

Anoreksija nervoza je poremećaj o kome se sve više govori. Ta činjenica nikako ne znači da se radi o novom poremećaju. Prvi zapisi o anoreksiji potiču još iz IX veka, a prvi medicinski zapis iz XVII veka. Moderni opisi ovog poremećaja dali su čuveni lekari XIX veka, kada anoreksija i dobija sadašnji naziv.

Anorexia je reč grčkog porekla i u prevodu znači gubitak apetita ili izbegavanje hrane. Međutim, korišćena u kontekstu poremećaja ishrane, ova reč nije adekvatna jer anoreksiju nervozu ne karakteriše gubitak apetita već je dominantni simptom strah od hrane i strah od debljine. Strah od hrane i debljine vodi izbegavanju velikog broja namirnica koje „goje“, ali i jednom veoma determinisanom održavanju niske telesne težine.

Anoreksija nervoza je bolest koja se javlja u periodu rane i srednje adolescencije. Najveća učestalost je između 14. do 18. godine života, a kod 75% obolelih bolest počinje između 14. i 16. godine. Prema statističkim podacima, jedna od 200 devojaka oboli od anoreksije nervoze. Procenjuje se čak i da je incidenca anoreksije nervoze u porastu od 1950. godine, kao i da je danas na trećem mestu učestalosti svih hroničnih bolesti adolescenata posle astme i gojaznosti. Stopa mortaliteta se kreće od 7 do 15% i povezana je sa somatskim komplikacijama (iznenadni prestanak rada srca) ili suicidom. Od ukupnog broja 5 do 10% obolelih su muškarci.

Etiologija

Anoreksija nervoza je multideterminisana bolest. Faktore koji uslovljavaju nastanak anoreksije možemo podeliti na biološke, psihološke i socijalne.

Poslednjih decenija mnogobrojne porodične kao i blizanačke studije su pokazale da postoji jaka nasledna komponenta u nastanku poremećaja ishrane. Utvrđeno je da postoji veća učestalost anoreksije u porodicama gde postoji član koji je bolovao od poremećaja ishrane. Istraživanja ukazuju i na to da anoreksija i bulimija mogu imati istu genetsku transmisiju kao i anksiozni poremećaji i depresija.

Psihološki faktori koji dovode do nastanka bolesti mogu biti intrapsihički i interpersonalni. Intrapsihički faktori koji doprinose nastanku bolesti su brojni. Za nastanak bolesti značajan je odnos majka - dete. Dete koje ima potencijal da oboli od anoreksije nervoze ne percipira sebe odvojeno već kao produžetak majke. Ono majčine potrebe, želje i

Anoreksija



Dr Marija Đurović,
šef Odseka za
adolescentnu
psihijatriju i
psihoterapiju
Bolnice za psihijatriju
KBC "Dr Dragiša
Mišović"

ambicije doživljava kao sopstvene i svoje telo počinje da doživljava kao jedino što može da kontroliše svesno ili nesvesno kroz restrikciju hrane. Treba navesti i sledeće intrapsihičke probleme i to: poremećaj telesnog imidža, poremećaj interoceptije i prožimajuće osećanje neefikasnosti i neadekvatnosti, strah od odrastanja i strah od svega što odrastanje donosi (seksualnost, odgovornost, starenje roditelja).

Kada govorimo o interpersonalnim faktorima, oni mogu biti porodični i socijalni. Porodični faktori podrazumevaju porodične obrasce u detinjstvu, odnose u porodici, prisustvo zlostavljanja, emotivnog, fizičkog, seksualnog, odnos prema težini, prisustvo neke psihijatrijske bolesti u porodici, i dr. Sociokulturološki faktori nameću određeni ideal ženskog tela koje je očekivano imati da bi se postigao uspeh u društvu. Da bi došlo do poremećaja ishrane neophodno je da svi ti faktori budu prisutni.

Da bi se razvila anoreksija nervoza neophodno je da osoba prvo izgubi na

deca za primer. To su osobe koje su na sve načine zadovoljavale potrebe drugih, prvenstveno svojih roditelja i koje su na taj način pokušavale da učine svoje roditelje srećnim. Odjednom postaju neposlušne, tačnije "tvrdoglave". Ali, za razliku od drugih adolescenata, njihov bunt se isključivo ispoljava kroz odbijanje da jedu i "tvrdoglavost" u odnosu na hranu. Bolest najčešće počinje izbegavanjem hrane koja "goji", posebno hrane bogate ugljenim hidratima. Neke smanjuju količinu obroka, a neke preskaču obroke - jedu samo doručak ili gladuju ceo dan odlažući trenutak kada će pojesti obrok. Neke pacijentkinje pak jedu veće količine niskokalorične hrane: celer, šargarepu, mladi sir, jabuke.. Uopšte, ponašaju se kao većina ljudi koji žele da redukuju svoju ishranu, s tom razlikom što se ovde radi o već pothranjenim osobama te je ideja o redukciji ishrane paradoksalna.

Osoba bolesna od anoreksije obično ne jede s drugima, hranu odnosi u svoju sobu i tamo jede sama, često uz određene rituale, nekad u neuobičajeno vreme, a nekada svakodnevno u tačno određeno vreme. Neke se bave iscrpljujućim fizičkim aktivnostima, npr. pešače i po nekoliko kilometara, rade iscrpljujuće fizičke vežbe, teške kućne poslove, uče i gledaju TV stojeći. Kako bolest napreduje, sve više se ispoljavaju posledice efekata gladovanja i to preokupaciju hranom, neuobičajene navike u ishrani, žvakanje žvaka, povećanu upotrebu kafe, začina, čaja. Postepeno postaju sve više preokupirane neprekidnom razmišljanju o hrani, broje kalorije, čitaju časopise sa receptima, spremaju hranu za druge a da same i ne probaju.

Postoje dva oblika anoreksije nervoze. Oni se razlikuju u načinima kako oboleli postižu i održavaju nisku telesnu težinu. Jedan broj obolelih tokom celog trajanja bolesti nisku težinu održava samo uz rigidan režim ishrane tačnije - gladovanjem. Međutim, kod drugih u jednom trenutku dolazi do popuštanja "čelične kontrole" i tada se dešava napad prejedanja. Posle prejedanja javlja se strah da se ne ugoje, uz osećanje krivice, gubitak samopoštovanja i samovrednovanja, a to vodi ponovnom izbegavanju hrane ili primeni nekih drugih



kilaži. Ukoliko se mlada osoba bori sa problemima koje adolescencija nosi, izgubi nekoliko kilograma, ulazi u rizik da dobije anoreksiju nervozu.

Precipitirajući faktori mogu biti:

1. Separacija, gubitak ili razvod roditelja, smrt jednog od roditelja ili smrt u bližjoj porodici
2. Neverstvo roditelja
3. Započinjanje emotivne veze
4. Strah od neuspeha u školi
5. Somatska bolest

Kako je već rečeno, anoreksija se javlja u periodu rane adolescencije. Mlade osobe koje se razbole su uglavnom "dobre devojke", dobra i poslušna deca,

kompensatornih mehanizama, nasilnom povraćanju ili zloupotrebi laksativa. Tako počinje "začarani krug" bulimičnog tipa anoreksije nervoze.

Stavovi i ponašanje vezani za hranu

Preokupacija hranom

Sakupljanje recepta, kuvara, menija

Neuobičajene navike u ishrani

Povećana potrošnja začina, kafe, čaja

Žvakanje žvaka

Prejedanje

Emocionalne i socijalne promene

Depresija

Anksioznost

Iritabilnost, bes

Labilnost

Psihotične epizode

Smanjeno samopouzdanje

Socijalno povlačenje

Kognitivne promene

Smanjena koncentracija

Loše rasuđivanje

Apatija

Fizičke promene

Poremećaj spavanja

Slabost

Gastrointestinalni poremećaji

Hipersenzitivnost na buku i svetlo

Edemi (posebno u predelu skočnog zgloba i abdomena)

Hipotermija

Parestezije

Smanjen seksualni interes

Suva koža

Gubitak kose

Lanugo

Medicinske komplikacije

Medicinske komplikacije su veoma česte kod pacijenata koji boluju od anoreksije i mogu biti životno ugrožavajuće. One su posledica gladovanja, nasilnog povraćanja, zloupotrebe laksativa i diuretika. Mortalitet kod AN je veoma visok. Uopšte, anoreksija nervoza ima najveći mortalitet od svih psihijatrijskih bolesti.

Srčane abnormalnosti se pojavljuju kod 87% bolesnih od anoreksije i to: bradikardija, tahikardija, hipotenzija, ventrikularne aritmije, i konačno srčani zastoj.

Samo gladovanje u velikoj meri oštećuje srčanu funkciju i u kombinaciji sa elektrolitnim disbalansom može rezultovati ozbiljnim iregularnostima srčanog ritma. Smanjeni unos tečnosti kao i učestalo povraćanje imaju za rezultat ozbiljnu disfunkcionalnost renalnog sistema. Disfunkcija bubrega se pojavljuje kod 70% anoreksičnih pacijenata i podrazumeva elektrolitne abnormalnosti, pojavu edema i dr. Hronična hipokalijemija može biti uzrok nefropatije sa povišenim nivoom serumskog kreatinina, što konačno može rezultovati hroničnom bubrežnom insuficijencijom toliko ozbiljnom da zahteva dijalizu.

Najčešći i najozbiljniji elektrolitni poremećaj kod pacijenata sa bulimičnim tipom anoreksije nervoze je hipokalijemija, koja se javlja kao posledica povraćanja ili zloupotrebe laksativa. Hipokalijemija može rezultovati srčanim aritmijama. Takođe, hipokalijemija dovodi do poremećaja intestinalnog motiliteta i miopatije skeletne muskulature.

Ozbiljne abnormalnosti endokrinog sistema su takođe komplikacija anoreksije i uključuju hipotalamo-hipofiznu osu, sa gonadotropnom, adrenalnom i tireoidnom osovnom. Amenoreja je dijagnostički kriterijum za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze. Pacijenti bolesni od anoreksije u plazmi imaju nizak nivo estradiola, luteinizirajućeg hormona i folikulostimulirajućeg hormona (FSH), tako da hipotalamo-pituitarno-gonadotropna osovina (HPG) izgleda kao kod predmenstrualnih devojčica. Kod obolelih od anoreksije nalazi se povišen nivo kortizola. Tireoidna funkcija može takođe biti abnormalna kod pacijenata sa anoreksijom, a najčešće je posledica adaptacije na izgladnjivanje. Laboratorijski nalaz pokazuje snižene vrednosti T3 i T4, i normalnu koncentraciju TSH.

Osteoporoza i osteopenija su ozbiljne komplikacije anoreksije nervoze. Patogeneza osteopenije je kompleksna. Najvažniji uzrok osteopenije je nizak nivo estrogena, ali i deficit nutritivnih faktora i povišen nivo kortizola. Od dermatoloških komplikacija javljaju se gubitak kose, suva koža, krti nokti. Skoro jedna trećina anoreksičnih pacijenata ima lanugo (fina, paperjasta dlaka) po koži lica i tela. Kod nekih pacijenata viđa se narandžasta diskoloracija šaka za koju se smatra da je posledica hiperkarotenemije.

Leukopenija, anemija, i trombocitopenija su česte kod ovih pacijenata.

Oboleli od anoreksije bulimičnog tipa imaju karakteristične povrede na dorzalnoj strani šake ili na palcu - ogrebotine,

modrice, kaluse, poznate pod nazivom Raselov znak.

Diferencijalna dijagnoza anoreksije može biti komplikovana. Na samom početku jako je važno isključiti somatsku bolest koja može dovesti do značajnijeg gubitka na težini, gastritis, ulkus, malignitet, metaboličke poremećaje i bolesti štitne žlezde. Pored somatskih, i neki psihijatrijski poremećaji takođe mogu imati sličnu kliničku sliku u smislu gubitka težine, povraćanja, i neuobičajenih navika u ishrani. Od psihijatrijskih bolesti u smislu diferencijalne dijagnoze, treba isključiti depresiju, somatizacioni poremećaj, konverzivni poremećaj, shizofreniju, opsesivno kompulzivni poremećaj, bulimiju nervozu.

Diferencijalna dijagnoza

PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI	DRUGI MEDICINSKI UZROCI
BULIMIA	MALIGNE BOLESTI
DEPRESIJA	TUMORI
SOMATIZACIONI POREMEĆAJ	BOLESTI GIT-a
SHIZOFRENIJA	HIPERTIREOIDIZAM
OKP	INFEKCIJE
BULIMIA NERVOSA	METABOLIČKI POREMEĆAJI

Lečenje anoreksije nervoze

Plan lečenja naravno zavisi od psihofizičkog stanja pacijenta, težine kliničke slike ali i porodične situacije. Ukoliko gubitak telesne težine nije veći od 25% i ukoliko se proceni da je moguća dobra saradnja sa porodicom može se započeti ambulantni tretman.

Da bi se osoba izlečila od anoreksije nervoze neophodno je da dobije na težini, drugim rečima, nema izlečenja bez postizanja minimalne telesne težine za odgovarajući uzrast i visinu. Sam proces lečenja i dobijanja na težini je dugotrajan, može trajati mesecima ili čak godinama, u zavisnosti od družine trajanja bolesti pre započinjanja lečenja. Ukoliko je lečenje ambulantno, neophodno je da se pacijent viđa u redovnim nedeljnim intervalima. Ishrana podrazumeva dijeteski režim i obično se počinje sa 1200 do 1400kcal dnevno uz postepeno povećavanje. Nekim pacijentima dovoljno je i 1400kcal da dobijaju na težini, dok drugi zahtevaju daleko veći kalorijski unos, i



do 4000kcal. Najbolji pristup je normalna ishrana, ukoliko je moguće bez korišćenja tečnih suplemenata ili sonde. Dobijanje na težini treba da bude postepeno kako bi se izbegli neželjeni efekti i kako bi pacijenti mogli polako da se navikavaju na novu težinu.

Indikacije za hospitalni tretman pacijenata bolesnih od anoreksije su:

1. Ozbiljan ili ubrzani namerni gubitak telesne težine, obično više od 25%, uz značajne medicinske, psihološke i socijalne abnormalnosti ili odsustvo poboljšanja prilikom vanbolničkog lečenja;

2. Ozbiljniji psihijatrijski komorbidity - depresiju, opsesivno-kompulzivni poremećaj, granični poremećaj ličnosti s izraženom impulsivnošću, zavisnost od psihoaktivnih supstanci, suicidalnost;

3. Ozbiljnije medicinske komplikacije uključujući hipokalijemiju, aritmije, dijabetes melitus, i dr.,

4. Problematična porodična situacija ili psihosocijalno okruženje.

Farmakoterapija u lečenju anoreksije je ograničene efikasnosti. To se posebno odnosi na veoma pothranjene pacijente, kod kojih rizici primene lekova prevladavaju nad benefitom. Ukoliko je moguće psihotropne lekove treba izbegavati kod ekstremno izglednelih pacijenata jer oni mogu potencirati epileptogeni potencijal ili dovesti do srčanih aritmija. Važno je imati na umu da cilj farmakoterapije nije da kod ovih pacijenata poveća apetit, već da redukuje depresivnu simptomatologiju i smanji anksioznost.

Anksioznost je veoma pristuna kod bolesnih od anoreksije, posebno u vreme obroka. Za one pacijente koji su veoma anksiozni savetuju se male doze benzodijazepina pola sata pre obroka.

Uloga antidepresiva je limitirana. Sa antidepresivima treba pričekati dok se ne postigne kilaža u proseku 42-43kg i tek onda treba proceniti depresivnost pacijenta. Mnoge kliničke karakteristike

depresije koje se ispoljavaju kod anoreksije neretko su direktan rezultat gladovanja. One se povlače sa postepenim dobijanjem na težini. U novije vreme od antidepresiva se za lečenje depresije kod pacijenata koji boluju od anoreksije koriste inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI-escitalopram, fluoksetin hidrohlorid, paroksetin). S obzirom na to da su neželjeni efekti zanemarljivi, kao i činjenica da su neke studije pokazale da imaju dobru ulogu u sprečavanju relapsa, SSRI se preporučuju više nego drugi antidepresivi. Od drugih antidepresiva, mirtazapin, antidepresiv dvostrukog mehanizma dejstva koji poboljšava noradrenergičku i serotonergičku neurotransmisiju, pokazao se u kliničkom radu kao dobar izbor za ove pacijente, jer obezbeđuje sedaciju i ima dobar antidepresivni odgovor uz blaga neželjena dejstva (pospanost i dobijanje na težini, koja su u ovom slučaju i poželjna).

Psihoterapija osoba bolesnih od anoreksije treba da bude interaktivna i podrazumeva širok spektar psihijatrijskih metoda, kognitivno bihevioralnu, suportativnu, psihoanalitički orijentisanu psihoterapiju. Psihoterapija podrazumeva više godina intenzivnog rada (u proseku dve do šest godina) i od terapeuta zahteva dosta fleksibilnosti i mogućnosti da prihvati i primeni modifikovane terapeutske strategije. Kao i kod svake psihoterapije na samom početku jako je važno uspostavljanje dobrog terapijskog saveza. Tretman anoreksičnih pacijenata i podrazumeva velike teškoće u uspostavljanju iskrene komunikacije jer će u početku terapije ovi pacijenti na sve načine pokušavati da sabotiraju tretman. Zadatak, ali i „rizik“ u koji ulazi terapeut u radu s ovim pacijentima je kompleksan. Terapeut mora da integriše psihološki pristup u kombinaciji sa medicinskom i nutritivnom rehabilitacijom, da kombinuje i individualnu terapiju s rešavanjem porodičnih problema i da sve vreme budno prati kvalitet odnosa pacijent-terapeut.

U Srbiji se tretman ovih pacijenata sprovodi na Odseku za adolescentsku psihijatriju i psihoterapiju Bolnice za psihijatriju KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“. Lečenje u našoj ustanovi može biti ambulantno i hospitalno, a odnosi se na adolescente i postadolescente uzrasta od 15 do 24 godine. S obzirom na to da je bolnica za psihijatriju u okviru kliničko bolničkog centra, u lečenje se po potrebi uključuju lekari drugih specijalnosti - internista, endokrinolog, ginekolog, hematolog i dr.

Okolo 20% parova ne može da ostvari željenu trudnoću tokom jedne godine uz redovne seksualne odnose bez kontracepcije. Tada govorimo o infertilitetu ili bračnoj neplodnosti. Jedna trećina uzroka infertiliteta otpada na različita stanja i bolesti kod muškarca, kod jedne trećine bračnih infertiliteta uzroci su različita stanja ili bolesti kod žena, dok kod jedne trećine infertilnih parova oba partnera imaju neko od stanja ili bolesti koje uzrokuju neplodnost.

S obzirom na sve kasnije ostvarivanje bračne zajednice i pokušaja da se dođe do potomstva, kao i na dugotrajnost lečenja, pojedini lekari savetuju da par koji šest meseci ima redovne odnose bez kontracepcije i koji planira trudnoću, a do nje ne dođe u ovom vremenskom periodu, treba da potraži pomoć lekara.

U lečenje i dijagnostiku se uključuju oba partnera, mada je za početak najjednostavnije i najbrže proveriti kvalitet sperme muškarca analizom koja se zove spermogram, a nakon razgovora i pregleda kod urologa.

Nakon dolaska kod urologa zbog lečenja infertiliteta, obavlja se detaljan razgovor o dužini trajanja problema, redovnosti seksualnih odnosa, seksualnim navikama i eventualnim problemima s potencijom ili dužinom seksualnog odnosa, o ranijim bolestima, povredama i operacijama, kao i upotrebi lekova u lečenju drugih bolesti.



Posle ovakvog razgovora sledi urološki pregled koji podrazumeva spoljašnji pregled celog tela muškarca i pregled genitalnih organa. Ovakvim pregledom je ponekad moguće posumnjati na nedostatak testosterona ili čak neku od formi genetskih oboljenja (Klinefelterov sindrom i sl.), otkriti probleme sa nespuštenim testisima, manjim dimenzijama testisa, posledicama ranijih zapaljenja izvodnih semenih kanala (*epididymitis, lat.*) ili anomalijama penisa i mokraćne cevi i usmeriti dalju dijagnostiku i lečenje u odgovarajućem pravcu.

Posle pregleda se obično preporučuje analiza kvaliteta sperme, tj. spermogram. Za ovu analizu je potrebno uzdržavanje od bilo kakvih vrsta polnih odnosa 4 - 5 dana pre davanja sperme na ana-