

ANOREKSIIJA NERVOZA

ANOREXIA NERVOSA

Inge Vlašić-Cicvarić¹, Rajna Knez²

SAŽETAK

Povećanje učestalosti poremećaja hranjenja i potreba za višegodišnjim liječenjem zavređuju pojačanu pažnju kliničara. Klasifikacija poremećaja hranjenja sadrži: anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, prejedanje te atipičnu anoreksiju nervozu i atipičnu bulimiju nervozu. Anoreksija nervozu težak je i dugotrajan poremećaj hranjenja sa znatnim potencijalom za letalni ishod. U ovom je članku dan kratak pregled dijagnostičkih kriterija, kliničke slike, epidemioloških podataka, etiologije, mogućih ishoda i timski pristup u tretmanu anoreksije nervoze.

KLJUČNE RIJEČI: poremećaji hranjenja, anoreksija nervozu, dijagnostika, ishod, liječenje

Poremećaji hranjenja obilježeni su pretjeranom usmjerenosti i zabrinutošću osobe za kontrolu oblika i težine tijela, a praćeni su neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane¹. Najpoznatiji su poremećaji u hranjenju anoreksija nervozu, bulimija nervozu, prejedanje, ali i atipična anoreksija nervozu i atipična bulimija nervozu² ili nespecifični poremećaji hranjenja³.

DEFINICIJA

Anoreksija nervozu je sindrom čija su obilježja ekstremni gubitak težine, amenoreja, poremećaj doživljaja težine i oblika vlastita tijela, te izrazit strah od debljine. I danas se smatra psihičkim poremećajem. Prema široko uvriježenoj psihijatrijskoj klasifikaciji u Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih bolesti Američkoga psihijatrijskog društva², anoreksiju nervozu, koja je svrstana u poremećaje hranjenja, može se dijagnosticirati ako su zadovoljeni kriteriji prikazani u tablici 1.

ABSTRACT

Eating disorders are relatively common and potentially life - treating conditions experienced with increasing frequency by older children and adolescents mostly female. The diagnostic classification of eating disorders includes: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, atypically anorexia and atypically bulimia nervosa. Anorexia nervosa is a very serious, long - term and potentially lethal eating disorder. This paper reviews the recent research literature on diagnostic criteria, clinical picture, epidemiological and etiological features related to anorexia nervosa. We have also discussed outcome and suggested team treatment.

KEY WORDS: eating disorders, anorexia nervosa, diagnostic criteria, outcome, treatment.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10), jedan od osnovnih dijagnostičkih kriterija jest indeks tjelesne mase manji ili jednak 17,5 kg/m².² Indeks tjelesne mase (ITM), koji se računa kao tjelesna težina po kvadratu tjelesne visine. Granična vrijednost koja dijeli mršave od pretjerano ("bolesno") mršavih je 17,5, što je i jedan od četiri kriterija za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze².

Indeks tjelesne mase može se kretati u rasponu od 10 do 50, a vrijednosti se mogu interpretirati na sljedeći način⁴:

ispod 16: ekstremno ispodprosječna

16–18: umjereno ispodprosječna

18–20: blago ispodprosječna

20–25: prosječna težina

25–27: blago iznadprosječna

27–30: iznadprosječna težina

30–40: umjereno iznadprosječna težina

iznad 40: ekstremno iznadprosječna težina

Ove se norme mogu primjenjivati za muškarce i žene iznad 16 godina, dok za djecu i adolescente treba koristiti tablice distribucija indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol⁵.

Ustanova: ¹Klinika za pedijatriju "Kantrida", KBC Rijeka, ²Libella

Adresa za dopisivanje: Inge Vlašić-Cicvarić, klinička psihologinja, KBC Rijeka. Klinika za pedijatriju "Kantrida", Istarska 43, 51 000 Rijeka
E-mail: inge.vlastic-cicvaric@ri.hinet.hr

Tablica 1. DSM-IV Kriteriji za anoreksiju nervozu (2)

Table 1 DSM-IV Criteria for Anorexia Nervosa

Kriterij Criterion	Opis description
A	Odbijanje da se održi tjelesna težina na minimalnoj težini ili iznad minimalne težine za dob i visinu (gubitak na težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85% od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85% od očekivane). <i>Refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).</i>
B	Izniman strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i u slučaju smanjene težine. <i>Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.</i>
C	Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjeran utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje, ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine. <i>Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.</i>
D	U žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstrualna ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena, menstruacija ponovno uspostavlja.) <i>In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration.)</i>
Odrediti tip Specify type	
Restriktivni tip Restricting type	Tijekom sadašnje epizode anoreksije nervoze, osoba nije uključena u ponašanje prejedanja ili pražnjenja (npr. samoizazvano povraćanje ili zloraba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje). <i>During the current episode of anorexia nervosa, the person has not regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).</i>
Prežderavajući/ purgativni tip Binge-eating/ purging type	Tijekom sadašnje epizode anoreksije nervoze, osoba je obično uključena u ponašanje prejedanja/pražnjenja (npr. samoizazvano povraćanje ili zloraba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje). <i>During the current episode of anorexia nervosa, the person has regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).</i>

KLINIČKA SLIKA

Klinička slika i simptomi razvijaju se s izrazitom pravilnošću, a započinju uvijek bezazlenom djetom, kakvu primjenjuje otprilike 45% adolescentica u Hrvatskoj⁶. Ograničava se unos hrane u želji da se izgubi "nekoliko kilograma". Početak dijete ponukan je stvarnom ili izmišljenom kritikom izgleda koja se dobiva od okoline. Stvarnost je, međutim, sasvim drukčija jer je dokazano da djevojke ili mladići obično ne započinju dijetu predebeli. Unatoč tome što bolesnice kao opravdanje za provođenje dijete navode preveliku težinu, znanstvene studije pokazuju da je samo 30% pacijentica prije nastupa anoreksije imalo prekomjernu tjelesnu težinu, 50% normalnu, a 20% čak manju od prosjeka⁶. Dijeta kroz kratko vrijeme poprima čudne oblike: repertoar hrane sužen je toliko da se jede jabuku na dan ili se samo piju sokovi. Uz dijetu, najčešće je udruženo pretjerano vježbanje, koje djevojke provode smišljeno sa željom da troše kalorije koje se preračunavaju sa svakim zaloga-jem. To vrlo brzo, za kratko vrijeme, dovodi do pada na težini. Sa smanjenjem tjelesne težine, u ponašanju se može primijetiti depresivnost i kao fiziološka posljedica gladovanja općenito. Depresivnost uvjetuje povlačenje iz društvene okoline, smanjenje zanimanja za društve-

ne kontakte, dekoncentraciju i smetnje pri učenju, i to u osoba koje su izrazito sposobne i ambiciozne. U podmaklim fazama anoreksičnog sindroma slijedi gubitak zanimanja za bilo što osim za opsesivno zbrajanje kalorija, a ako se i uzme koji zaloga-j, pojavljuje se strašan osjećaj krivnje zbog kojega pacijentice jako pate. Pritom je djevojka najčešće nekritična, ne vidi bolest, negira svoje i fizičko i psihičko stanje. Upravo su promjene fizičkog stanja organizma vrlo uočljive te je kao posljedica anoreksije nervoze prisutna široka lepeza komplikacija bolesti na različitim organskim sustavima. Neke od komplikacija prikazane su u tablici 2.

UČESTALOST

U istraživanju epidemiologije poremećaja hranjenja javljaju se posebni problemi vezani za dijagnostiku, ali i činjenicu da bolesne osobe teže prikrivanju svojega stanja i izbjegavaju liječenje⁶. Podaci o učestalosti anoreksije nervoze u SAD-u govore o 0,5 do 1% žena u kasnoj adolescenciji i odraslosti koje zadovoljavaju sve kriterije². Slični su pokazatelji i za druge razvijene zemlje s visokim ekonomskim statusom^{7,8}. Prevladava mišljenje

Tablica 2. Česte komplikacije anoreksije nervoze (12)
Table 2 Common Complications of Anorexia Nervosa

Organski sustav Organ System	Simptomi Symptoms	Znakovi Signs	Laboratorijski testovi Laboratory Test Results
cijeli organizam <i>Whole body</i>	opća slabost, malaksalost <i>Weakness, lassitude</i>	malnutricija <i>Malnutrition</i>	nizak indeks tjelesne mase, snižen postotak tjelesne masti <i>Low weight/body mass index, low body fat percentage per anthropometrics or underwater weighing</i>
središnji živčani sustav <i>Central nervous system</i>	bevoljnost, gubitak koncentracije <i>Apathy, poor concentration</i>	slabljenje kognitivnih funkcija, depresivno, razdražljivo raspoloženje <i>Cognitive impairment; depressed, irritable mood</i>	CT: proširenje ventrikularnog sustava; MRI: smanjenje sive i bijele supstancije <i>CT scan: ventricular enlargement; MRI: decreased gray and white matter</i>
kardiovaskularni sustav <i>Cardiovascular and peripheral vascular</i>	lupanje srca, slabost, vrtoglavica, zaduha, bol u prsima, hladni ekstremiteti <i>Palpitations, weakness, dizziness, shortness of breath, chest pain, coldness of extremities</i>	nepravilan, slab, spor puls; ortostatski poremećaj krvnog tlaka; periferna vazokonstrikcija s akrocijanozom <i>Irregular, weak, slow pulse; marked orthostatic blood pressure changes; peripheral vasoconstriction with acrocyanosis</i>	EKG: bradikardija, aritmije; QTc prolongacija (opasan znak) <i>ECG: bradycardia, arrhythmias; Q-Tc prolongation (dangerous sign)</i>
koštani <i>Skeletal</i>	bol u kostima pri naporu <i>Bone pain with exercise</i>	nizak rast, usporen razvoj skeleta <i>short stature/retarded skeletal growth</i>	RTG za patološke stres frakture; denzitometrija za mineralnu gustoću kosti (osteopenija ili osteoporozna) <i>X-rays or bone scan for pathological stress fractures; bone densitometry for bone mineral density assessment for osteopenia or osteoporosis</i>
muskulatura <i>Muscular</i>	slabost, bolovi u mišićima <i>Weakness, muscle aches</i>	atrofija mišića <i>Muscle wasting</i>	poremećaji mišićnih enzima u teškoj malnutriciji <i>Muscle enzyme abnormalities in severe malnutrition</i>
reproduktivni <i>Reproductive</i>	usporen psihoseksualni razvoj, gubitak libida <i>Arrested psychosexual maturation or interest; loss of libido</i>	primarna ili sekundarna amenoreja; usporen razvoj ili regresija sekundarnih spolnih oznaka; poremećaji fertiliteta <i>Loss of menses or primary amenorrhea; arrested sexual development or regression of secondary sex characteristics; fertility problems</i>	hipoestrogenemija; prepubertetske vrijednosti LH, sekrecija FSH; nedostatan razvoj folikula <i>Hypoestrogenemia; prepubertal patterns of LH, FSH secretion; lack of follicular development/dominant follicle on pelvic ultrasound</i>
endokrini i metabolički <i>Endocrine, metabolic</i>	zamor; osjetljivost na hladnoću; povraćanje <i>Fatigue; cold intolerance; diuresis; vomiting</i>	hipotermija <i>Low body temperature (hypothermia)</i>	povišen serumski kortizol; povišen rT3; dehidracija; elektrolitski dizbalans; hipofosfatemija; hipoglikemija (rijetko) <i>Elevated serum cortisol; increase in rT3 ("reverse" T3); dehydration; electrolyte abnormalities; hypophosphatemia (especially on refeeding); hypoglycemia (rare)</i>
hematološki <i>Hematologic</i>	zamor; osjetljivost na hladnoću <i>Fatigue; cold intolerance</i>	modrice, poremećaji hemostaze <i>Rare bruising/clotting abnormalities</i>	anemija; neutropenija s relativnom limfocitozom; trombocitopenija; niska sedimentacija eritrocita; rijede poremećaj koagulacije <i>Anemia; neutropenia with relative lymphocytosis; thrombocytopenia; low erythrocyte sedimentation rate; rarely clotting factor abnormalities</i>
Gastrointestinalni <i>Gastrointestinal</i>	povraćanje; bol u trbuhu; nadutost; opstipacija; konstipacija <i>Vomiting; abdominal pain; bloating; obstipation; constipation</i>	distenzija abdomena nakon obroka; neuobičajeni zvukovi <i>Abdominal distention with meals; abnormal bowel sounds</i>	usporeno pražnjenje želuca; povremeno abnormalni testovi jetrene funkcije <i>Delayed gastric emptying; occasionally abnormal liver function test results</i>
genitourinarni <i>Genitourinary</i>		edemi <i>Pitting edema</i>	povišena urea; smanjena glomerularna filtracija; nefrolitijaza; hipovolemijska nefropatija <i>Elevated BUN; low glomerular filtration rate; greater formation of renal calculi; hypovolemic nephropathy</i>
koža <i>Integument</i>	promjene na kosi <i>Change in hair</i>	lanugo-dlačice <i>Lanugo</i>	

da se u zadnjem desetljeću povećava incidencija anoreksije nervoze².

Značajno češće pojavljuje se u ženskom spolu (90%:10%).

Iako se najčešće simptomi bolesti pojavljuju u razdoblju adolescencije (13 do 18 godina), možemo se susresti i s ranijim i s kasnijim javljanjem. Osamdesetih godina u literaturi se nalaze brojni prikazi anoreksije nervoze u dječjoj dobi, te izgleda da se dobna granica javljanja pomiče u sve raniju, dječju dob (7 do 13 godina)^{9,10}.

UZROCI

Etiologija anoreksije nervoze nije potpuno razjašnjena. Najveći poznavaoци te problematike slažu se u tome da se anoreksija nervoze mora promatrati kao poremećaj koji nastaje u vrlo složenoj međugri mnogobrojnih čimbenika: bioloških, psihičkih, socijalnih i kulturnih. Možda najpoznatiji model tumačenja anoreksije nervoze kao višeznačno određene bolesti¹¹ ilustrira moguće odnose između čimbenika:

1. koji osobu predisponiraju za razvoj bolesti (individualni, obiteljski i sociokulturni čimbenici)
2. koji omogućavaju nastup bolesti (precipitirajući faktori su stresori)
3. koji podržavaju bolest (dijeta, gubitak težine, reakcija okoline, svjesna želja).

ISHOD

Potpuno izlječenje od anoreksije nervoze zapravo je rijetko. Nalazi longitudinalnih praćenja (4 do 8 godina) pokazuju da iako kod 75% bolesnica dolazi do povećanja tjelesne težine, više od 2/3 njih vodi i dalje borbu sa strahom od debljanja i poremećajem percepcije vlastitog tijela¹. Čak i među onima koje pokazuju "dobar oporavak" definiran dobivanjem težine i menstruacije, visoka je učestalost psihijatrijskih poremećaja (distimija, socijalna fobija, opsesivno-kompulzivni simptomi i problem s ovisnostima)¹².

Smatra se da je smrtnost od 0,5 do 1% po godini praćenja⁶. Tako longitudinalno praćenje tijekom 20 godina pokazuje smrtni ishod u čak 15 % slučajeva¹³.

Dakle, vidimo da ovaj poremećaj zahtijeva dužnu pažnju i zanimanje stručnjaka visinom svog morbiditeta i mortaliteta, te težnjom da postane kronična bolest sa značajnim negativnim zdravstvenim, emocionalnim i socijalnim posljedicama. U skladu s time, jasno je da je liječenje ove bolesti izrazito dugotrajan i zahtjevan proces.

LIJEČENJE

U liječenju anoreksije nervoze potrebna je suradnja dobro usklađenoga multidisciplinarnog tima koji mora uključivati psihijatra i psihologa (psihoterapeuta), pedijatra i/ili internista (gastroenterologa, endokrinologa), nutricionista, ginekologa te medicinsku sestru. Svi članovi tima trebaju biti posebno educirani o poremećajima hranjenja i o normalnome fizičkom i psihičkom razvoju adolescentne dobi.

Tretman za anoreksiju nervozu provodi se najčešće usporedno na tri područja: nutritivna terapija (prvi je korak hraniti bolesnicu/ka), individualna psihoterapija, edukacija o bolesti i obiteljsko savjetovanje.

Posebno je važno istaknuti imperativ ranog otkrivanja i rano započetog liječenja, čime se povećava mogućnost bolje prognoze. Uspješno organiziran i usklađen, interdisciplinarni pristup smanjuje nepovoljan tijek bolesti koji vodi u kronicitet, socijalni i psihički morbiditet pa i u smrt.

LITERATURA

- [1] Hsu, L: Eating Disorders. New York:Guilford,1990.
- [2] Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM IV, 4. Izdanje). Jastrebarsko:Naklada slap, 1996.
- [3] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and behavioral Disorders.Geneva: WHO, 1992.
- [4] Fairburn C. Come vincere le abbuffate. Verona :Positive press.1996;219-220.
- [5] Mardešić D. i suradnici. Pedijatrija. Školska knjiga Zagreb, 2000;1097-1104
- [6] Vidović V.:Anoreksija i Bulimija Zagreb: Biblioteka časopisa Psiha, 1998.
- [7] West R: Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, London: Office of health economics, 1994,.
- [8] Levey R. Anorexia nervosa. eMedicine:Psychiatry (serial online).2002;Available at: <http://www.emedicine.com/med/topic144.htm>
- [9] Fosson A, Knibbs J, Bryant WR, Lask B. Early onset anorexia nervosa. Arch Dis Child. 1987;621:114-118.
- [10] Gowers S, Crisp A, Joughin N, Bhat A. Premenarchal anorexia nervosa. Journal of Child Psychology and psychiatry 1991;32:515-524.
- [11] Garner D, Garfinkel P. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine 1980;10:647-656
- [12] American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 2000. http://www.psych.org/clin_res/guide.bk-4.cfm
- [13] Morgan HG, Russel GFM. Value of family background and clinical features as predictors of longterm outcome of anorexia nervosa. Psychological Medicine 1975;5:355-371.