
PRVI DIO

Poremećaji hranjenja: dijagnoza i klasifikacija

Velik je broj ljudi danas upoznat s postojanjem poremećaja hranjenja kao problema koji je karakterističan za industrijalizirane zemlje Zapada. Anoreksija i bulimija, dijeta i kure mršavljenja postale su dio žargona, no, nažalost, uvrštavanjem u svakodnevni govor izmiješano je značenje mnogih riječi. U člancima i popularnim časopisima izrazi kao “problem hranjenja” i “poremećaj hranjenja” koriste se naizmjenično, ne vodeći računa o različitosti njihova značenja. Istina je da *problem hranjenja* ne znači “poremećaj hranjenja”, te da *anorektičanne* odgovara pojmu “ekstremno mršav”. No, pogledajmo što je to “problem hranjenja” i kada on postaje “poremećaj hranjenja”.

Znatan je broj ljudi koji se prejeda, ali usprkos tome nemaju ni problem ni poremećaj hranjenja. Takvo prejedanje nije učestalo, već povremeno, ne sastoji se u konzumiranju golemih količina hrane i ne narušava kvalitetu života. Međutim, ima određen broj osoba kod kojih epizode prejedanja interferiraju, u većoj ili manjoj mjeri, s kvalitetom života, mogu biti učestale, bolne i narušavaju fizičko zdravlje. U tom slučaju možemo reći da osoba ima problema s prehranom.

Za razliku od problema, poremećaji su hranjenja obilježeni teškim smetnjama u prehranbenim navikama i ponašanju. U proteklih su 25 godina anoreksija nervoza (AN) i bulimija nervoza (BN), dva službeno priznata poremećaja hranjenja, privlačila najveću pažnju istraživačke i javnosti uopće. Ove bolesti pogađaju 3% žena tijekom njihova života, a bulimija nervoza, koja je češći poremećaj, postaje sve učestalija (Walsh i Devlin, 1998). Usprkos brojnim istraživanjima uzroci anoreksije i bulimije nervoze još uvijek ostaju u određenoj mjeri nepoznati. Kulturni i faktori okoline zasigurno imaju važnu ulogu s obzirom na to da su poremećaji učestaliji u industrijaliziranim negoli u zemljama u razvoju. Moguća etiološka uloga bioloških faktora zahtjevna je za istraživanje jer se radi o poremećajima koji su ipak relativno rijetki.

Napominjemo da se gojaznost aktualno ne ubraja u poremećaje hranjenja, već je uključena u Međunarodnu klasifikaciju bolesti kao poremećaj općeg zdravstvenog stanja, jer nedostaju evidentni dokazi da je povezana s psihološkim sindromom i sindromom ponašanja (DSM-IV, 1996).

Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza spada u vrlo teške i nerijetko smrtno psihijatrijske poremećaje. Iako se ponekad pripisuje učestaloj praksi držanja dijete među ženama u posljednjih dvadesetak godina, prvi opisani slučaj anoreksije star je 300 godina, a već 1874. godine taj je sindrom dobro opisan (Vandereycken i Van Deth, 1994). Bitna su obilježja tog poremećaja ostala nepromijenjena u odnosu na te prve opise:

- ✓ tjelesna se težina voljno održava ispod normalne razine
- ✓ intenzivan strah od dobitka na težini ili strah osobe da će postati gojazna
- ✓ amenoreja kod žena (izostanak menstruacije).

Anoreksija nervoza je poremećaj kod kojeg adolescenti ili mladi odrasli, obično ženskog spola, nemilosrdno i uspješno teže mršavosti koja rezultira ozbiljnim gubitkom na težini. Anoreksiju nervozu obilježavaju smetnje u ponašanju, psihološke i fiziološke smetnje, uključujući povećanu tjelesnu aktivnost, depresiju, opsesivnu zabrinutost zbog hrane, smanjenje krvnog pritiska, pad metabolizma i hormonalne disfunkcije (Sharp i Freeman, 1993; prema Walsh i Devlin, 1998).

Pacijenti s anoreksijom nervozom često pokazuju simptome drugih psihijatrijskih poremećaja. Depresivni su, opsjednuti razmišljanjem o težini i hrani, te prakticiraju kompulzivne rituale poput onih u opsesivno-kompulzivnim poremećajima (Walsh i Devlin, 1998; Attia, Haiman, Walsh i Flater, 1998).

Među pojedincima koji razviju anoreksiju nervozu tijekom adolescencije i mlade odrasle dobi, znatan je broj onih koji se potpuno oporave. No, za oko 50% tih pacijenata, dugoročno gledano, prognoza nije povoljna. Učestalost depresije je visoka, a socijalno i radno funkcioniranje često je oštećeno. Mnogi ostaju bezrazložno zabrinuti stanovitim dobitkom težine, premda nikada ne postignu normalnu tjelesnu težinu. Mortalitet uzrokovan komplikacijama zbog izglednjenja ili suicidom, kreće se oko 5% (Sullivan, 1995).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze prikazani su u Tablici 1.

Moguće je razlikovati dva osnovna oblika ovog poremećaja, i to restriktivni i prežderavajuće-purgativni. Kod *restriktivnog tipa* anoreksije nervoze gubitak na težini uzrokovao je smanjenim unosom hrane u organizam, no osoba nije uključena u ponašanje prejedanja ili pražnjenja.

Za razliku od prethodnog, kod *prežderavajuće-purgativnog tipa* anoreksije nervoze osoba je obično uključena u

Tablica 1 DSM-IV dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu

-
- A. Odbijanje da se održi tjelesna težina na 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 koji dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85% od očekivane).
 - B. Izuzetan strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i u slučaju smanjene težine.
 - C. Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje, ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.
 - D. Kod žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. izostanak najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena, menstruacija ponovno uspostavlja.)
-

ponašanje prejedanja/praznjenja, kao što je, primjerice, samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika, te sredstava za klistiranje.

Bulimija nervoza

Vrlo je vjerojatno da su se ljudi upuštali u prigodne epizode prejedanja uvijek kada su količine hrane to omogućavale, a običaj povraćanja nakon prejedanja star je nekoliko tisuća godina (Nasser, 1993; prema Walsh i Devlin, 1998). No službeno prepoznavanje poremećaja hranjenja koji je obilježen pretjeranim uzimanjem hrane (prejedanjem) i neadekvatnim ponašanjem kojim se izbjegava dobitak na težini (kao samoizazvano povraćanje) ne javlja se sve do 1980. kada APA (Američka psihijatrijska udruga) daje sljedeće kriterije za dijagnozu bulimije nervoze:

- ✓ nekontrolirane epizode prejedanja u posljednja dva tjedna
- ✓ neadekvatna kompenzatorna ponašanja (npr. povraćanje)
- ✓ samopoštovanje usko povezano s tjelesnim oblikom i težinom.

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze prikazani su u Tablici 2.

Postoje dva osnovna tipa bulimije, i to purgativni i nepurgativni tip. Kod *purgativnog tipa* bulimije nervoze osoba uobičajeno pribjegava samoizazvanim povraćanjima ili zlorabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje.

Nepurgativni tip poremećaja obilježen je nekim drugim neodgovarajućim ponašanjem, kao što je post ili pretjerano

Tablica 2 DSM-IV dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu

-
- A. Ponavljane epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s oba sljedeća elementa:
 1. jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) a količina pojedene hrane značajno je veća od one koju bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u sličnim okolnostima.
 2. osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede).
 - B. Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom prevencije povećanja težine, kao što su: samoizazvano povraćanje, zloraba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova; post ili prekomjerno tjelesno vježbanje.
 - C. Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju se, prosječno, najmanje dvaput tjedno tijekom tri mjeseca.
 - D. Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela.
 - E. Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda *anoreksije nervoze*
-

tjelesno vježbanje, ali osoba ne pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zlorabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje.

Sličnosti između anoreksije i bulimije nervoze uglavnom su jasne. Oba se poremećaja javljaju pretežno među mlađim ženama, oba su obilježena pretjeranom zabrinutošću tjelesnim oblikom i težinom, a trećina pacijenata koji se podvrgavaju tretmanu bulimije nervoze imaju u svojoj povijesti bolesti anoreksiju. No, suprotno pojedincima s anoreksijom nervozom, čija je težina prema definiciji značajno ispodprosječna, mnogi pojedinci s bulimijom imaju normalnu tjelesnu težinu.

Poremećaj hranjenja, neodređen

Prema Herzogu i Copelandu (1985), dijagnoza se neodređenog poremećaja hranjenja postavlja vrlo često, a odnosi se na sve one slučajeve u kojima pacijenti ne zadovoljavaju sve kriterije za dijagnozu anoreksije i bulimije nervoze. Ova dijagnoza uključuje i poremećaj nekontroliranog jedenja ili *binge eating disorder* (BED), koji se sve češće spominje kao zaseban poremećaj i koji će uskoro to i postati u dijagnostičkim priručnicima. Prevalencija poremećaja nekontroliranog jedenja kreće se od 0,7 do 4% u nekliničkoj populaciji (DSM-IV, 1996), dok među osobama uključenim u tretman gojaznosti može dostići razinu od 30% (Marcus, 1993). Izgleda da postoji uska povezanost između gojaznosti i poremećaja prekomjernog jedenja s obzirom na to da u općoj populaciji 8% prekomjerno teških žena zadovoljava kriterije za ovu dijagnozu (Faccio, 1999).

Prema DSM-IV kriterijima, ova se kategorija odnosi na sljedeće slučajeve:

1. Kod žena, zadovoljeni su svi kriteriji za *anoreksiju nervozu*, osim što osoba ima redovite menstruacije.
2. Ispunjeni su svi kriteriji za *anoreksiju nervozu* osim što, usprkos gubitku na težini, osoba ima normalnu težinu.
3. Ispunjeni su svi kriteriji za *bulimiju nervozu*, osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane (npr. samooizazvano povraćanje poslije konzumacije dva kolača).
5. Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje, velikih količina hrane.
6. Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za *bulimiju nervozu*.

U literaturi možemo pronaći i istraživanja koja govore o parcijalnim poremećajima hranjenja, a odnose se na one slučajeve u kojima ispitanici zadovoljavaju dva kriterija za anoreksiju nervozu ili bulimiju nervozu u skladu s DSM-IV (Patton i sur., 1999).

I dok dijagnostički kriteriji vrlo jasno definiraju poremećaje hranjenja, u kliničkoj praksi pojavni oblici ovih poremećaja nisu tako zorni. U mnogim slučajevima ponašanja anorektičnog i bulimičnog tipa prelaze jedni u druge i međusobno se izmjenjuju, što dovodi do ideje o kontinuumu a ne kategorijama poremećaja. Zbog toga ćemo u ovoj knjizi, nakon uvodnog opisivanja osnovnih obilježja pojedinog poremećaja, sustavno koristiti pojam “poremećaj hranjenja” koji se odnosi na sve pojavne oblike poremećaja u ovom području.

