Poremećaji hranjenja u adolescenata

Gerlach, Josefina

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:105:234800

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

Josefina Gerlach

Poremećaji hranjenja u adolescenata

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015

KRATICE KORIŠTENE U TEKSTU:

AAI – attachment intervju za odrasle

AN – anorexia nervosa

AN-B/P – anorexia nervosa, prežderavajuće / purgativni tip

AN-R – anorexia nervosa, restriktivni tip

BDI-II – inventar depresivnih simptoma

BED – poremećaj nekontrolirana hranjenja

BMI – indeks tjelesne mase

BN – bulimia nervosa

BPD – borderline poremećaj ličnosti

C/NC – kontrolirano nutritivno savjetovanje

EAT-26 – test o stavovima prema hranjenju

ECBT – poboljšana kognitivno bihevioralna terapija

ED – poremećaj hranjenja

EDE – test za poremećaje hranjenja

EDI-2 – popis simptoma poremećaja hranjenja

EII-2 – indeks pogoršanja funkcioniranja ega

FPT – fokalna psihodinamska terapija

GAF – ocjena globalnog funkcioniranja

GCBT – grupna kognitivno bihevioralna terapija

GPIP – grupna psihodinamska interpersonalna terapija

IIP – inventar interpesonalnih teškoća

KBT – kognitivno bihevioralna terapija

MDD – veliki depresivni poremećaj

OKP – opsesivno kompulzivni poremećaj

OTAU – optimizirani oblik terapije poremećaja hranjenja

PPT – psihodinamska psihoterapija

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

RCI – pouzdani indeks promjene

RCT – randomizirano kontrolirano istraživanje

SIAB-EX – strukturirani intervju za anoreksiju i bulimiju

SPT – psihološki tretman u obliku samopomoći

SUD – zlouporaba psihoaktivnih tvari

1. SAŽETAK I
2. SUMMARY II
3. UVOD 1
3.1. ANOREXIA NERVOSA 1
3.2. BULIMIA NERVOSA 2
3.3. POREMEĆAJ HRANJENJA- NEODREĐEN (EDNOS) 3
3. 4. PATOGENEZA POREMEĆAJA HRANJENJA 4
3.5. KARAKTERISTIKE LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA 4
3.6. LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA 5
4. METODE 7
5. REZULTATI 8
5.1. Tablica 1 16
5.2. Tablica 2 18
5.3. Tablica 3 21
6. RASPRAVA 23
7. ZAKLJUČAK 23
8. ZAHVALA 28
9. LITERATURA 29
10. ŽIVOTOPIS 32

1. SAŽETAK

Poremećaji hranjenja u adolescenata

Josefina Gerlach

Uvod: Poremećaji hranjenja su ozbiljni poremećaji u ponašanju koji su rezultat međusobnog djelovanja niza faktora. Obično se mogu kategorizirati kao anorexia nervosa, bulimia nervosa i neodređen poremećaj hranjenja. Ovaj rad predstavlja pregled literature zadnjih deset godina i bavi se utjecajem različitih terapijskih pristupa na krajnji ishod liječenja takvih pacijenata.

Metode: Koristili smo bazu podataka „PubMed“. Upisavši ključne riječi: psihodinamski ili psihoanalitički, bihevioralni ili kognitivni, bulimija, anoreksija i poremećaj hranjenja, dobili smo ukupno 55 radova. 42 rada smo izostavili poštujući kriterije isključivanja, tako da ovaj rad uključuje ukupno 13 članaka.

Rezultati: Prikaz radova izvršen je kroz tri skupine. U prvoj skupini radova prikazana je usporedba različitih terapijskih pristupa s obzirom na dijagnozu. Druga skupina radova opisuje utjecaj različitih osobina ličnosti na terapijski ishod. Treća skupina je orijentirana na osnovne karakteristike pojedinih terapijskih pristupa u liječenju poremećaja hranjenja.

Zaključak: Dva osnovna terapijska pristupa u liječenju poremećaja hranjenja su kognitivno bihevioralni i psihodinamski. Iako u većini prikazanih istraživanja nisu dobivene značajne razlike u ishodima, prvi je pristup daleko zastupljeniji u svakodnevnoj praksi. Iako uglavnom postiže brže rezultate, postotak poboljšanja je, dugoročno gledano, gotovo jednak za obje terapije.

Ključne riječi: psihodinamski-psihoanalitički; kognitivno-bihevioralni; poremećaji hranjenja; bulimia; anorexia

2. SUMMARY

Eating Disorders in adolescents

Josefina Gerlach

Background: Eating disorders are serious behavioral problems, incurred as a result of multifactorial interactions. Usually, they can be categorized as bulimia nervosa, anorexia nervosa, and disorders that are not otherwise specified. This thesis presents a survey of literature dealing with various therapeutic approaches to the ultimate treatment outcome over the last ten years.

Methods: We used „PubMed“ database. By inputting the key words: psychodynamic or psychoanalytic, behavioral or cognitive, bulimia, anorexia and eating disorders, we obtained the total of 55 references. 42 papers were left out in line with the exclusion criteria, so this survey includes 13 studies altogether.

Results: The results are presented in three groups of articles. The first group of papers shows a comparison of different therapeutic approaches regarding the diagnosis. The second group of papers describes the impact of different personality traits on therapeutic outcome. The third group is focused on the basic characteristics of therapeutic approaches in the treatment of eating disorders.

Conclusion: Two basic therapeutic approaches in the treatment of eating disorders are cognitive behavioral and psychodynamic therapy. Although in most of the studies they have not achieved significant differences in outcomes, the first approach is far more present in everyday practice. Cognitive behavioral therapy generally scores faster results, the percentage of improvement is almost the same for both therapies.

Key words: psychodynamic-psychoanalytic; behavioral-cognitive; bulimia; anorexia; eating disorders

3. UVOD

Poremećaji hranjenja su ozbiljni psihički, ali i fizički te socio-kulturološki poremećaji koji uslijed tjelesnih komplikacija s kojima su povezani i do kojih dovode, mogu ozbiljno narušiti zdravlje te čak dovesti i do prijevremene smrti pojedinca (Yeo i Hughes, 2011). Dva glavna oblika poremećaja hranjenja su anorexia nervosa i bulimia nervosa sa zajedničkim karakteristikama u vidu prekomjerne zabrinutosti o vlastitom tjelesnom obliku i težini, pod ruku s ponašanjima usmjerenima na kontrolu tjelesne mase. Kao treća skupina izdvaja se poremećaj hranjenja — neodređen, a koji u potpunosti ne zadovoljava kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije. Etiologija poremećaja hranjenja je multifaktorska te u njihovu nastanku važnu ulogu imaju brojni psihološki, socijalni i biološki čimbenici (Marčinko i sur., 2013). Anorexia nervosa i bulimia nervosa su česti poremećaji osobito među adolescenticama i mladim odraslim ženskim osobama te se pojavljuju s učestalošću od između 1% do 3 % unutar navedene populacije. U njihovu liječenju, korišteni su različiti medicinski i psihološki pristupi, uključujući hospitalizaciju, nutritivnu rehabilitaciju, medikamente te psihodinamsku, kognitivno — bihevioralnu, obiteljsku i grupnu psihoterapiju (Wilfrey i sur., 2011).

3.1. ANOREXIA NERVOSA

Anorexia nervosa je psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela te se stoga podvrgava strogom prehrabmenom režimu s posljedičnim gubitkom na tjelesnoj težini. Karakterizirana je žudnjom za mršavim tijelom što vodi u ritualizirani obrazac ponašanja sa svrhom izbjegavanja određene hrane i posljedičnom redukcijom tjelesne mase (Gonçalves i sur., 2013). U fizikalnom nalazu uočavamo izrazitu mršavost, moguće zaostajanje u rastu praćeno zakašnjelim pubertetom, kaheksiju, tanku kosu sklonu ispadanju, suhu kožu, hladne okrajine, bradikardiju, hipotenziju, hipotermiju, reduciranu mišićnu građu uz gubitak potkožnog masnog tkiva te amenoreju. Mogu se naći kliničko-laboratorijski znakovi deficita vitamina i minerala, anemija, leukopenija, hipoalbuminemija i elektrolitska neravnoteža (Yeo i Hughes, 2011).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anorexie nervose prema DSM-5:

a) Ograničenje unosa energije u odnosu na zahtjeve, što dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Značajno niska tjelesna težina definira se kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, kad je riječ o djeci i adolescentima, koja je manja od minimalno očekivane.

b) Snažan strah od porasta tjelesne težine ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, čak i uz značajno nisku tjelesnu težinu.
c) Smetnje u načinu doživljavanja vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne težine na samovrednovanje ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti trenutačno niske tjelesne težine (American Psychiatric Association, 2013).

Najčešća dob javljanja anoreksije je između 14 i 25 godina, a prosječna dob postavljanja dijagnoze je 17 godina. Karakteristike koje se često pojavljuju zajedno s anoreksijom su perfekcionizam, opsesivno-kompulzivno ponašanje, nisko samopoštovanje, smetnje raspoloženja s pojavom depresije, nesanice i smanjenja libida (Marčinko i sur., 2013). Postoje dva tipa anoreksije: restriktivni, u kojem tijekom posljednja tri mjeseca osoba nije imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja te uključuje gubitak tjelesne težine koji je primarno posljedica dijete, posta i/ili pretjeranog tjelesnog vježbanja i prejedajući/purgativni tip u kojem je osoba tijekom posljednja tri mjeseca imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (American Psychiatric Association, 2013).

3.2. BULIMIA NERVOSA

Bulimia nervosa je psihički poremećaj karakteriziran epizodama prežderavanja nakon kojih slijedi samoinducirano pražnjenje povraćanjem ili zlouporabom laksativa. Kao i anoreksija, bulimija u osnovi ima želju za mršavosti, no tu je želja za hranom prejaka da bi bila svladana te se takve osobe prejedaju nakon čega se javlja osjećaj krivnje i straha (Begovac i sur., 2013). Bulimični pacijenti također osjećaju strah od debljanja i imaju iskrivljenu sliku o vlastitom tijelu. Najčešća dob javljanja ovog poremećaja je između 16 i 20 godina (Gonçalves i sur., 2013). Prema fizikalnom nalazu, bulimične su osobe obično normalne ili čak prekomjerne tjelesne mase, mogu se uočiti erozija zuba i ozljede ruku nastali uslijed njima izazivanog opetovanog povraćanja te katkad uvećanje parotidnih žlijezda. Prisutan je disbalans tekućine i elektrolita u obliku hipokalijemije, hiponatrijemije, hipokloremije, metaboličke alkaloze i acidoze, a to je praćeno i miopatijama srčanog i skeletnog mišićja (Yeo i Hughes, 2011). Klinički, bulimija se očituje jedenjem ogromnih količina hrane u kratkom vremenu, obično unutar 2 sata, a to se redovito odvija u tajnosti. Nakon prejedanja slijedi faza sniženog raspoloženja i osjećaj krivnje. Često se vide i anksiozni poremećaj, zlouporaba psihoaktivnih sredstava i ovisnosti, osobito o alkoholu.

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimie nervose prema DSM-5:

a) Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizoda prejedanja ima sljedeća dva obilježja:
   • Jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.
   • Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom te epizode prejedanja (npr. osjećaj da nije moguće prestati jesti ili upravljati time što ili koliko netko jede).
b) Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci radi sprječavanja povećanja tjelesne težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje.
c) Ovo prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljaju se, u prosjeku, najmanje jednom tjedno i to tijekom tri mjeseca.
d) Samoprocjena je neopravdano pod utjecajem oblika vlastita tijela i njegove težine.
e) Ove smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze. (American Psychiatric Association, 2013).

Postoje dva tipa bulimije: purgativni tip u kojem nakon epizode prejedanja slijedi samoizazvano „pražnjenje“ i nepurgativni tip u kojem nakon epizode prejedanja osoba pribjegava drugim neprikladnim ponašanjima poput posta ili prekomjernog vježbanja, ali ne koristi samoizazvano povraćanje, laksative ni diuretike.

3.3. POREMEĆAJ HRANJENJA — NEODREĐEN (EDNOS)

U ovu skupinu spadaju svi slučajevi u kojima osoba iskazuje neko od ponašanja tipično za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije. Ova dijagnoza uključuje i poremećaj nekontrolirana hranjenja (BED) koji se sve češće pojavljuje kao zaseban poremećaj. Kriteriji za dijagnozu BED su rekurirajuće epizode prežderavanja uz odsustvo ekstremnog ponašanja u pravcu kontrole tjelesne težine (Murphy i sur., 2010). Također, treba imati na umu kako u kliničkoj praksi poremećaji hranjenja ponekad ne dolaze zasebno i s jasnim granicama te često osoba s jednim poremećajem hranjenja ima izražene simptome drugog pa se njihove kliničke slike izmjenjuju i nadopunjuju (Marčinko i sur., 2013).

3. 4. PATOGENEZA POREMEĆAJA HRANJENJA

U nastanku poremećaja hranjenja sudjeluje niz faktora, od genetske predispozicije, preko socio-kulturalnih čimbenika pa do psihoanalitičkih i psihodinamskih čimbenika i obiteljske dinamike. Današnji utjecaj medija također igra važnu ulogu u nastanku poremećaja, stvarajući proturječje između promoviranja „zdravog“ životnog stila kroz kult mršavosti i poticanja unosa visoko-kalorične hrane. Utjecaj obiteljskog okruženja također je neizostavan faktor u nastanku poremećaja hranjenja, a uključuje navike zajedničkog objedovanja u krugu obitelji kao i zasebnu ulogu roditelja, obično majke, na razvoj patoloških obrazaca ponašanja u djeteta (Gonçalves i sur., 2013). Dolazi do poremećaja diferencijacije ego i self sistema što dovodi do nemogućnosti diferenciranja između selfa, tijela i vanjskog objekta. Ta se nemogućnost pokušava kompenzirati putem hranjenja. Tako kod bulimije hrana postaje prijelazni objekt, dok je kod anoreksije prijelazni objekt tijelo. Kod poremećaja hranjenja naročito su prisutni sljedeći konflikti: autonomija versus ovisnost, konflikti samopoštovanja, koflikti identiteta i edipski konflikti. U adolescenciji postoji reaktivacija svih koflikata razvijenih u djetinstvu, povećavaju se nagonski impulsi i raste potreba za separacijom od roditelja. U ovom se procesu koriste mehanizmi regresije i preobražaj agresivnih impulsa prema sebi. Kod anoreksije, oralna problematika ukazuje na poremećaj primarnog odnosa majka-kći te može predstavljati potrebu za ovladavanjem konflikta separacije ili fuzije. Kod bulimije se pak, s napadajima prejedanja nesvjesno kontrolira i seksualnost te hrana postaje objekt koji nedostaje u psihičkom unutarnjem svijetu (Begovac i sur., 2013).

3.5. KARAKTERISTIKE LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA

Karakteristike ličnosti imaju važnu ulogu u razvoju, kliničkoj slici kao i odgovoru na liječenje poremećaja hranjenja. Problematične su osobine ličnosti tako povezane s lošijim terapijskim ishodom (Tasca i sur., 2009). Karakteristike ličnosti mogu se ispitivati raznim psihološkim upitnicima te se većina istraživanja u posljednjih desetak godina slaže oko definicije i terminologije triju osnovnih podtipova ličnosti: emocionalno inhibirani/kompulzivni, emocionalno neregulirani/impulzivni i visoko funkcionalni/perfekcionistički podtip ličnosti. Emocionalno neregulirani/impulzivni podtip obuhvaća osobe s poremećajem hranjenja koje su agresivnije, impulzivnije, sklonije antisocijalnom ponašanju i zlouporabi alkohola i droga, često pate od poremećaja ličnosti te imaju najlošiju terapijsku prognozu. Emocionalno inhibirani/kompulzivni podtip uključuje pasivne, povučene osobe, siromašnog afekta i interpersonalnih odnosa, s umjereno čestim poremećajima ličnosti i nešto boljom prognozom. Visoko funkcionalni/perfekcionistički podtip uključuje visoko samokritične pojedince, s najvišom razinom psihološkog funkcioniranja i najmanje izraženom simptomatologijom te

samim time i najboljom prognozom. Usklađenost navedenih podtipova sa službenim dijagnozama poremećaja hranjenja nije visoka, no ipak se najviše emocionalno inhibiranih/kompulzivnih osoba može naći u skupini oboljelih od anoreksije restriktivnog tipa, dok oni emocionalno neregulirani/impulzivni češće pate od bulimije ili anoreksije purgativnog tipa. Određivanje osobina ličnosti kod osoba s poremećajima hranjenja korisno je za bolje razumijevanje etiologije i simptomatskog očitovanja tih poremećaja, ali i za uspješniju prognozu odgovora na terapiju i rizik povrata bolesti (Lilenfeld i sur., 2000).

3.6. LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA

Osnovu liječenja u poremećajima hranjenja čini psihoterapija. Od samog je početka potrebno stvoriti kvalitetan „terapijski savez“ s obzirom da su sami pacijenti često ambivalenti prema liječenju. Također, u psihoterapijama oboljelih od poremećaja hranjenja postavlja se potreba za procjenom postojanja, vrste i oblika pratećih poremećaja ličnosti. Manja izraženost poremećaja ličnosti prognostički je bolja jer se bolje tolerira anksioznost, kontrolira impulzivnost i postiže bolja integracija na razini selfa (Tasca i sur., 2009). U bolesnika s anoreksijom bitno je definirati raspone tjelesne mase u kojima je moguća provedba psihoterapije na redovitoj bazi. Tijekom bolničkog liječenja, ukoliko su bolesnici vitalno ugroženi, nema uvjeta za klasične dinamske pristupe te je naglasak na prioritetu što su u spomenutom slučaju, poboljšanje i stabilizacija tjelesnog stanja. Kognitivno-bihevioralni tip intervencija je od neizmjerne važnosti u bolničkim uvjetima te tek nakon stabilizacije tjelesnog stanja bivaju stvoreni preduvjeti za psihoanalitički tip terapija (Begovac i sur.,2013). Kognitivno - bihevioralni pristup baziran je na edukaciji vezanoj uz prehranu i postizanje adekvatne tjelesne težine. Kod djece i adolescenata, rad s roditeljima je od odlučne važnosti te treba ići u smjeru jačanja roditeljske uloge. To podrazumijeva ponovno uspostavljanje osjećaja kompetencije kod roditelja, preformulaciju krivnje u zabrinutost te poticanje sposobnosti roditelja da promatraju djecu separiranu od sebe samih (Novick & Novick, 2001).

Farmakoterapija poremećaja hranjenja može se promatrati kao jedan od segmenata multidisciplinarnog pristupa. Cilj je liječenja utjecati na porast apetita, uzimanje hrane i porast tjelesne težine. Također valja liječiti komorbidna stanja, najčešće depresiju, kao i poremećaje mišljenja koji uključuju rigidno mišljenje, krivu predodžbu o vlastitom tijelu i strah od dobivanja na težini. Kod anoreksije antidepresivi nisu pokazali učinka, osim u komorbiditetu s depresivnim ili anksioznim poremećajem. Antipsihotici novije generacije primjenjuju se u liječenju anoreksije ponajprije jer dovode do porasta apetita i tjelesne težine te zbog dopaminergičko-serotoninergičkog disbalansa u podlozi anoreksije. Trenutno, najviše dokaza

ima za učinkovitost olanzapina. Za liječenje bulimije, dokazi o djelotvornosti postoje za nekoliko lijekova iz skupine SIPPS-a, a jedini lijek koji je za sada odobren u liječenju je fluoksetin. Najbolji je učinak pokazao u smanjenju epizoda prejedanja i povraćanja, ublažavanju žudnje za ugljikohidratima, ispravljanju patoloških stavova u vezi s hranom te smanjenju depresivnih simptoma (Marčinko i sur., 2013).

4. METODE

Za sustavno pretraživanje literature na temu koristili smo bazu podataka „PubMed“ koja je dostupna putem interneta.

Koristeći ključne riječi: psychodynamic or psychoanalytic and behavioral or cognitive and bulimia and anorexia and eating disorders, napravili smo pretragu literature za posljednjih 10 godina i dobili ukupno 55 članaka. Od navedenih 55 članaka izostavili smo 42 članka poštujući kriterije isključivanja.

Kriteriji isključivanja bili su: (1) članak nije na egleskom jeziku, (2) članak je pregledni, a ne originalni rad, (3) članak je prikaz slučaja, (4) članak nije o poremećajima hranjenja.

5. REZULTATI

13 članaka prikazanih u ovom radu podijeljeno je u 3 skupine s obzirom na njihovu formu (vidi tablice od 1 do 3).

Prva skupina radova sastoji se od 4 članka koji izravno istražuju i uspoređuju uspješnost različitih psihoterapijskih pristupa u liječenju triju glavnih tipova poremećaja hranjenja. Druga skupina radova sadrži 6 članaka koji opisuju različite osobine ispitanika i mogući utjecaj tih osobina na modifikaciju terapijskog pristupa. Treća skupina radova sadrži 3 članka koji opisuju karatkeristike terapeuta i njihovih pristupa liječenju kao važnih komponenti u procesu izliječenja.

Raspon broja ispitanika kreće se od 20 do više od 250 ispitanika. U istraživanjima su korišteni mnogobrojni testovi i upitnici od kojih su u tablicama navedeni samo najznačaniji.

U prvoj skupini radova (tablica 1) istražuju se različiti oblici psihoterapija na ishod u liječenju poremećaja hranjenja, pri čemu je svaki članak usmjeren isključivo na jedan tip poremećaja: anorexiu nervosu, bulimiu nervosu i poremećaj nekontrolirana hranjenja. Ispitanici su randomizirani u skupine od kojih je svaka bila podvrgnuta jednom obliku terapije: u dva članka to su kognitivno bihevioralna i psihoanalitička psihoterapija dok se u dva članka, koji opisuju istu studiju, kao treća skupina dodaju ispitanici podvrgnuti OTAU (*Optimised Treatment as Usual*).

U prvom članku (Poulsen i sur., 2014) opisuje se randomizirano kontrolirano istraživanje sa svrhom usporedbe psihoanalitičke psihoterapije i kognitivno bihevioralne terapije u liječenju bulimie nervose. Istraživanje je uključivalo 70 pacijenata sa bulimiom nervosom, od kojih je 34 bilo podvrgnuto tjednoj psihoanalitičkoj psihoterapiji u trajanju od 2 godine, a 36 je bilo na ukupno 20 seansi kognitivno bihevioralne terapije u trajanju od 5 mjeseci. Glavna metoda provjere rezultata bio je EDE (*Eating Disorder Examination*) intervju, primijenjen na početku istraživanja te u razdobljima nakon 5 mjeseci, odnosno 2 godine. Glavnina pacijenata su bile ženske osobe 20-ih godina sa poremećajima hranjenja u anamnezi, od čega je jedna trećina imala povijest anoreksije, a više od polovice je već barem jednom bilo liječeno. Glavni očekivani ishod istraživanja je bio prestanak prejedanja i pražnjenja tijekom prethodnih 28 dana. Zbog razlike u duljini i broju primjenjenih terapija, napravljene su tri usporedbe: provjera statusa 5 mjeseci od početka liječenja, provjera statusa 24 mjeseca od početka

liječenja te usporedba ta dva rezultata. Obje su terapije dovele do poboljšanja, ali je ono bilo veće i brže kod skupine podvrgnute KBT-u.

Sljedeća dva članka (Wild i sur.,2009; Zipfel i sur.,2014) pokušala su ocijeniti učinkovitost i sigurnost dvaju pristupa liječenju anorexie nervose – fokalne psihodinamske terapije (FPT) i poboljšane kognitivno - bihevioralne terapije (ECBT) u usporedbi s OTAU, a koje uključuje izvanbolničku psihoterapiju i strukturiranu skrb obiteljskog liječnika. Riječ je o randomiziranom kontroliranom pokusu koji je uključivao 242 pacijentice s dijagnozom anorexie nervose iz deset njemačkih bolnica. Na početku je pacijenticama izmjerena tjelesna masa i visina te su bile podvrgnute strukturiranom kliničkom intervjuu specificiranom za poremećaje hranjenja. Istima je nasumično bilo ordinirano 10 mjeseci trajanja pojedinog oblika terapije u omjeru 1:1:1. Primarni ishod je bilo dobivanje na masi, mjereno kao povećanje indeksa tjelesne mase (BMI) na kraju liječenja. Ključni sekundarni ishod bila je stopa oporavka, bazirana na kombinaciji dobivanja na masi i promjena u psihopatologiji poremećaja hranjenja. Mjerenja su obavljena u pet vremenskih točaka: prije randomizacije, 4 mjeseca nakon početka liječenja, 10 mjeseci nakon početka liječenja, nakon 3 mjeseca praćenja i nakon 12 mjeseci praćenja. Istraživane skupine se nisu razlikovale u glavnom ishodu, ali nakon 12-mjesečnog praćenja pacijentice na FPT su pokazale značajno višu stopu oporavka u usporedbi s OTAU skupinom. Na kraju terapije, pacijentice iz ECBT grupe imale su najniži rezultat strukturiranog intervjua za siptome anorexie i bulimie (SIAB-EX).

Zadnji članak skupine (Tasca i sur., 2012) ocjenjuje ima li grupna psihodinamska interpersonalna psihoterapija (GPIP) veći utjecaj na hladan/nedostupan ili na nametljiv/zahtjevan interpersonalni problem u osoba s poremećajem nekontrolirana hranjenja (BED) u odnosu na grupnu kognitivno bihevioralnu terapiju (GCBT). 95 ispitanika s BED bilo je randomizirano u GPIP ili GCBT terapijsku grupu i ocijenjeno prije terapije, na njenom završetku i 6 mjeseci nakon završetka. Glavni ishod bilježio se pomoću IIP (*The Inventory of Interpersonal Problems*) koji se sastoji od 64 stavke te ocjenjuje interpersonalne teškoće ukupnom ocjenom kao i unutar 8 podskupina interpersonalnih teškoća. Grube ukupne ocjene bile su izračunate kompjuterski za svaku podskupinu i ukupni rezultat skale. Viša ocjena indicirala je veće interpersonalne teškoće. Cjelokupni ishod na IIP skali nakon šest mjeseci od kraja terapije je bio procijenjen korištenjem pouzdanog indeksa promjene (*Reliable Change Index*, RCI) koji je klasificirao stanje ispitanika kao pouzdano poboljšanje, neklasificirano stanje i pouzdano pogoršanje. Svi su ispitanici pokazali značajan pozitivan pomak ukupnog IIP rezultata bez razlike u primijenjenoj terapiji. Usporedbom terapija na temelju njihovog

utjecaja na IIP rezultat podskupine, uočen je bolji odgovor na GPIP u hladnoj/dalekoj podskupini u usporedbi sa GCBT pristupom. Značajne razlike u rezultatu terapije u nametljivoj/zahtjevnoj podskupini nije bilo.

Druga skupina članaka (tablica 2) bazira se na istraživanju različitih aspekata s kojih karakteristike pojedinca, kako psihološke tako i somatske, mogu utjecati na razvoj kliničke slike poremećaja hranjenja te na njegovu prognozu prilikom terapije. Tako se primjerice istražuje utjecaj podtipa poremećaja hranjenja (Rothschild i sur., 2013), mogućnost podjele ispitanika na klinički značajne podskupine (Lunn i sur., 2012), razlike u načinu izražavanja pacijenata (Daniel, 2011), osobitosti osjetila njuha i okusa u pacijenata s poremećajem hranjenja (Aschenbrenner, 2009), utjecaj komorbiditeta (Thompson-Brenner, 2005) te postotak i karakteristike pacijenata koji odustaju od liječenja (Zeeck, 2005).

U prvom članku ove skupine (Rothschild i sur.,2013) istražuju se promjene u funkcioniranju ega i mentalnog distresa u pacijenata s restriktivnim (AN-R) i prežderavajuće/purgativnim podtipom (BP) anoreksije nervoze (AN) pomoću primjenjene integrativne terapije. Također, željelo se ispitati relativni doprinos navedenih tipova kao prediktora postterapijskog napretka. Studija je inkorporirala objektivnu mjeru indeksa tjelesne mase, šest samo-administrirajućih mjera i dvije varijable izvedene iz Rorschachovog komprehenzivnog sustava, što je empirijski bazirana metoda koja se često koristi u kliničkom ocjenjivanju implicitne dinamike ličnosti. Integrativni multimodalni terapijski postupak kombinirao je bihevioralno orijentiran nutritivni rehabilitacijski program, individualnu psihodinamsku psihoterapiju, obiteljsku terapiju, grupnu psihodinamsku i grupnu kognitivno - bihevioralnu terapiju i individualnu i grupnu ekspresivnu terapiju. BMI je dosegnuo normalni raspon u obje grupe prilikom otpuštanja. Veće dobivanje na težini opaženo je u skupini s restriktivnim oblikom u usporedbi s purgativnim podtipom. Obje podskupine su također prijavile značajan pad rezultata na EAT-26 testu (*The Eating Attitudes Test*), bez razlika među grupama. EII-2 (*Ego Impairment Index*) je pokazao da je stabilizacija težine i poremećenih obrazaca hranjenja bila u vezi s poboljšanjem funkcioniranja ega, ali bez razlika među skupinama. Razlike u poremećajima mišljenja i regulaciji impulsa zabilježene su samo u akutnom stadiju, no ne i pri otpustu. Što se tiče rezultata samo-izvješća, pacijenti s restriktivnim poremećajima su prijavili bolju interoceptivnu svijest prema EDI-2 IA subskali u odnosu na purgativnu podskupinu. Razlika je postojala i pri primitku i otpustu pacijenata. Treći dio hipoteze o utjecaju promjena u funkciji ega i mentalnog distresa kao prediktora promjena u simptomima poremećaja hranjenja su pokazali da je poboljšanje EII-2 rezultata povezano s povećanjem BMI-a u AN-

BP pacijenata. U AN-R pacijenata nije pronađena značajna povezanost između BMI-a i bilo koje varijable. Također, podaci su pokazali da su redukcija eksplicitnog i implicitnog distresa i poboljšanje u ego funkcioniranju povezani sa slabljenjem simptoma poremećaja hranjenja u obje skupine.

Sljedeći članak ove grupe (Lunn i sur., 2012) imao je za cilj istražiti mogu li pacijenti s bulimijom nervozom (BN) biti podijeljeni u klinički značajne podskupine prema složenim obrascima i simptomima poremećaja hranjenja i osobinama ličnosti. 70 pacijenata s BN regrutirano je iz prethodno provedenog randomiziranog kontroliranog istraživanja, podvrgnuto EDE (*Eating Disorder Examination Interview*) i ocijenjeno mjerama negativnog afekta, obrazaca privrženosti (attachmenta) i interpersonalnih teškoća. Evaluirajući mogućnost podjele uzorka na klinički značajne podskupine, bila je provedena hijerarhijska cluster analiza. Uključivala je centralne dijagnostičke varijable iz EDE: epizode prejedanja u prethodnom mjesecu, epizode pražnjenja, položaj na skali o provođenju dijete, te srednju vrijednost na skali o zabrinutosti težinom i oblikom tijela. Analiza je također uključivala centralne rezultate izvedene iz AAI (*Adult Attachment Interview*), sigurni versus nesigurni i odbacujući versus preokupirajući te iz IIP (*Inventory of Interpersonal Problems*), kontrola i pripadanje. Napokon, analiza je sadržavala varijable koje refkletiraju negativni afekt: BDI-II (*Beck Depression Inventory*) rezultat i STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) rezultate. Pronađene su dvije glavne podskupine, koje su se primarno razlikovale prema simptomima i razini negativnog afekta. Te su podskupine dalje podijeljene na 4 klinički značajna podtipa: restriktivni/negativno afektivni/visoko simptomatski tip, emocionalno prektonrolirajući tip, nisko restriktivni/emocionalno neregulirani tip i visoko funkcionalni/sigurno privrženi tip.

U trećem članku ove grupe (Daniel, 2011) opisuju se razlike u načinu izražavanja između ispitanika s izbjegavajućim i preokupiranim stilom emotivne privrženosti (*attachment*) na temelju AAI upitnika, vođenog u sklopu randomiziranog kliničkog pokusa o utjecaju psihoanalitičke (PPT) i kognitivno - bihevioralne terapije (KBT) na simptome bulimije nervoze. Osam ispitanika je odabrano na temelju AAI kategorije i terapijskog pristupa te je uzorak sadržavao 4 izbjegavajuća ispitanika (dva na KBT i dva na PPT) i 4 preokupirana (dva na KBT i dva na PPT). Preokupirani ispitanici su pričali više i dulje nego izbjegavajući koji su izražavali više pauza u govoru. Koristeći NPCS, uočeno je da preokupirajući ispitanici pokazuju više govorničke inicijative. Ta dva nesigurna obrasca privrženosti bila su jednako različita u psihoanalitičkom i kognitivno - bihevioralnom terapijskom pristupu. NPCS je psihoterapijski kodirajući sistem primijenjen na terapijske transkripte. Tematski segmenti

podijeljeni su na tri narativna procesa: vanjski, unutarnji i refleksni. Vanjski se odnosi na opis događaja i činjenica, unutarnji na opis osjećaja ili drugih unutarnjih iskustava, a refleksni se odnosi na analizu i interpretaciju događaja ili osjećaja.

Četvrti članak skupine (Aschenbrenner, 2009) opisuje olfaktorno i gustatorno testiranje pacijentica iz tri homogne skupine s dijagnozom anoreksije nervoze, bulimije nervoze i kontrolne skupine te istražuje ishode liječenja s obzirom na rezultat navedenih testova. 16 pacijentica s AN, 24 s BN i 23 zdrave kontrole podvrgnute su olfaktornom (*Sniffin' Sticks*) i gustatornom (*Taste Strips*) testiranju. *Sniffin Sticks* test sastoji se od raspršivača mirisa u obliku flomastera za ispitivanje olfaktorne funkcije koja uključuje tri komponente: test mirisnog praga, test mirisne diskriminacije i test mirisne identifikacije. 16 mogućih bodova na svakom podtestu daju rezultat od ukupno mogućih 48 bodova TCI skora (*threshold, discrimination, identification*). Rezultat viši od 30.5 ukazuje na normalnu olfaktornu funkciju, viši od 15, a manji od 30.5 na reduciranu olfaktornu funkciju, a manji od 15 na funkcionalnu anosmiju. *Taste Strips* su korištene za ispitivanje okusa. Trakice filter papira impregnirane s četiri različite koncentracije četiriju različitih okusa bile su aplicirane na lijevu i desnu stranu prednje trećine jezika. Maksimalan rezultat je 32 boda, normalan je onaj viši od 16 bodova. Istražene su razlike među grupama prema olfaktornoj i gustatornoj osjetljivosti, BMI-u, BDI, EAT i utjecaj terapije na olfaktorne i gustatorne funkcije. Rezultati su pokazali da su pacijentice s AN imale najniže rezultate mirisne diskriminacije i ukupne olfaktorne funkcije. Kontrole su pokazivale više rezultate okusne funkcije. Pri primitku, male ali značajne razlike bile su prisutne između cjelokupne olfaktorne skupine i tjelesne mase, BMI-a i EAT rezultata. Isto tako, postojala je korelacija između okusnog testa i BMI-a i tjelesne mase. Pri otpustu, ukupna okusna i mirisna funkcija su bile više nego pri primitku u pacijentica s AN u usporedbi s kontrolnom skupinom i bulimičnim pacijenticama.

U petom članku (Thompson-Brenner i sur., 2005), točnije u njegovom prvom dijelu, cilj je bio ispitati obrasce komorbiditeta u kliničkoj praksi liječenja bulimie nervose i ocijeniti povezanost između komorbiditeta i duljine trajanja terapije i njezinog rezultata. Koristio se mrežni pristup u kojem su, nasumično odabrani, iskusni kliničari pružali podatke o svojim pacijentima. Zamoljeni su da odaberu tri posljednje završene psihoterapije od najmanje tri seanse sa ženskim pacijenticama koje su imale klinički značajne simptome bulimije. Ispunili su upitnik s informacijama o demografskim osobinama, svojoj praksi i pacijentima. Kliničari su ocijenivali individualne kriterije DSM-IV za poremećaje hranjenja, njihovu povijest i varijable adaptivnog funkcioniranja kao povijest psihijatrijskih hospitalizacija i ocjenu GAF.

U dodatku, kliničari su indicirali prisutnost ili odsutnost DSM-IV Osi I i Osi II dijagnoza. Sljedeći dio tražio je od kliničara da ocijeni pacijenta prema tri profila osobnosti te da opiše duljinu i ishod terapije. Polovina uzorka imala je distimički poremećaj, a polovina veliki depresivni poremećaj. Dodatna jedna trećina imala je generalizirani anksiozni poremećaj, petina je zlouporabila psihoatkivne tvari, a petina je imala PTSP. Više od 90% uzorka imalo je barem jedan komorbiditet na Osi I. Četvrtina bolesnika je imala borderline, a četvrtina ovinički poremećaj ličnosti. Prosječno trajanje terapije je bilo 97.8 tjedana, prosjek do klinički značajnog poboljšanja 49.4 tjedana, a do oporavka 66.8 tjedana. Prosječno trajanje KBT-a je ugrubo 1(1/2) godina. Postavlja se pitanje nameće li ovo odmak od duljine terapije propisane u priručnicima, a povezano s pacijentovim karakteristikama poput komorbiditeta. Da bi se to ispitalo, istražila se povezanost između duljine/ishoda terapije i komorbiditeta. Pri tome su veliki depresivni poremećaj, panični poremećaj, zlouporaba psihoaktivnih tvari, bipolarni afektivni poremećaj i poremećaji ličnosti pokazali najveću vezu. Drugi dio ovog članka prikazan je kroz Tablicu 3.

U posljednjem članku ove skupine (Zeeck, 2005) postavljaju se pitanja koliko anoreksičnih pacijenata napušta specijalizirane hospitalizacijske programe liječenja prije vremena, kakvi oblici odustajanja mogu biti diferencirani te jesu li varijable pacijenata povezane s odustajanjem. Terapijski koncept imao je psihodinamsku pozadinu s individualnim i grupnim terapijama, *body-oriented* terapijama, umjetničkim i simptomatski orijentiranim komponentama kao rad na dnevniku jedenja i planu obroka, nutricijsku edukaciju i intervencije usmjerene na disfunkcionalne misli. Ciljna masa koju su pacijenti trebali postići tijekom hospitalizacije, ovisno o visini i dobi iznosila je BMI=18-19 kg/m2. Odustajanje (*drop out*) je definirano kao odluka bilo koje strane (pacijentove ili timske) za dovršavanjem treapije prije planiranog datuma otpusta, iako postoji indikacija za nastavak. Rano napuštanje je bilo definirano kao ono koje se dogodilo u prvih 6 tjedana terapije, u srednjoj fazi nakon šest tjedana, ali prije dosezanja ciljne težine, a kasno nakon dosezanja težine. Polovina od pacijenata koji su samoinicijativno napustili program je otišlo bez iznošenja razloga. Skoro podjednake trećine su odustajale kroz sve tri faze procesa. Podtip AN, komorbiditet sa poremećajem osobnosti, ovisnost ili OKP nisu bili prediktivni za odustajanje od terapije. Samo komorbiditet depresije je imao utjecaja jer su takvi pacijenti mnogo češće ostajali u programu. Pacijenti koji su ostali su imali više prethodnih hospitalizacija, osobito u usporedbi s grupom koja je napustila program na vlastitu inicijativu. Pacijenti koji su napustili, osobito

oni otpušteni od strane tima, opisali su veći broj simptoma na ulasku u studiju. Obje odustale grupe pokazale su veće razine na skali „maturity fears“ prema EDI.

Tablica 3 sadrži 3 članka. Povezuje ih činjenica da se odnose na terapeute i na njihove karakteristike, poput one pridržavaju li se i koliko terapijskih priručnika (Tobin i sur., 2007), koji je temeljni pristup koji koriste u radu s pacijentima s poremećajima hranjenja te ovisi li on o podtipu poremećaja (Thompson-Brenner i sur., 2005) i kakav uspjeh postižu u liječenju (Tasca i sur., 2011).

Prvi članak ove skupine (Tasca i sur., 2011) ocjenjuje interpersonalne odnose terapeuta voditelja GPIP i terapeuta GCBT i njihovih pacijenata s poremećajem nekontrolirana hranjenja (BED). Interakcije između terapeuta i pacijenata analizirane su pomoću strukturirane analize društvenog ponašanja (SASB). Pacijenti obje grupe postigli su pozitivne ishode, a pokazalo se da je GPIP terapeut davao više autonomije svojim pacijentima dok je GCBT terapeut bio više kontrolirajući. GPIP terapeut i njegova grupa imali su visoke rezultate međusobne komplementarnosti u ranim fazama interakcija, dok se komplementarnost u kasnijim fazama smanjila. GCBT terapeut i njegova grupa su pokazali obrazac po tipu visoko-nisko-visoko tijekom triju faza terapije. No, cjelokupno gledajući, GPIP grupa je pokazala više razine komplementarnosti u odnosu na GCBT grupu. Rezultati su pokazali veliko poboljšanje u obje grupe, što podrazumijeva smanjenje broja dana prejedanja i smanjenje simptoma depresije. Značajna razlika među grupama nije uočena.

U drugom članku ove skupine (Tobin i sur., 2007) ocjenjuju se aktivnosti koje terapeuti koriste u svojoj kliničkoj praksi s pacijentima s poremećajima hranjenja. U anketi se također razlučila teorijska orijentacija svakog terapeuta kao i njihovo iskustvo u radu s ED pacijentima te pridržavanje terapijskih priručnika. Anketa je administrirana na 265 kliničara, s najvećim odazivom iz SAD-a i Australije. Samo 6% terapeuta je prijavilo da su se usko pridržavali terapijskih priručnika. 73% su bili fleksibilni, a 21% nikad nije proučavalo priručnik. Stavovi prema priručniku reflekirali su njegovo korištenje. 8% izrazilo je stav da je terapijski priručnik važno slijediti jer je baziran na dokazima. 67% smatra da sadrži važne intervencije, ali da se one moraju modificirati za primjenu u kliničkoj praksi. 15% smatra da priručnik ima ograničenu primjenu u njihovoj praksi zbog svog vjerovanja da intervencije razvijene u istraživačkim klinikama ne generiraju dobro u stvarnoj kliničkoj praksi. 10% smatra da je važno koristit priručnik, ali zahtjevaju više prakse za efektivno korištenje.

Posljednji članak skupine ujedno je i drugi dio prethodno opisanog članka u Tablici 2 (Thompson-Brenner i sur., 2005). U prvom dijelu je zaključeno da je duljina terapije povezana s komorbidnim obrascima, a sada se postavlja pitanje variraju li terapijske tehnike prema komorbiditetu, odnosno prilagođavaju li terapeuti svoje pristupe s BN pacijentima za liječenje pacijentovih komorbiditeta drugačije nego li prirodu njihovog ED. Podaci pokazuju da da. Dva su primjera za to, fokusirajući se se na dva komorbidna poremećaja: BDP i MDD. U radu sa ne-BPD pacijentima, KBT kliničari su koristili primarno KBT intervencije. Isto vrijedi i za pacijente bez MDD. Kad su KBT terapeuti liječili BN pacijente s BPD ili MDD, nastavili su rabiti mnoge KBT pristupe, ali su ih obogatili s većim rangom intervencija uključujući nekoliko pristupa koji se smatraju psihodinamskima. Također, u radu sa BDP, koristili su psihosocijalne intervencije znatno više. Zanimljivo, u radu sa depresivnim BN pacijentima, KBT terapeuti neće jednostavno obogatiti KBT-BN priručnik sa KBT depresivnim priručnikom, nego će se naprotiv okrenuti više psihodinamskim intervencijama, moguće stoga što kombinacija depresije i BN signalizira prisutnost poremećaja osobnosti koji zahtjeva pažnju. Sve ovo indicira da KBT terapeuti prave prilagodbe, dodajući intevrencije izvan pravilnika, kada liječe polisimptomatske pacijente. Konačni ishod bio je pozitivno povezan s duljinom tretmana i psihodinamskim faktorom terapije i negativno povezan s oba oblika disfunkcijskih osobnosti.

5.1. Tablica 1.

Izravna usporedba različitih terapijskih pristupa s obzirom na dijagnozu

AUTORI	ISPITANICI	GLAVNE METODE	GLAVNI REZULTATI
Poulsen i sur., 2014.	N=70 pacijentica s dijagnozom BN KBT= 36 PPT= 34	EDE	Oba terapijska pristupa rezultiraju poboljašnjem, iako je napredak veći kod KBT. Nakon 5 mjeseci 42% pacijentica podvrgnutih KBT prestaje s navikama prejedanja i pražnjenja, dok je u grupi PPT taj postotak 6%. Nakon 2 godine rezultat je 44% u KBT skupini i 15% u PTP skupini. Također, rezultati postignuti KBT su mnogo brže vidljivi.
Tasca i sur., 2012.	N=95 pacijenata s dijagnozom BED GPIP= 48 GCBT= 47	IIP	Cjelokupni ishod na IIP skali nakon šest mjeseci od kraja terapije je bio procijenjen korištenjem pouzdanog indeksa promjene (RCI) koji je klasificirao stanje ispitanika kao pouzdano poboljšanje, neklasificirane i pouzdano pogoršanje. Time su dobiveni rezultati od 48,5% poboljšanja, 13,6% pogoršanja, a 37,9% je bilo neklasificirano. Svi ispitanici koji su pokazali značajan pozitivan pomak ukupnog IIP rezultata nisu pokazali razlike u terapijskom ishodu.

Wild i sur., 2009.; Zipfel i sur., 2014.	N= 242 pacijentica s dijagnozom AN FPT= 80 KBT= 80 OTAU= 82	BMI	Na kraju istraživanja BMI se povisio u sve tri skupine (FPT:0,73 kg/m2; KBT: 0,93 kg/m2; OTAU: 0,63 kg/m2), ali bez značajnije razlike među rezultatima.

N- ukupan broj ispitanika; BN- bulimia nervosa; KBT- kognitivno bihevioralna terapija; PPT- psihoanalitička psihoterapija; EDE- Eating Disorder Examination intervju; AN- anorexia nervosa; FPT- fokalna psihodinamska terapija; OTAU- optimizirana terapija (Optimised treatment as usual); BMI- indeks tjelesne mase; BED- poremećaj nekontrolirana hranjenja; GPIP- grupna psihodinamska interpersonalna psihoterapija; GCBT- grupna kognitivno bihevioralna terapija; IIP- inventar interpersonalnih poteškoća

5.2. Tablica 2.

Utjecaj različitih obilježja ispitanika na terapijski ishod

AUTORI	ISPITANICI	GLAVNE METODE	GLAVNI REZULTATI
Aschenbrenner, 2009.	N=63 AN=13 BN=24 Zdrave kontrole= 23	Sniffin' Sticks Taste Strips BMI BDI EAT	Pacijentice s AN imaju najmanju mirisnu diskriminaciju i ukupnu olfaktornu funkciju. Olfaktorna i gustatorna funkcija opadaju s opadanjem tjelesne mase, BMI-a i EAT-a.
Daniel, 2011.	Uzorak od 4 izbjegavajuća i 4 preokupirana ispitanika iz prethodno učinjenog RCT	SEF-C BDI-II C-I-SAID	Procijenjeno je da izbjegavajući pacijenti na PPT izgovaraju 107.6 riječi po terapijskoj minuti, a preokupirajući 138.6 riječi po terapijskoj minuti. Izbjegavajući pacijenti na CBT izgovorili su 46.4 riječi po terapijskoj minuti, a preokupirajući 77.4 riječi. Broj riječi se smanjivao kako se zahtjevnost terapije povećavala.
Lunn i sur., 2012.	N= 70 pacijenata s dijagnozom BN	PSE EDE AAI IIP-C BDI-II STAI	Nakon provedene cluster analize, uzorak je podijeljen u četiri podskupine prema rezultatima navedenih testova. Te skupine se mogu podijeliti na: restrikcijski/negativno afektivni/visoko simptomatski tip, emocionalno kontrolirajući tip, slabo restrikcijski/emocionalno

			neregulirajući tip i visoko funkcionalni/sigurno privrženi tip.
Rothschild i sur., 2013.	N=56 AN-R= 31 AN-B/P= 10 BN= 15	BMI EAT-26 EII-2 EDI-2	BMI je dosegnuo normalni interval u svim skupinama pri čemu je bolje rezultate pokazala AN-R podskupina u usporedbi sa B/P podskupinom. U obje je skupine također došlo do pada rezultata na EAT-26 skali, bez značajnih razlika.
Thompson-Brenner i sur., 2005., prvi dio	BN= 86,2% AN= 6,2 % EDNOS= 7,5% Prisutni komorbiditeti: distimija, depresija, GAD, PTSP, zlouporaba droga, BPD. Više od 90% uzorka imalo je barem jedan komorbiditet na Osi I.	GAF	Posterapijski GAF rezultati prosječno su iznosili 73.2, s medijanom projemene GAF-a od 21.8 bodova, reflektirajući poboljšanje od ozbiljnih do srednjih simptoma. Kliničari su prijavili da je 89.6% pacijenata značajno poboljšalo simptome ED, ali se samo 52.7% potpuno oporavilo. KBT kliničari pritom su prijavili da su ED simptomi došli pod kontrolu znatno brže nego psihodinamski terapeuti. Istražila se povezanost između duljine/ishoda terapije i komorbiditeta. MDD, panični poremećaj, SUD, BPD pokazali su najveću vezu.

Zeeck, 2005.	N= 199 pacijenata s dijagnozom AN	BMI	68.4% pacijenata je dovršilo program, 18.8% ga je napustilo na svoju inicijativu, 12.8% je bilo otpušteno iz studije zbog insuficijentnog dobivanja na težini i manjka motivacije. Sve zajedno 31.6% napuštanja.

N- ukupan broj ispitanika; AN-R- anorexia nervosa, restriktivni tip; AN-B/P- anorexia nervosa, prežderavajuće/purgativni tip; BN- bulimia nervosa; BMI- indeks tjelesne mase; EAT-26- test o stavovima prema hranjenju-26; EII-2-indeks poboljšanja funkcioniranja ega 2; EDI-2- inventar poremećaja hranjenja 2; KBT- kognitivno bihevioralna terapija; PPT- psihoanalitička psihoterapija; SEF-C- obrazac za evaluaciju terapije, verzija za pacijente; BDI-II- inventar depresivnih simptoma II; C-I-SAID- program za bilježenje broja riječi, redoslijeda pričanja i pauzi; ED- poremećaj hranjenja, GAD- generalizirani anksiozni poremećaj, PTSP- posttraumatski stresni poremećaj; BPD- borderline poremećaj ličnosti; GAF- ocjena globalnog funkcioniranja; SUD- ovisnost o psihoaktivnim tvarima; AN- anorexia nervosa; PSE- ocjena trenutnog stanja; EDE- ocjena poremećaja hranjenja; AAI- attachment intervju za odrasle; IIP-C- inventar interpersonalnih poteškoća

5.3. Tablica 3.

Osnovne karakteristike različitih terapijskih pristupa u liječenju poremećaja hranjenja

AUTORI	ISPITANICI	GLAVNE METODE	GLAVNI REZULTATI
Tasca i sur., 2011.	N= 20 pacijenata s dijagnozom BED, po 10 na svakom obliku terapije (GPIP i GCBT)	SASB TRIPED EDE CES-D	Rezultati su pokazali veliko poboljšanje u obje grupe, što podrazumijeva smanjenje broja dana prejedanja i smanjenje simptoma depresije. Poboljšanje u GPIP grupi je bilo 85,7%, a u GCBT grupi 83,3%.
Thompson-Brenner i sur., 2005., drugi dio	N= 145 psihijatara i psihologa	CPPS-BN	U radu sa ne-BPD pacijentima, KBT kliničari su koristili primarno KBT intervencije. Isto vrijedi i za pacijente bez MDD. Kad su KBT terapeuti liječili BN pacijente s BPD ili MDD, nastavili su rabiti mnoge KBT pristupe, ali su ih obogatili s većim rangom intervencija uključujući nekoliko pristupa koji se smatraju psihodinamskima. Također, u radu sa BDP pacijentima, koristili su psihosocijalne intervencije znatno više.
Tobin i sur., 2007.	N= 265 kliničara	Anketa dizajnirana od strane autora	13% terapeuta koristi jedan teorijski pristup u svom radu s pacijentima: 61% KBT, 27% psihodinamski, 5% biheviorалnu

			terapiju, 2% se definiralo kao obiteljske terapeute i 2% kao interpersonalne. Od preostalih 87% koji su rekli da koriste više od jednog pristupa: 95% koristi više od jednog pristupa s istim pacijentom, a 5% nikad s istim.

N- ukupan broj ispitanika; BED- poremećaj nekontrolirana hranjenja; GPIP- grupna psihodinamska interpersonalna psihoterapija; GCBT- grupna kognitivno bihevioralna terapija; SASB- strukturirana analiza socijalnog ponašanja; TRIPED- instrument za ocjenjivanje psihoterapije poremećaja hranjenja; EDE- ocjena poremećaja hranjenja; CES-D- skala depresije centra za epidemiološke studije; KBT- kognitivno bihevioralna terapija; CPPS-BN- skala za komparaciju psihoterapija, prilagođeno za bulimiu nervosu; BDP- borderline poremećaj ličnosti, MDD- veliki depresivni poremećaj

6. RASPRAVA

Posljednjih godina najveća je pažnja, kad su u pitanju poremećaji hranjenja i njihovo liječenje, usmjerena na dva osnovna terapijska pristupa — kognitivno - bihevioralni i psihodinamski (PPT). Samim time i najveći broj članaka obrađenih u ovom radu orijentiran je upravo na ta dva pojma, ostavljajući pritom po strani druge, u pojedinim slučajevima jednako vrijedne ili bar jednako zanimljive terapijske pravce. U većini obrađenih radova rezultati ne pokazuju značajne razlike u ishodima primjenjenih terapija na dugoročni status pacijenata, izuzev one u brzini postizanja poboljšanja u vidu povećanja tjelesne mase i/ili opće psihopatologije. Potonje govori u prilog kognitivno bihevioralne terapije kao terapije prvog izbora u liječenju takvih pacijenata (Poulsen i sur., 2014). Slično pokazuju i neki od starijih radova, gdje autori uspoređuju efekt kognitivno bihevioralne terapije i suportivno-ekspresivne terapije u liječenju bulimije nervose (Garner, 1993). Kao primarni ishod promatrani su samoinducirano povraćanje, prežderavanje i stavovi prema obliku i težini tijela, a koji su ocijenjeni korištenjem samoizvješća i strukturiranog intervjua. Pritom je suportivna terapija bila jednako uspješna kao i KBT u reduciranju prežderavanja. Tamo gdje su pronađene značajne razlike, uglavnom su išle u prilog KBT. Bila je superiornija u odnosu na suportivnu terapiju u reduciranju frekvencije samoizazvanog povraćanja. Također, KBT je bila značajnija u poboljšanju iskrivljenih stavova prema hranjenju i težini, poboljšanju simptoma depresije, niskog samopoštovanja, općenitog psihološkog distresa i određenih poremećaja ličnosti.

Daljnjom usporedbom KBT i PPT pristupa, rezultati jasno indiciraju da je KBT učinkovitija u liječenju bulimije nervoze. Oba pristupa su imala značajan utjecaj na globalnu ED psihopatologiju, ali se poboljšanje brže zamijetilo u KBT skupini. Rezultati su značajni iz više razloga. Prije svega, pokazuju suprotno od učestalo prijavljivanog odsustva razlika u ishodu tih terapijskih pristupa (Wampold i sur., 2006). Drugo, dugoročni je efekt psihoanalitičke psihoterapije na globalnu psihopatologiju ED bio značajniji od utjecaja na prežderavanje i pražnjenje. Ovo opažanje ukazuje da psihoanalitička psihoterapija doista utječe na brojne teškoće relevantne za pacijente s ED, ali da su direktne bihevioralne intervencije svakako potrebne kako bi utjecale na simptome prežderavanje i pražnjenja. Dakako, najvjerojatniji razlog odgovoran za takvu razliku među terapijama leži u različitom pristupu srži bulimične problematike. KBT je simptom-fokusirajuća terapija, kreirana da producira rapidnu redukciju u frekvenciji prežderavanja. Nasuprot tome, psihoanalitička psihoterapija je dizajnirana kao nedirektivni pristup bez specifičnih bihevioralnih metoda usmjerenih na kontrolu

prežderavanja uslijed čega se može pokazati insuficijentnom jer prežderavanje i pražnjenje mogu biti promatrani kao maladaptacijski mehanizmi funkcioniranja koji pružaju trenutačno i kratkoročno olakšanje negativnih emocija (Poulsen i sur., 2014.).

Što se terapijskog pristupa tiče, rezultati pokazuju da većina kliničara prakticira više integrativne tretmane, nego li je to propisano u priručnicima koji su pak dizajnirani tako da maksimalno naglašavaju razlike između pristupa (Thompson-Brenner i sur., 2005). Kliničari su skloni prilagođavati svoje pristupe pacijentima individualno. Tako primjerice KBT terapeuti značajno povećavaju korištenje određenog oblika terapijskih intervencija pri liječenju BN pacijenata s BPD, tako im pomažući da reguliraju intenzivne emocije, prepoznaju autodestruktivne osjećaje, usmjere traumatska iskustva i izbjegavaju promjene raspoloženja. S druge strane ti isti terapeuti multipliciraju korištenje drugog seta terapijskih mogućnosti u pacijenata s velikim depresivnim poremećajem time umjeravajući njihova traumatska iskustva i koristeći terapijski savez kao korektivno emocionalno iskustvo. Ova zapažanja podupiru prijedloge KBT zajednice o dodavanju intervencija koje su ciljano usmjerene na regulaciju emocija, interpesonalne teškoće, klinički perfekcionizam i nisko samopoštovanje u standardni KBT priručnik (Fairburn i sur., 2003).

Osim integrativnog pristupa liječenju unutar specijalističkog kruga terapeuta, valja razmotriti i rezultate dobivene iz studija koje uključuju i nespecijalistički kadar (Lacey, 1983). Uz naglasak na težinu provedbe terapije i neizvjesnog uspjeha liječenja takvih pacijenata opisan je kratkoročni izvanbolnički program kreiran tako da može biti vođen od strane nespecijalističkog osoblja, a pod medicinskim nadzorom. U pacijentica koje su bile podvrgnute takvom obliku terapije uočena je redukcija dijetnih režima rezultirajući dobivanjem na težini i boljem psihološkom obrascu odnošenja prema hrani i navikama jedenja. Sve te činjenice govore u prilog uspjeha terapije. Nasuprot tome, ANTOP studija obrađena kroz rezultate, pokazuje da se istraživane skupine doista nisu razlikovale u glavnom ishodu, ali nakon 12-mjesečnog praćenja pacijentice na fokalnoj psihodinamskoj terapiji provođenoj od strane specijalista psihijatara u bolničkim uvjetima su pokazale značajno višu stopu oporavka u usporedbi s pacijentima koji su bili isključivo u OTAU skupini (Wild i sur., 2009; Zipfel i sur., 2014). OTAU, kako je već rečeno, se bazira na izvanbolničkoj psihoterapiji uz naglasak o potrebnoj skrbi obiteljskog liječnika. Ipak, OTAU bi mogao biti razmotren kao solidan bazni tretman za odrasle pacijentice s dijagnozom anoreksije.

Spomenuvši obiteljske liječnike, njihovo uključivanje u terapijski postupak pacijenata s poremećajem hranjenja, naročito u obliku potpore i educiranja bolesnika o metodama samopomoći, prepoznat je i uvelike rasčlanjen u brojnim radovima. Već spomenuta ANTOP studija obiteljske liječnike stavlja u kontekst multidisciplinarnog pristupa koji ne isključuje psihoterapijsku potporu unatoč tome što se glavnina skrbi pruža na primarnoj razini zdravstvene zaštite (Wild i sur., 2009; Zipfel i sur., 2014). Postavlja se pitanje mogu li obiteljski liječnici, osim prepoznavanja problema i upućivanja na daljnju obradu i liječenje, teoretski predstavljati i vodeće figure u samom postupku liječenja. Uz to, valja razmotriti je li uloga obiteljskog liječnika zaista „terapeutska“ ili je on taj koji bi pacijentu trebao služiti isključivo kao svojevrstan oslonac dok si pacijent zapravo pomaže sam. Djelomično rješenje dvojbe donosi članak koji uspoređuje primjenu samopomoći i kognitivno orijentirane terapije u liječenju anoreksije i bulimije. Postupkom randomizacije, pacijentice s dijagnozom BN su određene za SPT, KBT ili samo na C/NC. Anoreksične pacijentice su pak bile randomizirane isključivo na SPT ili KBT. Na temelju ocjene simptoma poremećaja hranjenja, stavova prema hrani, strukturi selfa i općim psihijatrijskim simptomima, uočeno je statistički značajno poboljšanje nakon SPT. Zanimljiv je podatak da je nakon provedene CBT, poboljšanje bilo blago ali neznačajno, a nakon C/NC gotovo bez promjena (Bachar i sur., 1999).

Razlike u konfiguraciji funkcioniranja ega između AN-R i B/P pacijenata naglašavaju potrebu korištenja različitih aspekata liječenja u različitim podtipovima poremećaja hranjenja (ED) (Rothschild i sur., 2009). Primjerice, upravljanje povišenom impulzivnošću, uočenom u B/P pacijenata je glavni cilj njihovog liječenja, dok je jedan od važnih ciljeva liječenja AN-R pacijenata utjecaj na smanjen osjećaj za kontrolu uočen nakon stabilizacije simptoma ED. Iz dijagnostičke perspektive, značajne razlike u funkcioniranju ega između B/P i AN-R pacijenata, nađene u akutnom stanju, ali ne pri otpustu, kombinirane s uočenim promjenama u različitim aspektima osobnosti nakon terapije, ostavljaju neodgovorenim pitanje jesu li ti aspekti osobnosti zapravo cjeloživotni ili ipak odražavaju trenutna obilježja. Malnutricija i nepravilni obrasci hranjenja uočeni u akutno oboljelih ED pacijenata mogu imati znatan utjecaj na kliničku prezentaciju pacijenata, tako opravdavajući oprez u pripisivanju dijagnoza poremećaja osobnosti tijekom akutnih ED faza (Vitousek & Manke, 1994.).

7. ZAKLJUČAK

Poremećaji hranjenja su ozbiljna psihijatrijska stanja koja zahtjevaju terapijske intervencije utemeljene na dokazima te predstavljaju polje koje i dalje traži uključivanje različitih terapijskih tretmana (Kass i sur., 2013). Ocjenjivanje dugoročnih ishoda i prepoznavanje ispravne terapije za različite podskupine bolesnika, predstavljaju važne buduće pravce. Nastavak napora u svrhu da se nove, modificirane metode uključe u tretmane, kao i njihovo širenje, povećat će raspon postojećeg liječenja temeljenog na dokazima što poremećaje hranjenja stavlja u centar jedne nove epohe spoznaja dobivenih zajedničkim radom različitih struka.

U prvoj skupini radova većinom je dana prednost KBT pred drugim oblicima terapije što se različito odražava na brzini postizanja poboljšanja, postizanja željenje tjelesne težine, održavanju remisije i interpersonalnih teškoća u podlozi. KBT je svakako osnovna terapija u liječenju BN, ali valja imati na umu da PPT pokazuje jednake dugoročne rezultate. Vremenski okvir potreban za postizanje poboljšanja tijekom provedbe PPT je svakako sporiji u odnosu na KBT. U terapiji BN, dobrim izborom se pokazala i kombinacija nekoliko koraka koji uključuju asistriranu samopomoć (uz terapiju fluoksetinom), a zatim provedbu KBT. Pacijenti na takvom obliku terapije pokazuju veću redukciju prežderavanja i kompenzatornih ponašanja uz veći postotak apstitencije od bulimičnih postupaka u odnosu na terapiju koja se sastoji isključivo od KBT (Kass i sur.,2013; Durand i sur., 2002). Rezultati pokazuju da, ukoliko se provodi u sklopu sekvence od nekoliko koraka, samopomoć može biti moguća alternativa KBT, naročito u skupini pacijenata koji ne reagiraju na klasičan KBT pristup. Važno je istaknuti da se u liječenju AN niti jedan pristup nije pokazao superiornim nad drugim, dok se KBT bez daljnjeg nametnula kao terapija prvog izbora za liječenje BN i BED.

Druga skupina članaka usmjerena je na prikaz najrazličitijih karakteristika pacijenta prema kojima je moguća modifikacija terapije i postizanje boljih rezultata liječenja. Tako nikad ne treba zaboraviti da konkretni pacijent ne dolazi s jednim, konkretnim problemom (u ovom slučaju s poremećajem hranjenja), već da se radi o kompleksnoj strukturi u čijoj se srži mogu nalaziti različiti konflikti bez čijeg će rješavanja izlječenje biti teže postignuto. Različiti podtipovi ličnosti tako primjerice različito odgovaraju na neke oblike terapije u odnosu na druge. Isto vrijedi i za oblike terapija jer KBT ima za cilj poremećene misli i maladaptivno ponašanje koje održava ED simptome, dok PPT cilja na interpersonalne teškoće koje također održavaju ED simptome.

Treća je skupina članaka orijentirana na terapeute i činjenicu da su razlike u njihovu pristupu neizostavna stavka u procesu oporavka osobe s ED. Zanimljiv je podatak da se relativno malen postotak kliničara izjasnio o jasnom pridržavanju smjernica liječenja prema priručniku. Unatoč tome, postotak uspjeha terapije visok je neovisno o terapijskom pristupu koji su pritom koristili. Postizanje zadovoljavajućeg terapijskog saveza jedan je od ključnih koraka u liječenju te neizostavno vodi boljem terapijskom ishodu. KBT je jasan vodeći tretman u liječenju BN, a PPT je potencijalna na dokazima utemeljena alternativa KBT iako zahtjeva 8-12 mjeseci duže trajanje da bi postigla jednake rezultate. KBT je svakako terapija izbora za liječenje BN i BED s najboljim rezultatima postignutim s novim „poboljšanim“ oblikom terapije (ECBT). „Poboljšana“ kognitivno bihevioralna terapija (ECBT) se temelji na transdisciplinarnoj teoriji te je izvedena iz CBT-BN. Dizajnirana je za liječenje psihopatologije u podlozi poremećaja prehrane, s jednakom formom u svakom konkretnom slučaju, ovisno o individualnom obliku procesa održavanja poremećaja. Opisana je kao „poboljšana“, jer koristi niz novih strategija i postupaka za poboljšanje ishoda i zbog toga što uključuje module za rješavanje određenih prepreka koje leže u srži poremećaja prehrane, kao što su perfekcionizam, nisko samopoštovanje i interpersonalne teškoće (Murphy i sur., 2010). Na kraju svega, valja reći da brojni izazovi na terapijskom planu ED i dalje ostaju. Prvo i najvažnije, terapijski ishodi moraju težiti daljnjem poboljšanju, naročito u slučaju pacijenata koji su značajno pothranjeni. Drugo, veće razumijevanje kako koji tretman funkcionira može stvoriti dizajn za novi, još potentniji oblik liječenja. Nesumnjivo, neki elementi mogu biti napušteni, dok drugi mogu biti poboljšani. Nadalje, valja težiti diseminaciji prakse utemeljene na dokazima jer mnogi pacijenti i dalje dobivaju suboptimalnu terapiju što može biti posljedica maloga broja adekvatno educiranih terapeuta (Tobin i sur.,2007).

8. ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru, docentu dr.sc. Ivanu Begovcu na pomoći pri odabiru teme, pretraživanju literature i neizmjernom strpljenju za sve moje upite.
Također, zahvaljujem svim kolegama s kojima sam tijekom godina dijelila ljubav prema psihijatriji i koji su mi svojim savjetima pomogli u izradi ovog diplomskog rada.
Posebnu zahvalu dugujem i jednom posebnom kolegi bez čije ljubavi, motivacije i svakodnevne podrške moji studentski dani ne bi bili ni upola toliko lijepi.
Zahvaljujem i svim svojim prijateljima, a naročito onima koji su mi svojim širokim srcima omogućili studiranje u punom smislu te riječi.
Na kraju, najveću zahvalu upućujem svojoj majci koja me kroz ovih šest godina bodrila, prolazila zajedno sa mnom kroz sve teške i sretne trenutke i bez koje sve što sam postigla ne bi bilo moguće.

9. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Aschenbrenner K, Scholze N, Joraschky P, Hummel T. (2008) Gustatory and olfactory sensitivity in patients with anorexia and bulimia in the course of treatment. J Psychiatr Res. 43(2):129-37.
3. Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. (1999) Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. J Psychother Pract Res. 8(2):115-28.
4. Begovac I, Jakovina T, Crković M, Vokal P. (2013) „Karakteristike ličnosti i poremećaji hranjenja“, u: D.Marčinko (ur.) Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb : Medicinska naklada, str. 146-151.
5. Begovac I, Tomac A, Bokić-Sabolić A, Pleština S. (2013) „Adolescencija i poremećaji hranjenja – psihodinamski i psihoterapijski aspekti“, u: D.Marčinko (ur.) Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada, str. 151-156.
6. Daniel SI. (2011) Adult attachment insecurity and narrative processes in psychotherapy: an exploratory study. Clin Psychol Psychother;18(6):498-511.
7. Durand MA, King M. (2002) Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. Br J Gen Pract. 53(490):371-7.
8. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic“ theory and treatment. Behaviour Research adn Therapy 41: 509-528.
9. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. (1993) Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry.;150(1):37-46.
10. Gonçalves Jde A, Moreira EA, Trindade EB, Fiates GM. (2013) Eating disorders in childhood and adolescence. Rev Paul Pediatr.;31(1):96-103.
11. Kass AE, Kolko RP, Wilfley DE. (2013) Psychological treatments for eating disorders. Curr Opin Psychiatry.;26(6):549-55.
12. Lacey JH. (1983) Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. Br Med J (Clin Res Ed).;286(6378):1609-13.

13. Lilenfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. (2006) Eating disorders and personality: a metodological and empirical review. Clin Psychol Rev.;26:299-320
14. Lunn S, Poulsen S, Daniel SI. (2012) Subtypes in bulimia nervosa: the role of eating disorder symptomatology, negative affect, and interpersonal functioning. Compr Psychiatry.;53(8):1078-87.
15. Marčinko D. (2013) Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada
16. Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. (2010) Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 3(3):611-27.
17. Novick J, Novick KK. (2001) Parent work in analysis: Children, adolescents and adults. Part I: The evaluation phase. J Child Adolesc Psychother.1:55-7
18. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, Fairburn CG. (2014) A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry.171(1):109-16
19. Rothschild-Yakar L, Lacoua L, Stein D. (2013) Changes in patient measures as predictors of therapists' ratings of treatment collaboration and change in eating disorder subgroups. Assessment. 20(6):752-63.
20. Tasca GA, Balfour L, Presniak MD, Bissada H.(2012) Outcomes of specific interpersonal problems for binge eating disorder: comparing group psychodynamic interpersonal psychotherapy and group cognitive behavioral therapy. Int J Group Psychother. 62(2):197-218.
21. Tasca GA, Demidenko N, Krysanski V, Bissada H, Illing V, Gick M, Weekes K, Balfour L. (2009) Personality dimensions among women with an eating disorder: towards reconceptualizing DSM. Eur Eat Disord Rev. 17(4):281-9.
22. Tasca GA, Foot M, Leite C, Maxwell H, Balfour L, Bissada H (2011) Interpersonal processes in psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioral group therapy: a systematic case study of two groups.Psychotherapy (Chic).;48(3):260-73.
23. Thompson-Brenner H, Westen D. (2005) A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 1: comorbidity and therapeutic outcome. J Nerv Ment Dis. 193(9):573-84.
24. Thompson-Brenner H, Westen D. (2005) A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 2: therapeutic interventions in the community. J Nerv Ment Dis 193(9):585-95.

25. Tobin DL, Banker JD, Weisberg L, Bowers W. (2007) I know what you did last summer (and it was not CBT): a factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. Int J Eat Disord. 40(8):754-7.
26. Vitousek K, Manke F. (1994) Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Abnorm Psychol. 103(1):137-47.
27. Wampold BE, Ollendick TH, King NJ. (2006) „Do therapies designated as empirically supported treatments for specific disorders produce outcomes superior to non-empirically supported treatment therapies?“ in Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Quoestions. Edited by Norcross JC, Beutler LE, Levant RF. American Psychological Association: 299-328
28. Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE, de Zwaan M, Schauenburg H, Schade-Brittinger C, Schäfer H, Zipfel S. (2009) The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa--a randomized controlled trial. Trials.;10:23.
29. Wilfley DE, Kolko RP, Kass AE. (2011) Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.; 20(2):271–285.
30. Yeo M, Hughes E. (2011) Eating disorders - early identification in general practice. Aust Fam Physician.;40(3):108-11.
31. Zeeck A, Hartmann A, Buchholz C, Herzog T. (2005) Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand.;111(1):29-37.
32. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, Giel KE, de Zwaan M, Dinkel A, Herpertz S, Burgmer M, Löwe B, Tagay S, von Wietersheim J, Zeeck A, Schade-Brittinger C, Schauenburg H, Herzog W; ANTOP study group. (2014) Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet.;383(9912):127-37.

10. ŽIVOTOPIS

Josefina Gerlach

Rođena sam 29.10.1990. godine u Mannheimu, u Njemačkoj, dok cijeli svoj životni vijek živim u Zagrebu.
2005. godine završila sam Osnovnu školu Markuševec u Zagrebu, a 2009. stekla sam zvanje veterinarskog tehničara nakon završene Veterinarske škole Zagreb.
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisala sam 2009. godine. Tijekom studija bila sam članica nekoliko udruga, među kojima bih izdvojila CroMSIC u kojem sam godinu dana obnašala dužnost Lokalnog dužnosnika za ljudska prava i mir.
Svoju sam ljubav prema glazbi nakon glazbene škole nastavila i u mješovitom pjevačkom zboru Medicisnkog fakulteta „Lege artis“. Bivši sam volonter Udruge za terapijsko jahanje „Krila“. Aktivno se služim engleskim jezikom.