama navedenim u DSM-V, a u slučaju nastupa bolesti prije 14.g. u obzir uzmu Great Ormond Street dijagnostičke kriterije. Prije započinjanja liječenja potrebno je utvrditi prisutnost komorbiditeta i pratećih psihopatoloških karakteristika jer oni određuju odabir adekvatne terapijske metode koja će polučiti najbolji ishod. Osnova liječenja svih poremećaja jedenja jest psihoterapija. Postoji više oblika psihoterapije, a na temelju dosadašnjih istraživanja pokazalo se koji je pristup najprikladniji za svaki pojedini poremećaj. Tijekom psihoterapijsko liječenja, terapeut se ne smije posvetiti isključivo psihičkom aspektu bolesti. On je obvezan redovito pratiti tjelesno stanje pacijenta kako bi ga u pravom trenutku mogao uputiti na bolničko liječenje. S druge strane, kliničari ne smiju svu pažnju posvetiti samo postizanju normalne tjelesne težine bez rješavanja temeljne psihopatologije poremećaja. Pristup pacijentu treba biti sveobuhvatan i multidisciplinaran. Medikamentno liječenje nije preporučljivo, a jedini odobreni lijek je fluoksetin za liječenje bulimije nervoze. Ako pacijent zadovoljava indikacije za hospitalizaciju, potrebno ga je bez odgode zaprimiti u bolnicu jer mu je zdravlje ugroženo. Na polju poremećaja jedenja redovito se javljaju novi prijedlozi klasifikacije i dijagnostičkih kriterija kao i terapijskih postupaka, ali biti će potrebna

dodatna istraživanja na velikim uzorcima kako bi se dokazala njihova primjenjivost i učinkovitost.

7. Zahvala

Prvenstveno se zahvaljujem svojoj mentorici, doc.dr.sc. Zorani Kušević na savjetima, podršci, susretljivosti i pristupačnosti tijekom odabira teme i pisanja ovog diplomskog rada.

Također se zahvaljujem roditeljima i bliskim prijateljima na strpljenju, razumijevanju, podršci i pomoći za vrijeme izrade rada kao i tijekom cijelog školovanja.

8. Literatura

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. *DeJong H, Oldershaw A, Sternheim L i sur.* Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. J Eat Disord 2013;1:43.
3. *Qian J, Hu Q, Wan Y i sur.* Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. Shanghai Arch Psychiatry 2013;25(4):212-223.
4. *Mitchison D, Hay PJ*. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. Clin Epidemiol 2014;6:89-97.
5. *Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB i sur.* Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. Mayo Clin Proc 2010;85(8):746-751.
6. *Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW*. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep 2012;14(4):406-414.
7. *Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L, Ekselius L*. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 2009;194(1):10-17.
8. *Vidović V*. Anoreksija i bulimija. Zagreb: 4P, 1998.
9. *Mazzeo SE, Bulik CM*. Environmental and Genetic Risk Factors for Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. Child and Adolescent Psychiatric Clinics 2009;18(1):67-82.
10. *Klump KL, Suisman JL, Burt SA, McGue M, Iacono WG*. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. J Abnorm Psychol 2009;118(4):797-805.
11. *Wade TD, Gordon S, Medland S i sur.* Genetic variants associated with disordered eating. Int J Eat Disord 2013;46(6):594-608.
12. *Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM i sur.* A critique of the literature on etiology of eating disorders. Ann Neurosci 2013;20(4):157-161.
13. *Kaye W*. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. Physiol Behav 2008;94(1):121-135.
14. *Frank GK*. Altered brain reward circuits in eating disorders: chicken or egg? Curr Psychiatry Rep 2013;15(10):396.
15. *Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF i sur.* Does a Shared Neurobiology for Foods and Drugs of Abuse Contribute to Extremes of Food Ingestion in Anorexia and Bulimia Nervosa? Biological Psychiatry 2013;73(9):836-842.
16. *Wang GJ, Geliebter A, Volkow ND i sur.* Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder. Obesity (Silver Spring) 2011;19(8):1601-1608.
17. *Metral M, Guardia D, Bauwens I i sur.* Painfully thin but locked inside a fatter body: abnormalities in both anticipation and execution of action in anorexia nervosa. BMC Res Notes 2014;7:707.
18. *Godart NT, Flament MF, Curt F i sur.* Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. Psychiatry Res 2003;117(3):245-258.
19. *Zerwas S, Von Holle A, Watson H, Gottfredson N, Bulik CM*. Childhood anxiety trajectories and adolescent disordered eating: findings from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. Int J Eat Disord 2014;47(7):784-792.
20. *Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J*. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. Am J Psychiatry 2003;160(2):242-247.

21. *Levallius J, Clinton D, Backstrom M, Norring C*. Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. J Eat Disord 2015;3:3.
22. *Begić D*. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
23. http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-osobnosti
24. *Pilecki MW, Jozefik B*. Perception of transgenerational family relationships: comparison of eating-disordered patients and their parents. Med Sci Monit 2013;19:1114-1124.
25. *Munsch S*. Study protocol: psychological and physiological consequences of exposure to mass media in young women - an experimental cross-sectional and longitudinal study and the role of moderators. BMC Psychol 2014;2(1):37.
26. *Zoletic E, Durakovic-Belko E*. Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. Psychiatr Danub 2009;21(3):302-309.
27. *Coelho GM, Gomes AI, Ribeiro BG, Soares Ede A*. Prevention of eating disorders in female athletes. Open Access J Sports Med 2014;5:105-113.
28. *Waller G*. Sexual abuse as a factor in eating disorders. Br J Psychiatry 1991;159:664-671.
29. *World Health Organization., ebrary Inc.* The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
30. http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icd10cm_guidelines_2014.pdf
31. *Wildes JE, Marcus MD*. Alternative methods of classifying eating disorders: models incorporating comorbid psychopathology and associated features. Clin Psychol Rev 2013;33(3):383-394.
32. *Američka psihijatrijska udruga*. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje : DSM-IV : međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
33. *Sim LA, Lebow J, Billings M*. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. Pediatrics 2013;132(4):e1026-1030.
34. *Thomas JJ, Koh KA, Eddy KT i sur.* Do DSM-5 Eating Disorder Criteria Overpathologize Normative Eating Patterns among Individuals with Obesity? J Obes 2014;2014:8.
35. *Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP*. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. Int J Eat Disord 2011;44(6):553-560.
36. *Estour B, Galusca B, Germain N*. Constitutional thinness and anorexia nervosa: a possible misdiagnosis? Front Endocrinol (Lausanne) 2014;5:175.
37. *Mond JM*. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. J Eat Disord 2013;1:33.
38. *Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S*. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. BMC Psychiatry 2015;15:70.
39. *Forney KJ, Haedt-Matt AA, Keel PK*. The role of loss of control eating in purging disorder. Int J Eat Disord 2014;47(3):244-251.
40. *Kucukgoncu S, Midura M, Tek C*. Optimal management of night eating syndrome: challenges and solutions. Neuropsychiatr Dis Treat 2015;11:751-760.
41. *Cleator J, Abbott J, Judd P, Sutton C, Wilding JP*. Night eating syndrome: implications for severe obesity. Nutr Diabetes 2012;2:e44.

42. *Vidović V*. Psihodinamski pogled na anoreksiju nervozu u djece. Pedijatrija danas 2010;6(2):117-126.
43. *Jurčić Z*. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. Medix 2004;10(52):40-45.
44. *Nicholls D, Chater R, Lask B*. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. Int J Eat Disord 2000;28(3):317-324.
45. *Mehler PS, Brown C*. Anorexia nervosa - medical complications. J Eat Disord 2015;3:11.
46. *Wang X, Luscombe GM, Boyd C, Kellow J, Abraham S*. Functional gastrointestinal disorders in eating disorder patients: altered distribution and predictors using ROME III compared to ROME II criteria. World J Gastroenterol 2014;20(43):16293-16299.
47. *Mitchell N, Norris ML*. Rectal prolapse associated with anorexia nervosa: a case report and review of the literature. J Eat Disord 2013;1:39.
48. *Obeid OA, Hachem DH, Ayoub JJ*. Refeeding and metabolic syndromes: two sides of the same coin. Nutr Diabetes 2014;4:e120.
49. *Verhoef PA, Rampal A*. Unique challenges for appropriate management of a 16-year-old girl with superior mesenteric artery syndrome as a result of anorexia nervosa: a case report. J Med Case Rep 2009;3:127.
50. *Kaštelan D, Koršić M*. Endokrinološki poremećaji u anoreksiji. Medix 2004;10(52):46-47.
51. *Singhal V, Misra M, Klibanski A*. Endocrinology of anorexia nervosa in young people: recent insights. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2014;21(1):64-70.
52. *Franko DL, Blais MA, Becker AE i sur.* Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. Am J Psychiatry 2001;158(9):1461-1466.
53. *Misra M, Klibanski A*. Anorexia nervosa and bone. J Endocrinol 2014;221(3):R163-176.
54. *Abella E, Feliu E, Granada I i sur.* Bone marrow changes in anorexia nervosa are correlated with the amount of weight loss and not with other clinical findings. Am J Clin Pathol 2002;118(4):582-588.
55. *Vande Zande VL, Mazza JJ, Yale SH*. Hematologic and metabolic abnormalities in a patient with anorexia nervosa. Wmj 2004;103(2):38-40.
56. *Bomba M, Riva A, Morzenti S i sur.* Global and regional brain volumes normalization in weight-recovered adolescents with anorexia nervosa: preliminary findings of a longitudinal voxel-based morphometry study. Neuropsychiatr Dis Treat 2015;11:637-645.
57. *Jauregui-Garrido B, Jauregui-Lobera I*. Sudden death in eating disorders. Vasc Health Risk Manag 2012;8:91-98.
58. http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/kardiologija/aritmije-i-poremecaji-provodjenja/torsades-de-pointes
59. *Yahalom M, Spitz M, Sandler L i sur.* The Significance of Bradycardia in Anorexia Nervosa. Int J Angiol 2013;22(2):83-94.
60. *Mehler PS, Rylander M*. Bulimia Nervosa - medical complications. J Eat Disord 2015;3:12.
61. *Uhlen MM, Tveit AB, Stenhagen KR, Mulic A*. Self-induced vomiting and dental erosion--a clinical study. BMC Oral Health 2014;14:92.
62. *Buchanan JA, Fortune F*. Bilateral parotid enlargement as a presenting feature of bulimia nervosa in a post-adolescent male. Postgrad Med J 1994;70(819):27-30.

63. *Brewster DH, Nowell SL, Clark DN*. Risk of oesophageal cancer among patients previously hospitalised with eating disorder. Cancer Epidemiol 2015;39(3):313-320.
64. *Gentile MG*. Pseudo Bartter Syndrome from Surreptitious Purging Behaviour in Anorexia Nervosa. J Nutr Disorders Ther 2012;2(107)
65. *Osorio E, Milheiro I, Brandao I, Roma Torres A*. Anorexia nervosa and dialysis: we have no time when the body is so damaged! BMJ Case Rep 2013; doi:10.1136/bcr-2012-00729467.
66. *Haller E*. Eating disorders. A review and update. West J Med 1992;157(6):658-662.
67. *Vidović V*. Psihoterapija poremećaja jedenja. Medix 2004;10(52):50-54.
68. *Godart N, Berthoz S, Curt F i sur.* A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. PLoS One 2012;7(1):e28249.
69. *Kocijan-Hercigonja D*. Obiteljska terapija anoreksije nervoze. Medix 2004;10(52):56-57.
70. *Couturier J, Isserlin L, Lock J*. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. Eat Disord 2010;18(3):199-209.
71. *Murray S, Griffiths S, Le Grange D*. Adolescent eating disorders & family therapy: an overview of current evidence-based treatments. MINERVA PSICHIATR 2014;55:153-160.
72. *Dimitropoulos G, Freeman VE, Allemang B i sur.* Family-based treatment with transition age youth with anorexia nervosa: a qualitative summary of application in clinical practice. J Eat Disord 2015;3(1):1.
73. *Hughes EK, Le Grange D, Court A i sur.* Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2014;14:105.
74. *Cooper Z, Fairburn CG*. The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. Cogn Behav Pract 2011;18(3):394-402.
75. *Dancyger IF, Fornari VM*. Evidence Based Treatment [sic] for Eating Disorders: Children, Adolescents, and Adults: Nova Science 2009.
76. *Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA i sur.* Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry 2009;166(3):311-319.
77. *Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG*. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom 2013;82(6):390-398.
78. *Murphy R, Straebler S, Basden S, Cooper Z, Fairburn CG*. Interpersonal psychotherapy for eating disorders. Clin Psychol Psychother 2012;19(2):150-158.
79. *Chapman AL*. Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. Psychiatry (Edgmont) 2006;3(9):62-68.
80. *Safer DL, Robinson AH, Jo B*. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. Behav Ther 2010;41(1):106-120.
81. *Lynch TR, Gray KL, Hempel RJ i sur.* Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. BMC Psychiatry 2013;13:293.

82. *Milano W, De Rosa M, Milano L i sur.* The pharmacological options in the treatment of eating disorders. ISRN Pharmacol 2013;352865.
83. *Mitchell JE, Roerig J, Steffen K*. Biological therapies for eating disorders. Int J Eat Disord 2013;46(5):470-477.
84. *Dempfle A, Herpertz-Dahlmann B, Timmesfeld N i sur.* Predictors of the resumption of menses in adolescent anorexia nervosa. BMC Psychiatry 2013;13:308.
85. *Mehler PS, Krantz MJ, Sachs KV*. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Eat Disord 2015;3:15.
86. *Mahnik-Miloš M*. Bolničko liječenje anoreksije i bulimije. Medix 2004;10(52):59-60.
87. *Golden HN, Katzman KD, Sawyer MS i sur.* Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. J Adolesc Health;56(1):121-125.
88. *Clausen L, Jones A*. A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. J Eat Disord 2014;2(1):29.
89. *Krznarić Ž, Vranešić D*. Enteralna prehrana u kliničkoj praksi i primjena kod anoreksije nervoze. Medix 2004;10(52):61-63.
90. *Hart S, Franklin RC, Russell J, Abraham S*. A review of feeding methods used in the treatment of anorexia nervosa. J Eat Disord 2013;1:36.
91. *Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Shih PA, Kaye WH*. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. BMC Psychiatry 2013;13:290.
92. *Dickstein LP, Franco KN, Rome ES, Auron M*. Recognizing, managing medical consequences of eating disorders in primary care. Cleve Clin J Med 2014;81(4):255-263.
93. *Hirose K, Hirose M, Tanaka K i sur.* Perioperative management of severe anorexia nervosa. Br J Anaesth 2014;112(2):246-254.
94. *Lock J, Agras WS, Fitzpatrick KK i sur.* Is outpatient cognitive remediation therapy feasible to use in randomized clinical trials for anorexia nervosa? Int J Eat Disord 2013;46(6):567-575.
95. *Lindvall Dahlgren C, Ro O*. A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa - development, current state and implications for future research and clinical practice. J Eat Disord 2014;2(1):26.
96. *Tchanturia K, Doris E, Mountford V, Fleming C*. Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. BMC Psychiatry 2015;15:53.
97. *Pinna F, Sanna L, Carpiniello B*. Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. Psychol Res Behav Manag 2015;8:1-15.
98. *Schmidt U, Wade TD, Treasure J*. The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key features, and preliminary evidence. J Cogn Psychother 2014;28(1):48-71.
99. *Schmidt U, Renwick B, Lose A i sur.* The MOSAIC study - comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013;14:160.

100. *Cardi V, Ambwani S, Crosby R i sur.* Self-Help And Recovery guide for Eating Disorders (SHARED): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015;16(1):165.

9. Životopis

Rođena sam 22.01.1991.g. u Moskvi gdje sam pohađala prva dva razreda osnovne škole. 1999.g s obitelji se selim u Hrvatsku u mjesto Barbarići Kravarski, gdje živim i danas. Pohađala sam OŠ Slavka Kolara u Kravarskom, a 2009.g. maturirala sam u Općoj gimnaziji Velika Gorica te upisala Medicinski fakultet u Zagrebu. Tijekom studija sam najveći interes pokazala za kliničke struke, a tri godine sam radila na Katedri za fiziologiju i imunologiju kao demonstrator.