

Strokovni članek / Original article

**ZNAČILNOSTI MOTENJ HRANJENJA PRI OTROCIH IN
MLADOSTNIKIH TER NJIHOVA OBRAVNAVA NA ODDELKU
SLUŽBE ZA OTROŠKO PSIHIATRIJO PEDIATRIČNE KLINIKE,
UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA**

**CHARACTERISTICS OF EATING DISORDERS IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS, AND TREATMENT OF PATIENTS IN THE
DEPARTMENT OF CHILD PSYCHIATRY AT THE UNIVERSITY
CHILDREN'S HOSPITAL LJUBLJANA**

N. Oblak, S. Kovač

*Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

Motnje hranjenja so v današnjem svetu vse pogostejša bolezen, ki se pojavlja pri vse mlajši populaciji in prizadene ne samo deklice, temveč tudi dečke. So kompleksna bolezen, za katero je značilno, da bolnik težave s hranjenjem odločno zanika. Najpogostejši obliki motenj hranjenja sta anoreksija nervoza in bulimija nervoza. Ko so vse druge oblike pomoči izčrpane, bolnikovo stanje pa nespremenjeno, zdravljenje izvajamo na terciarni ravni na oddelku Službe za otroško psihiatrijo. Delo poteka s sodelovanjem multidisciplinarnega tima in v več fazah.

Ključne besede: otrok in mladostnik, motnje hranjenja, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, faze zdravljenja.

ABSTRACT

In the modern world, eating disorders are becoming a more and more common disease, which occurs typically in younger and younger populations and affects not only girls but also boys. It is a complex disease with a multi-determined aetiology, where a person with an eating disorder firmly denies having any problem with eating. The most common forms of eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Treatment in the Department of Child Psychiatry is organized using a multidisciplinary team approach. The patient is admitted to hospital only when all other forms of help have failed, and the patient's state of health remains unchanged. Treatment is designed in several stages with the cooperation of a multidisciplinary team.

Key words: child and adolescent, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, stages of treatment.

UVOD

Motnje hranjenja so kompleksna bolezen, ki bolnikovo življenje obremenjuje z neprestanim razmišljanjem o hrani in s štetjem kalorij. Bolnika motnje hranjenja dobesedno »zasušnijo«, kar se odraža na vseh področjih njegovega delovanja (1).

Od druge polovice prejšnjega stoletja motnje hranjenja uvrščamo med duševne motnje. Med duševne motnje jih uvrščamo zato, ker so vzroki nastanka različne čustvene stiske, čeprav se navzven kažejo s telesnimi znaki (2).

Govorijo o zavednih in nezavednih sporočilih, ki jih dobivamo v zvezi s samimi seboj in našimi telesi, o preživetem otroštvu in prehranjevalnih navadah, o družbi, ki kroji dobičke z izkoriščanjem odvisnosti posameznic in posameznikov, o kultu »lepih« teles, ki naj bi zabrisala negativno in negotovo identiteto, o samonadzorovanju in samokaznovanju. Govorijo torej o čustvih in le malo o sami hrani. Lahko rečemo, da je za osebe z motnjami hranjenja značilna izguba stika s samim seboj (3).

Motnje hranjenja danes prištevamo med motnje s kompleksno etiologijo. Za nastanek so odgovorni tako dedni dejavniki kot tudi dejavniki posameznikovega okolja, ki skupaj v širšem socialno kulturnem okolju privedejo do razvoja motnje hranjenja (4).

Motnje hranjenja z osnovnima kliničnima oblikama anoreksijo nervozo (AN) in bulimijo nervozo (BN) prizadenejo 2–4 % mlajše ženske populacije. Povezane so z visoko sooblevnostjo in življenje ogrožajočimi telesnimi zapleti. Čeprav se motnje hranjenja tipično začnejo v adolescenci in so tretja najpogostejša kronična bolezen v tem obdobju, v zadnjih desetletjih vznemirjajo opažanja, da se pojavljajo vse bolj zgodaj (4).

Trenutno veljavni klasifikaciji bolezni opredeljujeta dve osnovni obliki motenj hranjenja: anoreksijo nervozo, ki se pojavlja pri 0,5 % mladostnic, ter bulimijo

nervozo, ki prizadene 1–2 % mlajše populacije. Največja skupina motenj hranjenja so t. i. podprazne ali neopredeljene motnje hranjenja (EDNOS), ki prizadenejo 4–8 % mlajše populacije, zanje pa je značilno, da težave s hranjenjem ne izpolnjujejo strogih meril za anoreksijo nervozo ali bulimijo nervozo, pogosto pa povzročajo enake telesne in psihološke posledice, hudo psihosocialno prizadetost ter so prav tako kot anoreksija nervosa in bulimija nervosa povezane tudi z višjo smrtnostjo. Približno 5–10 % posameznikov z motnjami hranjenja je moških (4). Poleg naštetih oblik motenj hranjenja med motnje hranjenja uvrščamo tudi kompulzivno prenaždanje ter novejši obliki – ortoreksijo nervozo (hranjenje z izključno zdravo, biološko in neoporečno hrano) in bigoreksijo nervozo (obsedenost z mišičastim telesom) (5).

ANOREKSIJA NERVOZA

Anoreksija nervosa je motnja, ki nastaja postopno. Prvi znaki se največkrat pojavijo na prehodu iz otroštva v adolescenco (med 8. in 12. letom starosti). Povprečno traja nekaj let, preden bolnik poišče pomoč (2). Bolnik z anoreksijo nervozo izgublja telesno težo z izogibanjem »redilni hrani« in včasih še dodatno s prekomerno telesno vadbo ali s samooizžvanjem praznjenjem (bruhanje, zloraba odvajal). Izguba telesne teže je zanj pozitiven dosežek in močno krepí navadno nizko samozaupanje. Zaradi pomanjkljive prehrane se pojavijo endokrine motnje, ki vključujejo os hipotalamus-hipofiza-gonade, kar se pri ženskah z amenorejo, pri moških pa s pomanjkanjem spolne sle ali potence. Pri otrocih pred puberteto puberteta nastopi pozno, rast in fizični razvoj pa sta običajno ovirana (6).

Pri bolnikih lahko ugotavljamo tudi depresijo (do 63 % primerov) ali obsesivno-kompulzivno motnjo (35 % primerov) (6).

Glede na način vzdrževanja nizke telesne teže razlikujemo dva podtipa anoreksije nervoze. Diagnoistično merilo anoreksije nervoze je vrednost inde-

ksa telesne mase (ITM) manj kot 17,5 % ali telesna teža, ki je za vsaj 25 % manjša od pričakovane za določeno starost in višino (2).

Podtipa anoreksije nervoze:

1. purgativni tip anoreksije nervoze, pri katerem osebe vzdržujejo nizko telesno težo z bruhanjem (ob prenajedanju) ter jemanjem odvajal in/ali diuretikov (75 % vseh oseb z anoreksijo nervozo) (2);
2. restriktivni tip anoreksije nervoze, pri katerem osebe vzdržujejo nizko telesno težo z odklanjanjem vseh vrst hrane (s stradanjem) ali le določene vrste hrane (npr. ogljikovih hidratov in visokokalorične hrane), pogosto pa tudi s pretiravajo s telesno dejavnostjo (25 % vseh oseb z anoreksijo nervozo) (2).

Dolgoročne posledice anoreksije nervoze so:

1. neplodnost pri ženskah;
2. osteoporoza;
3. težave s srcem in z ledvicami;
4. izjemna utrujenost in izčrpanost;
5. motnje pozornosti in zbranosti;
6. depresija, misli na smrt;
7. v hudih primerih smrt zaradi odpovedi organskih sistemov (srčni zastoj, zastoj dihanja) (2).

BULIMIJA NERVOZA

Osebe z bulimijo nervozo uživajo visoko kalorično hrano, sestavljeno predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob (5). Epizodam prenajedanja sledi kompenzatorno vedenje (bruhanja, praznjenja, postenja ali kombinacije), s katerim želijo preprečiti pridobivanje telesne teže. Prenajedanje spremlja subjektiven občutek izgube nadzora nad hranjenjem. Podobno kot pri anoreksiji nervozi gre za preobremenjevanje s telesnim videzom in težo (6).

Bulimija nervoza se včasih razvije po anoreksiji nervozi. Sicer je razvoj motnje pogosto podoben

anoreksiji nervozi, ki izvira iz poskusov omejevanja hranjenja (6).

Na začetku bolnik epizode bulimije navadno skriva, čeprav nekateri za seboj puščajo očitne znake (npr. prazno embalažo hrane ali občasno celo vrečke z izbruhano hrano), da jih odkrijejo drugi družinski člani. Epizode bulimije nervoze so pogosto načrtovane – bolnik namenoma nakupi in si pripravi hrano, ki naj bi jo v miru pojedel. Pogosto se izogiba situacijam, v katerih je izpostavljen hrani, saj se boji da se ne bo mogel obvladati. Takšno vedenje dodatno prispeva k že obstoječim socialnim težavam ali težavam pri odnosih z drugimi (6).

Pri manj izraziti klinični sliki zdravljenje v bolnišnici ni potrebno in lahko poteka ambulantno. Bolnika vključimo v individualno ali skupinsko psihoterapevtsko obravnavo. Če je bolnik v kritičnem stanju in je ogroženo njegovo zdravje (huda dehidriranost, elektrolitske motnje, naglo zmanjševanje telesne teže, neobvladljivo bruhanje, huda depresija, samomorilne težnje), zdravljenje pričnemo s somatsko obravnavo ter psihiatričnim spremljanjem. Indikacija za sprejem v bolnišnico je torej duševna ali telesna ogroženost ter odločno odklanjanje hrane pri zelo mladih bolnikih, pri katerih se utrjujejo napačni vzorci prehranjevanja (5).

OBRAVNAVA NA ODDELKU SLUŽBE ZA OTROŠKO PSIHIATRIJO

Zdravljenje motenj hranjenja je zahtevno. Napoved izida bolezni je ugodnejša le v obdobju adolescence, kasneje pa se pri več kot tretjini razvije kronična oblika bolezni. Zdravljenje adolescentov najbolj uspešno poteka v specializiranih programih zdravljenja, ki temeljijo na multidisciplinarnem pristopu, vzpostavitvi normalne telesne teže ter izvajanju družinske terapije. Zaradi večje uspešnosti zdravljenja v tem obdobju lahko zgodnje prepoznavanje in pravočasna napotitev otrok in mladostnikov z motnjo hranjenja v specializirane programe omogočita ugoden dolgoročni izid bolezni (4).

Bolnišnično zdravljenje poteka s pomočjo multidisciplinarnega tima in v več fazah, pri zdravljenju pa imata pomembno vlogo tako bolnik kot tudi njegova družina (7). Pediater z zdravstvenimi sodelavci ter pedopsihiater s sodelavci za vsakega otroka posebej pripravijo program zdravljenja, ga uresničujejo in spremljajo tudi po izboljšanju. O poteku zdravljenja sproti seznanjajo tudi medicinske sestre, psihologa, socialnega delavca, pedagoga in specialne pedagoge (3).

Zdravljenje poteka v treh fazah.

1. Prva faza zdravljenja

Prva faza zdravljenja obsega:

- jemanje anamneze;
- diferencialnodiagnostične preiskave (klinični pregled, laboratorijski pregled in nevrofiziološke preiskave, ultrazvočna preiskava trebuha);
- psihiatrično eksploracijo;
- postavitev diagnoze;
- terapevtski pogovor z motiviranjem za zdravljenje (7).

Z bolnišničnim zdravljenjem zagotavljamo zdravstveno oskrbo, preprečujemo zdravstvene zaplete in poskušamo ponovno vzpostaviti ustrezen režim prehranjevanja. V tej fazi moramo bolnika nadzorovati pri obrokih, počitku, gibanju in odvajanju. Dokler ne dosežemo osnovnega bolnikovega sodelovanja, psihoterapijo omejimo na kratke podpirne in motivacijske pogovore ter seznanjanje bolnika s posledicami bolezni. Vsak bolnik izpolni motivacijski vprašalnik, iz katerega je razvidno, na katerih vedenjskih področjih potrebuje pomoč (7).

Motnje hranjenja vse bolj obravnavamo kot družinsko motnjo, saj gre za posledico izrazito zapletene dinamike odnosov v družini. Morda družina navzven deluje usklajeno, a v središču se pogosto krešejo nefunkcionalne interakcije (5). Ker je družinska sistemska psihoterapija poleg kognitivno-vedenjske terapije dokazano najbolj uspešna metoda zdravljenja motenj hranjenja pri mladih, jo na oddelku Službe za otroško psihiatrijo uporabljamo tako v fazi motiviranja za zdravljenje kot tudi kasneje pri vzdrževanju spremenjenih družinskih odnosov (7).

2. Druga faza zdravljenja

Druga faza zdravljenja obsega:

- oblikovanje individualnega programa za restitucijo telesne teže;
- sklenitev dogovora;
- sestavo jedilnika, določitev energijske vrednosti jedilnika, dogovor z dietetikom;
- vodenje dnevnika, tehtanje, risanje krivulje telesne teže;
- spremljanje hitrosti pridobivanja telesne teže;
- tedenske timske sestanke z bolnico/bolnikom, starši, psihiatrom, pediatrom, psihologom in z dietetikom,
- poučitev staršev o primernem prehranjevanju (7).

Program vzpostavitve normalne telesne teže poteka po načelih vedenjsko-kognitivne terapije z začetnim posvetom in s sklenitvijo dogovora. Pri zdravljenju sodeluje multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo pediater – endokrinolog, dietetik, psiholog, psihiater, gastroenterolog in tim zdravstvene nege. Tim skupaj z bolnikom in starši opredeli cilje zdravljenja, določi ciljno telesno težo in hitrost vzpostavljanja ciljne telesne teže (7).

Telesno težo spremljamo vsak dan. (Ne)napredovanje pospremimo z nagrajevanjem oz. omejitvami v skladu z začetnim dogovorom. Ob popolnem odklanjanju hrane in nesodelovanju bolniku jasno povemo, da bomo kljub nasprotovanju prevzeli odgovornost za njegovo zdravje in življenje. Pri tem so pomembni sproti dogovori med vsemi člani razširjenega tima, ki je sestavljen iz izkušenih zdravstvenih delavcev z dobrim poznavanjem narave bolezni. Bolniku se približamo z empatijo, vendar odločno. S sporočili, ki jih posredujemo, izrazimo razumevanje stiske (8).

Sestavni del zdravljenja je opravljanje domačih nalog. Primer je pisanje dnevnika, ki pa se ne osredotoča na hrano, temveč na počutje pred obroki, med obroki in po njih ali na počutje ob drugih situacijah, ki posamezniku povzročajo stisko (7).

3. Tretja faza zdravljenja

Tretja faza zdravljenja nastopi, ko zdravje ni več ogroženo in ko smo vzpostavili ustrezno prehranjevanje in sodelovanje. Posameznika vključimo v individualno terapevtsko obravnavo, ki poteka enkrat do dvakrat na teden. Oblikujemo jo za vsakega posameznika posebej. Dvakrat na teden se udeležuje tudi skupinske psihoterapije. Z individualno psihološko obravnavo skušamo s pomočjo kognitivno-vedenjskega pristopa preoblikovati problematične misli oz. kognitivne distorzije (7).

Po zaključeni tretji fazi zdravljenja nadaljujemo v smeri vzdrževanja spremembe vedenja. To stopnjo dosežejo tisti posamezniki, ki so zmožni večje samostojnosti in odgovornosti pri vodenju svoje bolezni. V tej fazi zdravljenje premišljeno prenesemo na ambulantno raven, ki zajema individualno, skupinsko in družinsko terapevtsko obravnavo. V tej fazi je ključnega pomena, da vzdržujemo novo vedenje, obvladujemo negativne misli in preprečujemo ponovitev bolezni (7).

ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja prizadenejo človeka v celoti: telesno ga oslabijo, duševno pa ohromijo. Bolniki z motnjo hranjenja z zavračanjem hrane ali s spremenenim odnosom do hrane izražajo notranje stiske, jezo, strah, žalost in praznino, hkrati pa jim prinaša občutek moči in vtis, da na nek način obvladujejo svoje življenje. Ključ uspešnega izida bolezni sta dosledna obravnava in dobro poznavanje narave motenj hranjenja. Otroku skušamo prisluhniti, s čimer lahko uspešno lajšamo njegove stiske. Vse to je med zdravljenjem v bolnišnici naloga multidisciplinarnega tima. Ker težave največkrat izhajajo iz otrokove družine, v katero se otrok po uspešnem zdravljenju otrok tudi vrne, moramo v obravnavo vključiti tudi svojce. Le tako preprečimo ponovitev bolezni in izboljšamo kakovost otrokovega življenja.

LITERATURA

1. Varcarolis EM. Manual of psychiatric nursing care plans: diagnoses, clinical tools and psychopharmacology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 348-85.
2. Sernec K, Kališnik Šavli M. Diagnostična merila motenj hranjenja. V: Štern B (ur.). Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti. Zbornik projekta. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2007: 57-61.
3. Breclj Kobe M. Motnje hranjenja v otroštvu in pomen zgodnjega odkrivanja. V: Battelino T (ur.). Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, 2000: 105-11.
4. Anderluh M, Breclj Kobe M. Zgodnje odkrivanje in obravnava motenj hranjenja. V: Kržišnik C, Battelino T (ur.). Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 2011: 247-54.
5. Dragan G. T. duševno zdravje ter motnje hranjenja (Postaviti zdrave osebne meje). Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvene fakulteta, 2012: 14-26.
6. Anon. Motnje hranjenja. Intervencije zdravljenja in obravnave anoreksije nervoze, bulimije nervoze in sorodnih motenj hranjenja. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara, 2008: 15-63.
7. Breclj Kobe M, Đurašin V, Kranjc M, Anderluh M. Obravnava otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja na pediatrični kliniki v Ljubljani. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara, 2008: 255-68.
8. Breclj Kobe M, Bratanič N. Model zdravljenja motenj hranjenja na pediatrični kliniki v Ljubljani. V: Battelino T (ur.). Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, 2000: 135-42.

Kontaktna oseba/Contact person:

Sonja Kovač, v. m. s., univ. dipl. org.
Služba za otroško psihiatrijo
Pediatrična klinika
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Ljubljana
Slovenija

Email: sonja.kovac@kclj.si

Prispelo/Received: 1. 5. 2014

Sprejeto/Accepted: 9. 5. 2014