



SAŽETI REFERENTNI VODIČ ZA POREMEĆAJE HRANJENJA

**Temeljne intervencije u liječenju i upravljanju anoreksijom, bulimijom i
srodnim poremećajima hranjenja**

Originalno englesko izdanje: **Državna zdravstvena služba¹ Velike Britanije:
Nacionalni institut za kliničku izvrsnost² u suradnji s Nacionalnim kolaborativnim centrom
za mentalno zdravlje³, 2004.**

Hrvatsko izdanje: **Centar za poremećaje hranjenja BEA, 2013.**

Uz podršku Ureda za zdravstvo i branitelje Grada Zagreba



¹ National Health Service.

² National Institute for Clinical Excellence.

³ National Collaborating Centre for Mental Health.

Sadržaj

Klasificiranje preporuka

Ključni prioriteti za provedbu

Smjernice

Skrb u svim uvjetima

1. Procjena i koordinacija skrbi
2. Pružanje korisnih informacija i podrške
3. Dobivanje pomoći u ranom stadiju
4. Upravljanje fizičkim aspektima
5. Dodatna razmatranja za djecu i adolescente
6. Utvrđivanje i ispitivanje poremećaja hranjenja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i ostalim ustanovama⁴

Anoreksija

1. Procjena i upravljanje anoreksijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
2. Psihološke intervencije za anoreksiju
3. Farmakološke intervencije za anoreksiju
4. Upravljanje anoreksijom na tjelesnom nivou
5. Intervencije za anoreksiju od strane službi
6. Dodatna razmatranja za djecu i adolescente

Bulimija

1. Psihološke intervencije za bulimiju
2. Farmakološke intervencije za bulimiju
3. Upravljanje fizičkim aspektima bulimije
4. Intervencije za bulimiju od strane službi
5. Dodatna razmatranja za djecu i adolescente

Nespecifični poremećaji prehrane, uključujući poremećaj prejedanja

1. Opće liječenje nespecifičnih poremećaja prehrane
2. Psihološki tretmani za poremećaj prejedanja
3. Farmakološke intervencije za poremećaj prejedanja

⁴ Ustanove koje pružaju bilo koju vrstu aktivnosti koja nije izravno usmjerena na liječenje mentalnih poremećaja (kulturnu, sportsku, zabavnu). (nap.prev.).

Klasificiranje preporuka

Ove smjernice temelje se na dokaznim materijalima, a preporuke su klasificirane na sljedeći način:

A Barem jedna nasumična kontrolirana provjera u skladu s pisanom građom općenito dobre kvalitete i dosljednosti, koja se bavi konkretnom preporukom (dokazni materijal 1. stupnja).

B Dobro provedena klinička istraživanja ali ne nasumične kliničke provjere na temu preporuke (dokazni materijal 2. ili 3. stupnja) ili ekstrapolirana iz dokaznog materijala 1. stupnja.

C Izvješća ili mišljenja stručnog odbora i/ili klinička iskustva cijenjenih autoriteta (dokazni materijal 4. stupnja) ili ekstrapolirana iz dokaznog materijala 1. ili 2. stupnja. Ovo klasificiranje pokazuje da izostaju kvalitetna izravno primjenjiva klinička istraživanja ili nisu odmah dostupna.

Za daljnje pojedinosti vidi NICE smjernice (www.nice.org.uk/CG009NICEguideline) i iscrpne smjernice www.nice.org.uk/CG009fullguideline ili www.bps.org.uk/eatingdisorders.

Ove upute predstavljaju gledište Instituta za kliničku izvrsnost, koje je rezultat pažljiva razmatranja dostupnog dokaznog materijala. Od zdravstvenih stručnjaka očekuje se da to uvijek uzmu u obzir prilikom donošenja kliničkih prosudbi. Međutim, 9. Klinička smjernica (zdravstvenog zakonodavstva V. Britanije) ne oslobađa zdravstvene djelatnike njihove odgovornosti donošenja odgovarajuće odluke za svakog pojedinog pacijenta unutar njegovih specifičnih okolnosti, u dogovoru s pacijentom i/ili skrbnikom ili njegovateljem.

Ključni prioriteti za provedbu

Sljedeće preporuke prepoznate su kao ključni prioriteti za provedbu.

Anoreksija

- Većinu ljudi s anoreksijom treba voditi kao vanjske pacijente, te im pružiti psihološko liječenje i procjenu rizika osoba s poremećajima hranjenja za njihovo fizičko zdravlje koje osigurava nadležna služba.
- Osobe s anoreksijom koje zahtijevaju stacionarno liječenje treba smjestiti u ustanovu koja može pružiti stručnu provedbu relimentacije uz pomno fizičko praćenje (osobito u prvih nekoliko dana realimentacije) u kombinaciji s psihosocijalnim intervencijama.
- Djeci i adolescentima s anoreksijom treba ponuditi obiteljske intervencije koje se izravno bave poremećajem hranjenja.

Bulimija

- Kao mogući prvi korak, pacijente s bulimijom treba poticati da slijede program samopomoći temeljen na dokaznom materijalu.
- Kao alternativni ili dodatni prvi korak ka slijeđenju programa samopomoći temeljenog na dokaznom materijalu, odraslim se osobama s bulimijom može ponuditi da iskušaju terapiju antidepresivima.
- Kognitivno-bihevioralnu terapiju za bulimiju, posebno prilagođen oblik kognitivno-bihevioralne terapije, treba ponuditi odraslim osobama s bulimijom. Liječenje treba obuhvatiti 16 – 20 tretmana unutar razdoblja od 4 – 5 mjeseci.
- Adolescente s bulimijom može se liječiti kognitivno-bihevioralnom terapijom za bulimiju, koja je prilagođena njihovoj dobi, životnim okolnostima i stupnju razvoja, uz uključivanje obitelji prema potrebi.

Nspecifični poremećaji prehrane

- U nedostatku dokaza koji bi upućivali na adekvatan način upravljanja nespecifičnim poremećajima prehrane osim poremećaja prejedanja, preporučuje se da liječnik razmotri mogućnost slijeđenja smjernica o liječenju problema prehrane koji je najsirodniji poremećaju hranjenja pojedinog pacijenta.
- Odraslim osobama s poremećajem prejedanja treba ponuditi kognitivno-bihevioralnu terapiju za poremećaj prejedanja, posebno prilagođen oblik kognitivno-bihevioralne terapije.

Za sve poremećaje hranjenja

- Članovi obitelji, uključujući braću i sestre, obično sudjeluju u liječenju djece i adolescenata s poremećajima hranjenja. Intervencije mogu uključivati razmjenu informacija, savjete o ponašanju i olakšavanju komunikacije.

Smjernice

sljedeće smjernice temelje se na dokaznim materijalima. Sustav klasificiranja prikazan je na 2. str. Daljnje informacije o klasificiranju preporuka i dokazima korištenim u razvoju smjernica iznesene su u iscrpnim smjernicama (www.nice.org.uk/CG009fullguideline). Ove smjernice odnose se na odrasle, adolescente i djecu u dobi od 8 godina i stariju.

Sažeti referentni vodič tiskan je u svrhu prijenosa znanja iz Velike Britanije u Hrvatsku na području liječenja poremećaja hranjenja.

Prilikom čitanja Vodiča valja uzeti u obzir drugačiji zakonodavni okvir hrvatskog zdravstvenog sustava , te nepostojanje cjelovitog sustava skrbi za oboljele od poremećaja hranjenja.

Također, Hrvatska tek treba usvojiti Strategijske smjernice za prevenciju i liječenje poremećaja hranjenja u RH (radna verzija dostupna na www.centarbea.hr) .

Stručnjaci koji rade s oboljelima i njihovim obiteljima u Sažetom referentnom vodiču mogu pronaći korisne savjete i konkretne napatke, no o konačnoj primjeni svakog savjeta posljednju odluku donosi sam stručnjak prema specifičnim okolnostima vezanim uz svaku oboljelu osobu.

Skrb u svim uvjetima

1. Procjena i koordinacija skrbi

- Procjenjivanje osoba s poremećajima hranjenja treba biti sveobuhvatno i uključivati fizičke, psihičke i društvene potrebe, kao i sveobuhvatnu procjenu rizika od samo-ozljeđivanja.

C

- S napredovanjem liječenja treba pratiti stupanj rizika za mentalno i fizičko zdravlje pacijenta, jer može porasti – na primjer, nakon porasta tjelesne težine ili u vrijeme prelaska između službi u slučajevima anoreksije.

C

- Za osobe s poremećajima hranjenja unutar primarne zdravstvene zaštite, liječnici opće prakse trebaju preuzeti odgovornost za početnu procjenu i početnu koordinaciju skrbi. To uključuje donošenje odluke o potrebi za hitnom medicinskom ili psihijatrijskom procjenom.

C

- Kada primarna i sekundarna zdravstvena zaštita djeluju zajednički, između pojedinih medicinskih stručnjaka treba postojati jasan sporazum o preuzimanju odgovornosti praćenja pacijenata s poremećajima hranjenja. Ovaj sporazum treba biti u pisanom obliku (koristeći se po potrebi pristupom Program zaštite- *pisano za uvjete liječenja u Velikoj Britaniji*) i pacijent s njime treba biti upoznat, gdje je to primjereno, kao i njegova obitelj i skrbnici.

C

2. Pružanje korisnih informacija i podrške

- Pacijentima, i po potrebi skrbnicima, treba osigurati obrazovanje i potrebne informacije o prirodi, tijeku i liječenju poremećaja hranjenja.

C

- Osim pružanja potrebnih informacija, obitelj i skrbnike može se obavijestiti o skupinama samopomoći i potpore, i pružiti im priliku za sudjelovanje tamo gdje njihova aktivnost postoji.

C

- Medicinski stručnjaci trebaju biti svjesni činjenice da mnogi ljudi s poremećajima hranjenja imaju podvojen stav u vezi liječenja. Medicinski stručnjaci također trebaju prepoznati zahtjeve i izazove koji iz toga proizlaze.

C

3. Dobivanje pomoći u ranom stadiju

- Osobe s poremećajima hranjenja koje traže pomoć treba uključiti u stručnu obradu što ranije, kako bi dobile pomoć što je prije moguće.

C

- Liječenje u ranom stadiju osobito je važno za osobe koje su teško iscrpljene kao posljedica prevelike mršavosti (ili kod kojih postoji rizik od teške iscrpljenosti) i takvim pacijentima treba dati prednost za dobivanje liječničke pomoći.

C

SKRB U SVIM UVJETIMA

4. Upravljanje fizičkim aspektima

- U slučajevima zlouporabe laksativa, pacijente treba savjetovati da postupno smanje korištenje laksativa i upoznati ih s činjenicom da korištenje laksativa značajno ne smanjuje apsorpciju kalorija.

C

- Liječenje nedijagnosticiranih i kliničkih slučajeva poremećaja hranjenja u osoba s dijabetesom neophodno je zbog znatno povećanog rizika za fizičko zdravlje u ovoj skupini.

C

- Osobe koje boluju od šećerne bolesti tip 1 i od poremećaja hranjenja trebaju provoditi redovite sistematske preglede zbog povećanog rizika od razvoja retinopatije i drugih komplikacija.

C

- Trudnice s poremećajima hranjenja zahtijevaju pomno praćenje tijekom cijele trudnoće i u postporođajnom razdoblju.

C

- Pacijenti s poremećajima hranjenja koji povraćaju trebaju imati redovite stomatološke preglede.

C

- Pacijentima s poremećajima hranjenja koji povraćaju treba dati odgovarajuće savjete o dentalnoj higijeni, koji trebaju uključivati: izbjegavanje četkanja nakon povraćanja; nakon povraćanja upotrijebiti tekućinu za ispiranje usne šupljine koja ne sadrži kiselinu; i smanjenje kiselosti usne šupljine (na primjer, ograničavanjem konzumacije kiselih namirnica).

C

- Medicinski stručnjaci trebaju savjetovati osobe s poremećajima prehrane i osteoporozom ili srodnim poremećajima kostiju da se suzdrže od fizičkih aktivnosti koje značajno povećavaju vjerojatnost padova.

C

5. Dodatna razmatranja za djecu i adolescente

- Članove obitelji, uključujući braću i sestre, obično treba uključiti u liječenje djece i adolescenata s poremećajima hranjenja. Intervencije mogu uključivati razmjenu informacija, savjete o ponašanju i olakšavanju komunikacije.

C

- Kod djece i adolescenata s poremećajima hranjenja treba pažljivo pratiti njihov rast i razvoj. U slučajevima zaostajanja u razvoju ili presporog rasta unatoč odgovarajućoj ishrani, treba potražiti savjet pedijatra.

C

- Kod procjenjivanja djece i adolescenata s poremećajima hranjenja, medicinski stručnjaci trebaju obratiti pažnju na moguće pokazatelje zlostavljanja (emocionalnog, fizičkog i seksualnog), i to tijekom cijelog procesa liječenja.

C

- Pravo na povjerljivost djece i adolescenata mora se poštivati. C

- U radu s djecom i adolescentima s poremećajima hranjenja, medicinski se stručnjaci trebaju upoznati sa državnim zakonom o tajnosti podataka i pravilnikom o tajnosti podataka svojih zdravstvenih ustanova.

C

SKRB U SVIM UVJETIMA

6. Utvrđivanje i ispitivanje poremećaja hranjenja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i ostalim ustanovama⁵

- Ciljne skupine za ispitivanje trebaju uključivati mlade žene s niskim indeksom tjelesne mase prema standardiziranim normama za njihovu dobnu skupinu, pacijente koji su zabrinuti za svoju tjelesnu težinu a koji nisu pretili, žene s menstrualnim poremećajima ili amenorejom, pacijente s gastrointestinalnim simptomima, pacijente s tjelesnim znakovima gladovanja ili učestalog povraćanja, i djecu koja zastaju u rastu.

C

- Kada se ispituju poremećaji hranjenja, s posebnim ciljnim skupinama treba uzeti u obzir uporabu jednog ili dva pitanja (na primjer, „Smatrate li da imate problema s hranjenjem?” i „Brinete li previše o svojoj tjelesnoj težini?”)

C

- Mlade ljude s dijabetesom tipa 1 koji loše prihvaćaju liječenje treba ispitati i procijeniti moguću prisutnost poremećaja hranjenja.

C

⁵ Ustanove koje pružaju bilo koju vrstu aktivnosti koja nije izravno usmjerena na liječenje mentalnih poremećaja (kulturnu, sportsku, zabavnu). (nap.rev.).

Anoreksija

1. Procjena i upravljanje anoreksijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

- Kod anoreksije, premda su tjelesna težina i indeks tjelesne mase važni pokazatelji, bilo bi pogrešno smatrati ih jedinim pokazateljima rizika za fizičko zdravlje (budući da su nepouzdana kod odraslih, a osobito kod djece).

C

- Kako bi se procijenilo ima li osoba anoreksiju ili ne, pozornost treba obratiti na ukupnu kliničku procjenu (višekratno ponavljaju tijekom vremena), uključujući i stopu mršavljenja, stope rasta kod djece, objektivne fizičke znakove i odgovarajuće laboratorijske testove.

C

- Pacijentima s trajnom anoreksijom koji se ne liječe unutar sekundarne zdravstvene zaštite, liječnik opće prakse treba ponuditi godišnji liječnički pregled fizičkog i mentalnog zdravlja.

C

2. Psihološke intervencije za anoreksiju

Provedba psiholoških intervencija treba biti popraćena redovitim praćenjem pacijentova fizičkog stanja, uključujući tjelesnu težinu i specifične pokazatelje povećanog rizika za fizičko zdravlje.

Uobičajeni elementi psihološkog liječenja anoreksije

- Terapije koje treba uzeti u obzir za psihološko liječenje anoreksije uključuju kognitivnu analitičku terapiju, kognitivno-bihevioralnu terapiju, interpersonalnu terapiju, žarišnu psihodinamsku terapiju i obiteljske intervencije usmjerene izričito na poremećaje hranjenja.

C

- Pri donošenju odluke o tome koji bi psihološki tretman bio odgovarajući, potrebno je uzeti u obzir želje pacijenta, odnosno skrbnika po potrebi.

C

- Ciljevi psihološkog liječenja trebali bi biti: smanjiti rizik, potaknuti porast tjelesne težine i usvajanje navika zdrave prehrane, smanjiti druge simptome vezane za poremećaj hranjenja, te olakšati psihički i fizički oporavak.

C

Ambulantno psihološko liječenje u prvoj fazi i kasnijim fazama

- Većinu ljudi s anoreksijom treba voditi kao vanjske pacijente. Psihološko liječenje (uz fizičko praćenje) treba im osigurati medicinski stručnjak koji je za to nadležan, te procijeniti stupanj rizika osoba s poremećajima hranjenja za njihovo fizičko zdravlje.

C

- Ambulantno psihološko liječenje za anoreksiju treba trajati najmanje šest mjeseci.

C

- Ukoliko se pacijentu s anoreksijom stanje značajno pogorša tijekom ambulantnog psihološkog liječenja, ili nakon odgovarajućeg vremenskog razdoblja ambulantno psihološko liječenje ne dovede do bilo kakvog značajnog poboljšanja, treba razmotriti intenzivnije oblike liječenja (na primjer, prelazak s individualne terapije na udružen rad individualne terapije i obitelji; ili dnevna bolnica ili stacionarno liječenje).

C

- Savjetovanje o prehrani ne bi trebalo biti ponuđeno kao jedini tretman za anoreksiju.

C

ANOREKSIJA

Psihološki aspekti stacionarnog liječenja

- Kako bi bolnički pacijenti s anoreksijom povratili svoju tjelesnu težinu, treba im osigurati osmišljenu simptomatsku terapiju s očekivanjem porasta tjelesne težine. Važno je pažljivo pratiti njihovo fizičko stanje tijekom realimentacije.

C

- Potrebno je osigurati psihološko liječenje koje je istovremeno usredotočeno na ponašanje tijekom hranjenja, na stavove prema tjelesnoj težini i obliku, te na širu psihosocijalnu problematiku, s očekivanjem porasta tjelesne težine.

C

- Kruti programi modifikacije ponašanja ne smiju se koristiti u upravljanju anoreksijom u stacionarnim zdravstvenim ustanovama.

C

Psihološko liječenje nakon hospitalizacije

- Nakon što su tijekom bolničkog liječenja povratili svoju tjelesnu težinu, ljudima s anoreksijom treba ponuditi izvanbolničko psihološko liječenje koje je istovremeno usredotočeno na ponašanje tijekom hranjenja, na stavove prema tjelesnoj težini i obliku, te na širu psihosocijalnu problematiku, s redovitim praćenjem rizika za fizičko i mentalno zdravlje.

C

- Duljina ambulantnog psihološkog liječenja i fizičkog praćenja nakon što je pacijent s anoreksijom tijekom bolničkog liječenja povratio svoju tjelesnu težinu, obično treba biti najmanje 12 mjeseci.

C

Dodatna razmatranja za djecu i adolescente s anoreksijom

- Djeci i adolescentima s anoreksijom treba ponuditi obiteljske intervencije koje se izravno bave poremećajem hranjenja.

B

- Djeci i adolescentima s anoreksijom treba ponuditi pojedinačne sastanke s medicinskim stručnjakom, odvojeno od sastanaka sa članovima njihovih obitelji ili s njihovim skrbnicima.

C

- Uključivanje braće i sestara, i drugih članova obitelji u terapiju u svakom slučaju treba uzeti u obzir zbog učinaka anoreksije na ostale članove obitelji.

C

- Kod djece i adolescenata s anoreksijom, potrebu za bolničkim liječenjem i potrebu za hitnim povratom tjelesne težine treba balansirati s obrazovnim i socijalnim potrebama mlade osobe.

C

ANOREKSIIJA

3. Farmakološke intervencije za anoreksiju

Baza dokaza za farmakološko liječenje anoreksije vrlo je ograničena. Niz lijekova može se koristiti u liječenju komorbidnih stanja, ali potreban je oprez u njihovoj primjeni s obzirom na fizičku ranjivost mnogih ljudi s anoreksijom.

- Lijekovi se ne smiju koristiti kao jedina ili primarna terapija za anoreksiju.

C

- Valja biti oprezan u korištenju lijekova za komorbidna stanja poput depresije ili opsesivno-kompulzivnog poremećaja, budući da bi se ovi popratni poremećaji mogli riješiti sami od sebe s porastom tjelesne težine.

C

- Kada se lijekovi koriste u liječenju osoba s anoreksijom, potrebno je pažljivo razmotriti njihove nuspojave (posebice štetan učinak na rad srca) i porazgovarati o njima s pacijentom, budući da je kod mnogih ljudi s anoreksijom kardiovaskularna funkcija ugrožena.

C

- Medicinski bi stručnjaci trebali biti svjesni mogućih opasnosti od lijekova koji produljuju QT interval na EKG-u; na primjer, antipsihotici, triciklički antidepressivi, makrolidni antibiotici, i neki antihistaminici.

C

- U liječenju pacijenata s anoreksijom s povećanim rizikom od srčanih komplikacija, treba izbjegavati propisivanje lijekova s nuspojavama koje mogu ugroziti rad srca.

C

- Ukoliko je propisivanje lijekova koji mogu ugroziti rad srca neophodno, potrebno je pratiti rad srca EKG-om.

C

- Svi pacijenti s dijagnozom anoreksije u liječničkom kartonu trebaju imati navedeno upozorenje u svezi rizika od nuspojava.

C

4. Upravljanje anoreksijom na tjelesnom nivou

Anoreksija nosi značajan rizik od ozbiljnog fizičkog pobolijevanja. Svijest o riziku, pažljivo praćenje i, prema potrebi, uska suradnja s iskusnim liječnikom, važni su u upravljanju fizičkim komplikacijama anoreksije.

Upravljanje porastom tjelesne težine

- Kod većine pacijenata s anoreksijom, cilj liječenja treba biti prosječan tjedni porast tjelesne težine od 0,5 do 1kg za bolničke pacijente i 0,5kg za vanjske pacijente. To zahtijeva oko 3500 do 7000 dodatnih kalorija tjedno.

C

- Redovito fizičko praćenje, a u nekim slučajevima i uzimanje multivitaminskih i mineralnih dodataka prehrani za oralno korištenje, preporučuje se za osobe s anoreksijom unutar stacionarnog i ambulantnog liječenja s očekivanjem porasta tjelesne težine.

C

- Kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze ne preporuča se provoditi totalna parenteralna prehrana osim u slučajevima značajne gastrointestinalne disfunkcije.

C

ANOREKSIIJA

Upravljanje rizikom

- Kod pacijenata s anoreksijom medicinski stručnjaci trebaju pratiti rizik za njihovo fizičko zdravlje. C Ukoliko utvrde povećanje rizika, u skladu s tim potrebno je prilagoditi učestalost praćenja i prirodu istraživanja.

C

- Osobe s anoreksijom i njihove skrbnike treba obavijestiti ako je rizik za fizičko zdravlje oboljelog visok.

C

- U liječenju pacijenata s anoreksijom s visokim rizikom za fizičko zdravlje treba uključiti liječnika ili pedijatra stručnog u liječenju takvih pacijenata.

C

- Trudnice s akutnom anoreksijom ili anoreksijom u remisiji treba uzeti u obzir za intenzivniju preporođajnu skrb kako bi se osigurali odgovarajuća preporođajna ishrana i razvoj fetusa.

C

- U djece i adolescenata sa smanjenom gustoćom kostiju ne preporuča se provoditi hormonska terapija estrogenom zbog mogućeg preranog srašćivanja epifiza.

C

- Kad god je to moguće, pacijente treba uključiti u liječenje prije njihova dolaska u stanje teške iscrpljenosti (zbog prevelike mršavosti). To zahtijeva rano utvrđivanje stanja i ranu intervenciju. Učinkovito praćenje i uključivanje pacijenata u liječenje kada imaju izrazito malu tjelesnu težinu ili gube tjelesnu težinu, treba biti prioritet.

C

Hranjenje pacijenta protiv njegove volje

- Hranjenje pacijenta protiv njegove volje treba biti intervencija u krajnjoj nuždi u skrbi za pacijenta i upravljanju anoreksijom.

C

- Hranjenje pacijenta protiv njegove volje vrlo je specijaliziran postupak koji zahtijeva stručnost u skrbi za osobe s teškim poremećajima hranjenja i upravljanju fizičkim komplikacijama koje prate poremećaje hranjenja. To se smije učiniti jedino u kontekstu Zakona o mentalnom zdravlju⁶ iz 1983. godine ili Zakona o djeci⁷ iz 1989. godine. (*pisano za uvjete liječenja u Velikoj Britaniji*)

C

- Pri donošenju odluke o hranjenju pacijenta protiv njegove volje, pravna osnova za bilo koje takvo djelovanje treba biti jasna.

C

ANOREKSUJA

5. Intervencije za anoreksiju od strane službi

Ovo poglavlje razmatra aspekte sustava službi koji su relevantni u liječenju i upravljanju anoreksijom.

- Većinu ljudi s anoreksijom treba voditi kao vanjske pacijente.

C

- Stacionarno liječenje ili dnevnu skrb treba uzeti u obzir za osobe s anoreksijom kojima ambulantno liječenje nije pomoglo, ili koje imaju značajan rizik od samoubojstva ili teškog samo-ozljeđivanja.

C

⁶ Mental Health Act (nap.prev.).

⁷ Children Act (nap.prev.).

- Stacionarno liječenje treba uzeti u obzir za osobe s anoreksijom čiji je poremećaj je povezan s visokim ili umjerenim rizikom za njihovo fizičko zdravlje.

C

- Kada je osobama s anoreksijom potrebno stacionarno liječenje, treba ga organizirati unutar razumne udaljenosti kako bi se omogućilo sudjelovanje rodbine i skrbnika u liječenju, održavanje društvenih i profesionalnih veza, te kako bi se izbjegle poteškoće u prelasku između službi primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. To je osobito važno u liječenju djece i adolescenata.

C

- Osobe s anoreksijom kojima je potrebno stacionarno liječenje treba primiti u ustanovu koja može osigurati vještu provedbu realimentacije s pažljivim fizičkim praćenjem (osobito u prvih nekoliko dana realimentacije) u kombinaciji s psihosocijalnim intervencijama.

C

- Medicinski stručnjaci bez specijalističkog iskustva s poremećajima hranjenja trebali bi potražiti savjet odgovarajućeg stručnjaka u situacijama kada su nesigurni ili kada razmišljaju o propisivanju obveznog stacionarnog liječenja za pacijenta s anoreksijom, bez obzira na dob pacijenta.

C

- Medicinski stručnjaci koji vode pacijente s anoreksijom, posebno bulimično-purgativnog tipa, moraju biti svjesni povećanog rizika od samo-ozljeđivanja i samoubojstva, osobito u vrijeme prelaska između službi.

C

ANOREKSIIJA

6. Dodatna razmatranja za djecu i adolescente

- Djeci i adolescentima s anoreksijom koji su dosegli zdravu tjelesnu težinu medicinski stručnjaci trebaju osigurati prehranu sa svim potrebnim hranjivim tvarima kako bi podržali njihov daljnji rast i razvoj.

C

- U vođenju djece i adolescenata s anoreksijom na području prehrane, skrbnike treba uključiti u njihovo cjelokupno obrazovanje o prehrani ili u planiranja obroka.

C

- Djeci i adolescentima s anoreksijom treba dati pristup u medicinske ustanove koje odgovaraju njihovoj dobi (s mogućnošću odvojenih sadržaja za djecu i adolescente), koje su kadre osigurati odgovarajuće obrazovne i srodne aktivnosti.

C

- Kada mlada osoba s anoreksijom odbija liječenje koje medicinski stručnjak smatra nužnim, treba razmotriti primjenu Zakona o mentalnom zdravlju iz 1983.godine ili pravo osoba s

roditeljskom odgovornošću da zanemare protivljenje mlade osobe (*pisano za uvjete liječenja u Velikoj Britaniji*).

C

- Beskonačno pozivanje na suglasnost roditelja za liječenje treba izbjegavati. Preporuka je da pravna osnova na temelju koje se liječenje provodi treba biti navedena u bilješkama o pacijentovu slučaju u liječničkom kartonu, a to je posebno važno kada je riječ o djeci i adolescentima.

C

- U djece i adolescenata s anoreksijom, kada je naglašeno pitanje pristanka na liječenje, medicinski stručnjaci trebaju razmisliti o potraživanju drugog mišljenja od stručnjaka za poremećaje hranjenja.

C

- U slučaju da dijete ili adolescent s anoreksijom i osoba s roditeljskom odgovornošću odbiju liječenje, a medicinski stručnjak ga smatra nužnim, trebaju potražiti pravni savjet u Zakonu o djeci iz 1989. godine, kako bi razmotrili daljnju proceduru (*pisano za uvjete liječenja u Velikoj Britaniji*).

C

ANOREKSIIJA

Bulimija

1. Psihološke intervencije za bulimiju

- Kao mogući prvi korak, pacijente s bulimijom je uputno poticati da slijede program samopomoći utemeljen na dokazima.

B

- Medicinski stručnjaci trebaju razmotriti pružanje izravnog ohrabrenja i podrške pacijentima koji slijede program samopomoći utemeljen na dokazima jer to može poboljšati rezultate. Takav program može biti dovoljna terapija za ograničenu podskupinu pacijenata.

B

- Kognitivno-bihevioralnu terapiju za bulimiju, posebno prilagođen oblik kognitivno-bihevioralne terapije, treba ponuditi odraslim osobama s bulimijom. Liječenje treba obuhvatiti 16 – 20 tretmana unutar razdoblja od 4 – 5 mjeseci.

A

- Kad osobe s bulimijom dobro ne prihvaćaju ili odbijaju kognitivno-bihevioralnu terapiju, treba razmotriti ostale psihološke tretmane.

B

- Interpersonalnu terapiju treba uzeti u obzir kao alternativu kognitivno-bihevioralnoj terapiji, ali pacijenti bi trebali biti upoznati s činjenicom da je potrebno 8 – 12 mjeseci kako bi se postigli rezultati usporedivi s onima kognitivno-bihevioralne terapije.

B

2. Farmakološke intervencije za bulimiju

- Kao alternativa ili dodatni prvi korak ka slijeđenju programa samopomoći utemeljenog na dokazima, odraslim osobama s bulimijom može se ponuditi da isprobaju neki antidepresiv.

B

- Pacijenti trebaju biti upoznati s činjenicom da antidepresivi mogu smanjiti učestalost prejedanja i povraćanja, ali dugoročni učinci nisu poznati. Svako blagotvorno djelovanje vrlo će brzo biti vidljivo.

B

- Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (konkretno fluoksetin) lijekovi su prvog izbora za liječenje bulimije u smislu suradljivosti, podnošljivosti i smanjenja simptoma.

C

- Za osobe s bulimijom učinkovita doza fluoksetina veća je nego za depresiju (60mg dnevno).

C

- Niti jedan drugi lijek, osim antidepresiva, ne preporuča se za liječenje bulimije.

B

3. Upravljanje fizičkim aspektima bulimije

Pacijenti s bulimijom mogu iskusiti fizičke tegobe kao rezultat niza ponašanja povezanih s ovim poremećajem. Svijest o rizicima i pomno praćenje treba biti briga svih zdravstvenih djelatnika koji rade s osobama s bulimijom.

- Pacijentima s bulimijom koji često povraćaju ili uzimaju velike količine laksativa (pogotovo ako imaju nizak indeks tjelesne mase prema standardiziranim normama) treba napraviti analizu ravnoteže tekućina i elektrolita.

C

- Kada je ustanovljen poremećaj ravnoteže elektrolita, obično je dovoljno usredotočiti se na ukidanje ponašanja koje ga je uzrokovalo. U malom udjelu slučajeva kada je dodavanje elektrolita potrebno za ponovnu uspostavu ravnoteže, preporuča se oralno uzimanje umjesto intravenozno, osim ako ne postoje problemi s gastrointestinalnom apsorpcijom.

C

BULIMIJA

4. Intervencije za bulimiju od strane službi

Veliku većinu pacijenata s bulimijom može se liječiti ambulantno kao vanjske pacijente. Stacionarno liječenje ima vrlo malu ulogu u liječenju bulimije. Prvenstveno se bavi upravljanjem rizika od samoubojstva ili teškog samo-ozljeđivanja.

- Veliku većinu pacijenata s bulimijom treba liječiti ambulantno.

C

- Za pacijente s bulimijom kod kojih postoji rizik od samoubojstva ili teškog samo-ozljeđivanja, treba uzeti u obzir prijem na stacionarno liječenje ili dnevnu skrb, ili pružanje intenzivnije ambulantne skrbi.

C

- Psihijatrijsko liječenje za osobe s bulimijom treba provoditi u ustanovama koje imaju iskustvo u upravljanju ovim poremećajem.

C

- Medicinski bi stručnjaci trebali biti svjesni činjenice da je kod pacijenata s bulimijom koji imaju slabu kontrolu impulsa, osobito poremećaj zlouporabe supstancija, manje vjerojatno da će dobro prihvatiti standardni program liječenja. Tada liječenje treba prilagoditi navedenim problemima.

C

6. Dodatna razmatranja za djecu i adolescente

- Adolescente s bulimijom može se liječiti kognitivno-bihevioralnom terapijom za bulimiju, koja je prilagođena njihovoj dobi, životnim okolnostima i stupnju razvoja, uz uključivanje obitelji prema potrebi.

C

BULIMIJA

Nespecifični poremećaji prehrane, uključujući poremećaj prejedanja

1. Opće liječenje nespecifičnih poremećaja prehrane

- U nedostatku dokaza koji bi upućivali na adekvatan način upravljanja nespecifičnim poremećajima prehrane osim poremećaja prejedanja, preporučuje se da liječnik razmotri mogućnost slijedenja smjernica o liječenju problema prehrane koji je najrodniji poremećaju hranjenja pojedinog pacijenta.

C

2. Psihološki tretmani za poremećaj prejedanja

- Kao mogući prvi korak, pacijente s poremećajem prejedanja treba poticati da slijede program samopomoći temeljen na dokaznom materijalu.

B

- Medicinski stručnjaci trebaju razmotriti pružanje izravnog ohrabrenja i podrške pacijentima koji slijede program samopomoći utemeljen na dokazima jer to može poboljšati rezultate. Takav program može biti dovoljna terapija za ograničenu podskupinu pacijenata.

B

- Kognitivno-bihevioralnu terapiju za poremećaj prejedanja, posebno prilagođen oblik kognitivno-bihevioralne terapije, treba ponuditi odraslim osobama s poremećajem prejedanja.

A

- Odraslim osobama s trajnim poremećajem prejedanja mogu se ponuditi ostali psihološki tretmani (interpersonalna terapija za poremećaj prejedanja i modificirani oblik dijalektičke bihevioralne terapije).

B

- Pacijente treba upoznati s činjenicom da svi psihološki tretmani za poremećaj prejedanja imaju ograničen učinak na pacijentovu tjelesnu težinu.

A

- Kod pružanja psiholoških tretmana za poremećaj prejedanja, treba uzeti u obzir istodobne ili uzastopne intervencije s naglaskom na upravljanje mogućom pretulošću kao komorbidnim stanjem.

C

- Adolescentima s trajnim poremećajem prejedanja treba ponuditi odgovarajuće prilagođene psihološke tretmane.

C

3. Farmakološke intervencije za poremećaj prejedanja

•Kao alternativa ili dodatni prvi korak ka slijeđenju programa samopomoći utemeljenog na dokazima, treba razmotriti opciju da se pacijentima s poremećajem prejedanja ponudi da isprobaju korištenje selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina u obliku nekog antidepresiva.

B

• Pacijenti trebaju biti upoznati s činjenicom da antidepresivi mogu smanjiti učestalost prejedanja, ali dugoročni učinci nisu poznati. Liječenje antidepresivima može biti dovoljna terapija za ograničenu podskupinu pacijenata.

B

NESPECIFIČNI POREMEĆAJ

PREHRANE