

MOGUĆI PRILAZI ANOREKSIIJ I NERVOZI - PATNJA ZA POJEDINCA, PORODICU, DRUŠTVO

Dragana Ignjatović Ristić¹, Slavica Đukić Dejanović¹, Dragan Ravanić¹,
Vladimir Janjić¹, Milica Borovčanin¹, Branimir Radmanović¹, Radojica Stolić²

¹Klinika za psihijatriju, Klinički centar Kragujevac

²Klinika za nefrologiju i urologiju, Klinički centar Kragujevac

POSSIBLE APPROACHES TO ANOREXIA NERVOSA SUFFERING FOR PATIENTS, THEIR FAMILIES, AND THE SOCIETY

Dragana Ignjatovic Ristic¹, Slavica Djukic Dejanovic¹, Dragan Ravanic¹,
Vladimir Janjic¹, Milica Borovcanin¹, Branimir Radmanovic¹, Radojica Stolic²

¹Clinic for Psychiatry, Clinical Center Kragujevac

²Clinic for Nephrology, Clinical Center Kragujevac

SAŽETAK

Anoreksija nervoza je poremećaj koji karakteriše duboko poremećen doživljaj sopstvenog tela i neprekidna težnja da se bude mršav čak i po cenu izgladnjivanja. Studije sprovedene u dužem periodu ukazuju na to da se učestalost anoreksije nervoze povećala od pedesetih godina prošlog veka, najviše kod žena uzrasta od 15. do 24. godine. Pacijenti sa anoreksijom nervozom imaju četiri puta veći rizik od umiranja u poređenju sa zdravom populacijom istog uzrasta i pola. Anoreksija oštećuje emocionalni, telesni i socijalni razvoj. Tretman pacijenta sa anoreksijom nervozom bazira se na tri ključna elementa: ponovno uspostavljanje odgovarajuće telesne težine, tretman mentalnih poremećaja udruženih sa anoreksijom i redukcija ili eliminacija misli i ponašanja koje vode u poremećaje ishrane. Bolja saradnja s porodicom i aktivno uključivanje članova porodice u tretman, bitni su uslovi za bolji ishod lečenja anoreksije nervoze. U budućim istraživanjima trebalo bi još veću pažnju posvetiti smanjenju efekata stigmatizacije osoba s problemima u težini.

Ključne reči: anoreksija nervoza, poremećaji ishrane, porodice pacijenata.

EPIDEMIOLOGIJA ANOREKSIIJ I NERVOZE

Anoreksija nervoza je poremećaj koji se karakteriše duboko poremećenim doživljajem sopstvenog tela i neprekidnom težnjom da se bude mršav, čak i po cenu izgladnjivanja. Prosečna prevalenca anoreksije nervoze kod mladih žena je 0,3%, s najvišom učestalošću kod žena uzrasta od 15. do 19. godine. Procenjuje se da je incidenca ovog poremećaja najmanje 8 na 100000 stanovnika. Ovaj poremećaj ishrane javlja se i kod muškaraca i kod žena starijeg doba, ali je taj procenat znatno niži - 0,5 na 100000 stanovnika po godini za muškarce (1). U studijama koje se bave polnom distribucijom anoreksije nervoze, nalazimo podatak da odnos obolelih žena i muškaraca može biti i 11 prema 1 (2).

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a mental disorder characterized by the distorted body image and the tendencies to be slim, even if that implies fasting. Studies conducted over a long period of time have shown that the incidence of anorexia nervosa has increased in the last fifty years, especially in women aged 15 to 24 years. A patient with anorexia nervosa has four times higher risk of dying compared to healthy population of the same age and gender. Anorectic patterns of fasting, extreme workout and avoidance of eating, lead to lower tension caused by the disturbed picture of self. It has consequences on emotional development, somatic health (chronic malnutrition) and in social aspects. Better cooperation with patient's family and their active involvement in the therapy are necessary and these are the preconditions for better results in treatment of eating disorders. Researches have shown that there are enormous costs in social-care system in relation to this mental disorder. Treatment of anorexia nervosa tries to address the three main areas: restoring the person to a healthy weight, treating the psychological disorders related to the illness and reducing or eliminating behaviours or thoughts that originally led to the disordered eating. Further studies should be focused on stigmatization of persons with weight problems.

Key words: anorexia nervosa, eating disorders, patient's family

Studije sprovedene u dužem periodu pokazuju da se učestalost anoreksije nervoze povećala od pedesetih godina prošlog veka, najviše kod žena uzrasta od 15. do 24. godine.

Standardizovana stopa mortaliteta tokom prvih deset godina posle dijagnostikovanja anoreksije nervoze je 9, 6 (3), što znači da ispitanici sa anoreksijom nervozom imaju četiri puta veći rizik od umiranja u poređenju sa zdravom populacijom istog uzrasta i pola.

Posmatrajući kompleksne medicinske i psihološke posledice poremećaja ishrane, istraživanja pokazuju značajne utroške u sistemu zdravstvene zaštite posmatrano kroz bolesničke dane, zauzetost postelja u dečjim službama, gubitak radne efikasnosti i slično (4).

DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUMI I KLINIČKI PODTIPOVI ANOREKSIIJE NERVOZE

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10), za postavljanje dijagnoze anoreksije nerovoze, potrebno je da se zadovolje sledeći kriterijumi (5):

1. Telesna težina se održava na najmanje 15% ispod očekivane težine, ili je BMI 17,5 ili niži. Prepubertetni pacijenti mogu da manifestuju nemogućnost dostizanja očekivane telesne težine.
2. Gubitak u težini indukovano je izbegavanjem hrane koja "goji" i primenom jednog ili više sledičih ponašanja: povraćanjem koje izaziva sam pacijent, preteranim vežbanjem, upotrebom supstanci koje suprimiraju apetit.
3. Poremećaj telesne sheme tako da strah od gojaznosti perzistira kao intruzivna, precenjavana ideja i pacijent sebi nameće standarde niske telesne težine.
4. Difuzni endokrini poremećaji - amenoreja kod žena; gubitak seksualnog interesa i potencije kod muškaraca. Mogu da postoje povišeni nivoi hormona rasta i kortizola, promene u perifernom metabolizmu tiroksina i nenormalnost u sekreciji insulina.
5. Ako je početak anoreksije pre puberteta, onda se pubertet usporava ili prekida. S izlečenjem, pubertet se u najvećem broju slučajeva normalno dovršava, ali menarha kasni.

Četvrta revizija američkog klasifikacionog sistema (Diagnostical and Statistical Manual - DSM-IV-TR) ističe sledeće kriterijume ovog poremećaja (6), tipične za adolescentni uzrast:

- Gubitak u telesnoj težini ili nemogućnost postizanja i/ili održavanja očekivane telesne težine u odnosu na uzrast i telesnu visinu - 15% gubitka od očekivane telesne težine je znak koji alarmira!
- Intenzivan strah od dobijanja u težini ili gojenja, čak i kada je vidno ispod poželjne težine.
- Poremećaj u percepciji svoga tela - nepodudarnost predstave o sebi i realnog doživljaja.
- Amenoreja u postmenarhalnom periodu (izostanak tri konsektivna ciklusa).

Klinički razlikujemo dva podtipa anoreksije nerovoze: restriktivni tip, odnosno drastično smanjenje unosa hrane i obilak sa krizama (being eating) uzimanja

prevelike količine hrane, zloupotrebe laksativa i/ili diuretika.

U akutnoj fazi bolesti, ma koliko mršavi bili, izgleda da ovi pacijenti dobijaju neku satisfakciju od anoreksičnog načina života (4). Anoreksični obrasci izglednjavanja, ekstremnog vežbanja i izbegavanja obroka, smanjuju napetost i tenziju zbog poremećene slike o sebi i sopstvenom telu, jer uprkos ekstremnoj mršavosti, anoreksični pacijenti veruju da su debeli.

Kasnije, ovo prolazno zadovoljstvo anoreksičnim načinom života zamenjuje usamljenost, očaj, izražene promene raspoloženja. Rigidna kontrola svih aspekata života uništava život koji poznaju drugi mladi ljudi. Uprkos odricanju od hrane, uz očuvani apetit, kao i intelektualnim naporima u ostvarivanju školskih ili studentskih obaveza, anoreksične pacijentkinje ne uživaju ni u jednom svom uspehu ili bilo kom aspektu sopstvenog života (4).

Potencijal koji je osoba imala za razvoj pre početka poremećaja ishrane, nikada se ne ostvari. Anoreksija vodi oštećenjima i emocionalnog i socijalnog razvoja, što se ogleda u nepostizanju pune nezavisnosti, razvijanju zavisnih odnosa s rođacima, nedovršavanjem obrazovanja i gubitkom posla, pod uslovom da su posao imali (7). Anoreksični pacijenti retko dele stan sa nekim, žive sami i dobro se osećaju što su usamljeni. Veoma mali broj anoreksičnih pacijenata se dobro uklapa u milje izvan porodice (7). "Hibernacija" je posledica godina življenja s poremećajem ishrane - hroničnom malnutricijom, ograničenim interesovanjima i samo nekoliko naizgled slobodnih izbora, što neminovno uzrokuje negativne posledice u mnogim aspektima života.

PATNJA PORODICE

Tokom razvoja koncepta poremećaja ishrane, postojao je period kada su porodica i narušeni porodični odnosi bili "okrivljeni" za razvoj i održavanje ovih poremećaja. Glavni pomak koji je ostvaren jeste u tome što su se terapeuti defokusirali sa identifikovanog pacijenta (anoreksične devojčice) i usmerili ka obrascima porodičnog funkcionisanja koji anoreksiju održavaju. Anoreksični način funkcionisanja u određenim porodicama umanjuje emocionalnu patnju, osećaj krivice i prebacivanja koji je u ovim porodicama postoji. Jedno od bitnijih saznanja jeste da se život u porodici, čiji član ima probleme s ishranom, gojaznošću ili telesnom težinom, toliko menja posle samo godinu dana, da skoro i nema funkcionalnih porodičnih obrazaca (8).

Sagledavanje porodičnih snaga, pa usmereno uključivanje članova porodice u terapiju, bitan je uslov za bolji ishod lečenja anoreksije nervoze, ali i drugih poremećaja ishrane. U uslovima kada nije moguće porodicu uključiti u porodičnu terapiju, treba psihoedukativnim pristupom obezbediti najvažnije uslove za uspešnu terapiju ovih poremećaja (9, 10).

Kada se već anoreksija nervoza ispolji, onda stepen pomešanih osećanja brige, ljutnje, tuge, osećaja krivice, odbacivanja, mogu dovesti i do psihičke i do fizičke iscrpljenosti članova porodice. Dnevna rutina porodice se menja, a obroci su poprište iscrpljujuće psihološke bitke koja svima zadaje bol. Obrazac obroka je najčešće promenjen u pokušajima da se pacijentu pomogne da jede. Članovi porodice koji su uključeni u pripremanje obroka, provode vreme u organizovanju, najčešće neuspelih obroka, koji se događaju u različito vreme, za različite članove porodice, što sve opterećuje porodicu i povećava tenziju u porodičnom sistemu.

Kompletno funkcionisanje osoba koje boluju od anoreksije nervoze je zbunjujuće za porodicu. Adolescent koji pokazuje znake anoreksije, ne dostiže zreo identitet i ne uspeva da se osamostali. Paradoksalno, kada treba da se uspešno odvoji od svojih roditelja, adolescent koji boluje od anoreksije nervoze ostaje u fokusu porodičnih događanja - porodični život se organizuje oko njegove bolesti. Na taj način, porodica se i sama izoluje, ne ostaje im mnogo vremena da se bave stvarima koje su im ranije pričinjavale zadovoljstvo, što takođe pojačava negativne emocije, stres i iscrpljenost.

AKTUELNE TERAPIJSKE TENDENCIJE

Tri ključna elementa u terapiji anoreksije nervoze jesu ponovno uspostavljanje odgovarajuće telesne težine, tretman mentalnih poremećaja povezanih sa anoreksijom i redukcija ili eliminacija misli ili ponašanja koje vode u poremećaje ishrane (12).

Najtačnije je reći da je lečenje anoreksije nervoze timsko. U timu bi trebalo da bude internista ili pedijatar, psihijatar i/ili psiholog, nutricionista i radni terapeut. Lečenje se sprovodi uglavnom u ambulantnim uslovima (13). Kada ozbiljno izgladnjavanje dobije dramatične razmere, odnosno, kada je gubitak telesne težine veći od 25% od očekivane telesne težine, predlaže se bolničko lečenje (13). Osim toga, bolničko lečenje je indikovano u ekstremnim slučajevima hipotermije i hipotenzije, elektrolitnog disbalansa. Depresivni pacijenti sa anoreksijom nervozom koji imaju suicidalne ideje ili pokazuju znake psihotičnosti, uvek se hospitalizuju.

Parcijalna hospitalizacija kroz dnevne bolnice je dobar izbor za pacijentkinje koje zahtevaju intenzivnije nadgledanje i podršku. U programu lečenja, meri se telesna težina pacijentkinja svakog jutra, a dnevni unos hrane i tečnosti prati se svakodnevno. Pacijentkinje se pažljivo opserviraju dva sata posle obroka kako bi se sprečilo namerno izazivanje povraćanja. Koncipira se jelovnik u kome ima 500 kalorija više nego što je neophodno za održavanje njihove telesne težine a kalorijska vrednost se postepeno povećava. Kako bi se sprečio osećaj sitosti kod pacijentkinja, preporučuje se uzimanje šest obroka tokom dana. Nažalost, kod pacijentkinja koje imaju ekstremno veliki gubitak telesne težine ili ne uzimaju ni minimalne količine hrane, potrebno je uvesti ishranu kroz sondu.

Psihotropna medikacija može biti preporučena kod nekih pacijentkinja koje imaju krize prejedanja (unošenja prevelike količine hrane u kratkom vremenu što izaziva povraćanje), kao kliničku manifestaciju anoreksije nervoze. Generalno, antidepresivi se nisu pokazali efikasnim u tretmanu depresije kod pacijentkinja sa anoreksijom nervozom, dok povećanje telesne težine može da ima antidepresivni efekat (11).

Psihološki deo tretmana obuhvata bihevioralne metode modifikacije ponašanja, kako bi se, pre svega, uspostavili normalni obrasci ishrane u kombinaciji s individualnom i grupnom psihoterapijom. Mnogi pacijenti sa anoreksijom nervozom ne dolaze na lečenje dobrovoljno, svoj problem poriču, a na lečenje ih dovode, mimo njihove volje, zabrinuti članovi porodice. Zato je uloga terapeuta u lečenju pacijenata sa anoreksijom nervozom veoma značajna: terapeut je autoritet kome se veruje, on treba svojim pacijentima da ponudi tačne informacije o telesnoj težini, zdravom načinu života, kao i o tome da telesna težina nije greška pacijenta. Posvećen terapeut je moćno oružje u terapiji koji dobrim vođenjem pacijenta kroz program dostizanja i održavanja željene telesne težine i usvajanje zdravog načina života, itekako pomaže jačanju samopouzdanja ovakvih pacijenata.

PRAKTIČNE SUGESTIJE PACIJENTIMA I NJIHOVIM RODITELJIMA

Osobe koje imaju problem s gojaznošću ili poremećajem ishrane, u želji da poboljšaju svoje fizičko i psihičko zdravlje, imaju potrebu za nekim praktičnim uputstvima. Takve pacijente treba usmeriti da razmišljaju o pozitivnim funkcijama koje njihovo telo ima. Mogućnost izloženosti diskriminacije mogu da ojačaju ove pacijente i da kod njih razviju toleranciju ("kriza je izazov za čoveka"). Ne treba sebe neprekidno upoređivati s drugima, već upoznati pacijenta s

konceptom da upravo različitosti obogaćuju svet. Neophodno je da se roditelji angažuju u promociji zdravog načina života (14, 15).

UMESTO ZAKLJUČKA

Bolje razumevanje etiologije ovog poremećaja doprinosi da se lakše pronađu bolja terapijska rešenja. Tome pomaže i razvoj nauke u razumevanju psiholoških faktora/posledica koje poremećaji ishrane imaju na pojedinca, porodicu i društvo u celini.

U budućim istraživanjima treba još veću pažnju posvetiti destigmatizaciji osoba s problemima u težini, jer bi to mogla da bude ključna karika u tretmanu, odnosno održavanju željene težine s posledičnim zadovoljstvom kvalitetom života.

LITERATURA

1. Turnbull S, Ward A, Treasure J, et al. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 705-12.
2. Hoek HW, Bartelds AIM, Bosveld JJF, et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1272-8.
3. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 2001; 24: 201-4.
4. Nielsen S, Bara-Carril N. Porodica, teret nege i društvene posledice. U: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, ured. *Poremećaji ishrane*, Beograd, Medicinska knjiga, 2005: 123-49.
5. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992, Beograd.
6. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition Text Revision*, American Psychiatric Association, 2000, Washington.
7. Ratnasuriy RH, Eisler I, Szmukler GI, Russel GFM. Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 495-502.
8. Minuchina S, Rosman, BL, Baker L. *Psychosomatic families*. Harvard University press, 1978, Cambridge, MA.
9. Ignjatović Ristić Dragana. *Istraživanja u porodičnoj terapiji, seminarski rad*, 2006, IMZ, Beograd.
10. Lock J, Agras, WS, Bryson S, Kraemer HA. Comparison of Short- and Long-Term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*: July 2005, 44pp: 632-9
11. Andreasen NC, Black DW. Eating disorders. *In: Introductory textbook of psychiatry*. American psychiatric publishing, Inc/III, NC Andreasen & Black DW (eds.), Washington, DC, London, England, 2001, 515-39.
12. Abraham S. Treatment and outcome of anorexia nervosa and anorexia nervosa like disorder. *In: Eating disorders-the facts*, Suzanne Abraham-6th ed. Oxford University Press, 2008, 125-49.
13. Vidić, Lj. *Poremećaji ishrane*, IP "Žarko Albulj", 2003, Beograd.
14. Johnson CA. Self esteem comes in all sizes: How to be happy and healthy at your natural weight. Gurze books, 2001, Carlsbad, CA.
15. Johnson CA. Obesity, weight management, and self-esteem. *In: Wadden TA, Stunkard AJ. Handbook of obesity treatment*, The Guilford press 2002; 480-92.