

NEOPHODNOST MULTIDISCIPLINARNOG PRISTUPA U TRETMANU POREMAĆAJA ISHRANE

Tanja Olajdžija¹, Slađana Đukić²

¹PR „Zdravo Tanja“, Indija, Srbija

²Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola, Srbija

THE NECESSITY OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

Tanja Olajdžija¹, Slađana Đukić²

¹PR "Zdravo Tanja", Indija, Serbia

²Academy of Applied Studies Belgrade, The College of Health Sciences, Serbia

Sažetak

Poremećaji ishrane predstavljaju složene psihosomatske bolesti koje zahtevaju sveobuhvatan i strogo individualizovan pristup u tretmanu. Cilj rada je prikazati specifičnosti lečenja anoreksije nervoze, bulimije nervoze i poremećaja prejedanja, sa akcentom na nutritivni, farmakološki i psihosocijalni pristup i sa fokusom na porodicu i socijalnu podršku. U radu su razmatrani principi tretmana, uključujući poštovanje individualnih karakteristika pacijenata, uticaj porodičnog i socijalnog okruženja, kao i značaj rane intervencije. Metode lečenja obuhvataju psihoterapiju (individualnu, bihevioralnu i porodičnu), prilagođeni nutritivni plan, praćenje telesne težine i zdravstvenog stanja, kao i multidisciplinarnu koordinaciju između stručnjaka. Rezultati pokazuju da kombinovani pristup, koji integriše psihološku podršku i nutricionističku intervenciju, doprinosi postepenom oporavku telesne mase, smanjenju anksioznosti i reintegraciji pacijenata u svakodnevni život. Posebna pažnja se posvećuje upravljanju stresom, prevenciji relapsa i adaptaciji na nove životne rutine. Zaključuje se da je holistički, taktičan i human pristup ključan za uspešno lečenje, uz stalnu podršku porodice i multidisciplinarnog tima, uzimajući u obzir kako fizičke, tako i psihičke aspekte bolesti.

Ključne reči: poremećaji ishrane, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, multidisciplinarni tretman, psihoterapija, nutritivni plan

Abstract

Eating disorders represent complex psychosomatic conditions that require a comprehensive and strictly individualized approach to treatment. The aim of this paper is to present the specific characteristics of the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, with particular emphasis on nutritional, pharmacological, and psychosocial approaches, focusing on family involvement and social support. The paper examines key principles of treatment, including respect for individual patient characteristics, the influence of family and social environment, and the importance of early intervention. Treatment methods include psychotherapy (individual, behavioral and family therapy), a tailored nutritional plan, monitoring of body weight and overall health status, as well as multidisciplinary coordination among healthcare professionals. The results indicate that a combined approach integrating psychological support and nutritional intervention contributes to gradual weight restoration, reduction of anxiety, and reintegration of patients into everyday life. Special attention is given to stress management, relapse prevention and adaptation to new life routines. It is concluded that a holistic, tactful and humane approach is essential for successful treatment, with continuous support from family and a multidisciplinary team, taking into account both the physical and psychological aspects of the disorder.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, multidisciplinary treatment, psychological therapy, nutritional plan

Uvod

Poremećaji ishrane predstavljaju ozbiljne psihijatrijske i somatske poremećaje koji značajno utiču na fizičko, psihičko i socijalno zdravlje pacijenata. Ovi poremećaji se karakterišu disfunkcionalnim obrascima ishrane, iskrivljenom percepcijom telesne slike i intenzivnim emocionalnim problemima, a često su povezani sa visokim nivoima anksioznosti, depresije i osećajem stigmatizacije (1). Oboleli mogu doživljavati nelagodu i strah pri razgovoru o svojoj bolesti, čak i pred zdravstvenim radnicima, dok osećaj srama i socijalne izolacije dodatno komplikuje pristup lečenju (1).

Dosadašnja istraživanja ističu važnost multidisciplinarnog pristupa u tretmanu poremećaja ishrane, koji obuhvata psihološki, nutricionistički i medicinski aspekt bolesti (2). Psihološki tretman uključuje individualnu terapiju, bihevioralne metode i porodičnu podršku, dok nutricionistički planovi zahtevaju detaljnu analizu unosa makro-nutrijenata i mikronutrijenata, praćenje telesne kompozicije i postupnu rehabilitaciju telesne mase (3). Farmakoterapija može imati supresivnu ili suportivnu ulogu, naročito kod pacijenata sa bulimijom, dok se kod restriktivnog tipa anoreksije primenjuje uglavnom kao podrška nakon postizanja ciljane težine (3,4).

Jedan od ključnih elemenata uspešnog tretmana jeste individualizacija pristupa, uzimajući u obzir starosnu dob, pol, razvojni stadijum bolesti, psihološki profil pacijenta, ali i uticaj porodice, škole i šireg socijalnog okruženja (1). Važno je poštovati privatnost, dostojanstvo i poverenje pacijenta, kao i princip neugrožavanja života, dok rani početak lečenja povećava šanse za oporavak (1). Posebna pažnja posvećuje se postepenom povećanju telesne mase kod anoreksije i pravilnom unosu tečnosti, uz kontrolu metaboličkih i kardiovaskularnih parametara, kako bi se izbegle komplikacije poput refeeding sindroma ili disbalansa elektrolita (3,6).

Cilj ovog rada je da analizira specifičnosti lečenja poremećaja ishrane, uključivši potrebu za multidisciplinarnim pristupom, individualizacijom terapije, uključivanje porodice i socijalnog okruženja; ispitivanje strategija koje omogućavaju trajni oporavak i poboljšanje kvaliteta života pacijenata (1,2,3).

Materijal i metode

Ovaj rad predstavlja pregledni članak fokusiran na analizu tretmana poremećaja ishrane, uključujući

anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj prejedanja. Cilj je bio sintetizovati dokaze iz postojeće literature o nutritivnom tretmanu, psihoterapijskim pristupima i farmakoterapiji, sa posebnim naglaskom na integrirani multidisciplinarni pristup lečenju.

Prikupljeni su relevantni naučni radovi iz baza podataka PubMed, uz dodatnu literaturu iz referenci ključnih smernica vodiča lečenja. Posebna pažnja je posvećena:

- kliničkim pregledima i meta-analizama,
- randomizovanim kontrolisanim studijama, kada su dostupne,
- stručnim smernicama i preporukama međunarodnih stručnih društava.

Uključeni su radovi koji:

- opisuju nutritivne, psihoterapijske ili farmakološke intervencije kod pacijenata sa poremećajima ishrane;
- su dostupni na engleskom ili srpskom jeziku;
- obuhvataju populaciju adolescenata i odraslih.

Pretraga literature je sprovedena korišćenjem kombinacija ključnih reči kao što su: „eating disorders“, „anorexia nervosa“, „bulimia nervosa“, „binge eating disorder“, „nutrition therapy“, „psychotherapy“, „cognitive behavioral therapy“, „family-based treatment“, „pharmacotherapy“, „SSRIs“. Rezultati su inicijalno selektovani prema relevantnosti naslova i sažetaka, a zatim je izvršena detaljna analiza punih tekstova.

Podaci iz odabranih radova su organizovani u tri glavne kategorije tretmana:

1. Nutritivni tretman – strategije za povratak telesne mase, balans makronutrijenata i mikronutrijenata, praćenje elektrolita i hidracije, edukacija pacijenata.
2. Psihoterapija – modaliteti kognitivno-bihevioralne terapije (CBT), Family-Based Treatment (FBT), dijalektičke bihevioralne terapije (DBT), interpersonalne psihoterapije (IPT) i grupne terapije.
3. Farmakoterapija – primena selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRIs), atipičnih antipsihotika, stimulansa i drugih lekova, uz naglasak na njihovu ulogu u multidisciplinarnom lečenju.

Rezultati

Prikupljeni podaci su sintetizovani deskriptivno, sa posebnim fokusom na dokaze iz meta-analiza, kliničkih smernica i randomizovanih kontrolisanih studija, uključujući identifikaciju ograničenja i nejasnih oblasti za dalja istraživanja.

Nutritivni tretman i povratak fizičke ravnoteže

Nutritivni tretman predstavlja jedan od ključnih elemenata u lečenju poremećaja ishrane, posebno anoreksije nervoze i bulimije nervoze, kako je povratak normalne telesne mase i nutritivnog statusa neophodan za oporavak i smanjenje psiholoških i fizioloških komplikacija bolesti (1). Osnovni cilj nutritivnog tretmana je restauracija adekvatnog unosa energije i nutrijenata, što podrazumeva uspostavljanje redovnih i balansiranih obroka koji zadovoljavaju kalorijske i nutritivne potrebe organizma. Kod osoba sa anoreksijom nervozom, gde je prisutna značajna restrikcija, tretman počinje postepenim povećanjem unosa kalorija, uz praćenje i podršku nutricioniste, kako bi se izbegle komplikacije poput refeeding sindroma, koje mogu ugroziti vitalne funkcije (1).

Individualizovan pristup – zasnovan na proceni nutritivnog statusa, biohemijskim parametrima i ćelijskim potrebama – vodi ka boljem ishodu, jer omogućava prilagođavanje plana specifičnim potrebama pacijenta. Redovno praćenje težine, hidracije, elektrolitnog statusa, kao i precizna procena nutritivnih deficita, smatraju se ključnim za uspeh lečenja i prevenciju relapsa (3). Nutritivni tretman ne obuhvata samo kalorije, već i balans makronutrijenata i mikronutrijenata, jer hronični deficiti mogu dovesti do kognitivnih poremećaja, hormonalnih disbalansa i imunoloških problema (3). Poseban akcenat stavlja se na proteine i esencijalne masne kiseline, koji su ključni za oporavak mišićnog tkiva i pravilnu funkciju nervnog sistema. Nedostatak vitamina B kompleksa, vitamina D, kalcijuma i gvožđa može doprineti smanjenoj energiji, oslabljenoj imunitetu i metaboličkim komplikacijama, što dodatno otežava oporavak (7).

Edukacija pacijenata i njihove okoline o zdravim obrascima ishrane dodatno doprinosi smanjenju straha od hrane i jačanju motivacije za oporavak (3). Važno je uključiti i socijalnu i porodičnu podršku u proces edukacije, jer porodični obroci i vođenje evidencije o ishrani mogu pomoći u normalizaciji odnosa prema hrani i smanjenju osećaja krivice ili sramote.

Kod bulimije nervoze, nutritivni tretman uključuje strategije za prepoznavanje i prevenciju epizoda prejedanja, uspostavljanje planiranih obroka i kontrolisan unos kalorija, uz adekvatnu hidraciju i balans elektrolita. Takođe, kod ovih pacijenata važna je edukacija o štetnosti povraćanja i upotrebe laksativa, kao i praćenje nutritivnog statusa radi prevencije komplikacija (1,2).

Cilj nutritivnog tretmana je i postepeno povećanje telesne mase kod anoreksije nervoze, u skladu sa preporukama stručnjaka – ciljano 0,5–1 kg nedeljno, uz dodatnih 3500–7000 kcal nedeljno kako bi se nadoknadio energetska deficit (3). Povratak telesne mase mora biti postepen, jer naglo povećanje kalorija može izazvati refeeding sindrom i dodatni stres za pacijenta (1). Nutritivni tretman takođe uključuje praćenje i korekciju unosa tečnosti, kofeina, supstituta i suplemenata, jer nedovoljni obrasci unosa mogu doprineti dehidraciji, elektrolitskim disbalansima i otežati psihološki oporavak (3). Nutritivni tretman zahteva multidisciplinarni pristup, u kome nutricionista, lekar i psihoterapeut koordiniraju plan kako bi osigurali optimalan fizički i psihički oporavak pacijenta, uz minimiziranje rizika od relapsa i komorbidnih stanja (1,3,7).

Psihoterapija – promene obrazaca mišljenja i ponašanja

Psihoterapija predstavlja centralni stub tretmana poremećaja ishrane, jer nutritivni pristup sam po sebi ne može da reši duboko ukorenjene disfunkcionalne obrasce mišljenja, emocionalne reakcije i adaptivne strategije koje održavaju i pogoršavaju simptome bolesti (8). Ovi poremećaji se karakterišu ne samo telesnim simptomima, već i složenim psihološkim problemima — uključujući negativnu sliku tela, perfekcionizam, anksioznost i poremećeno samopoimanje — koje nije moguće trajno promeniti bez psihoterapijske intervencije.

Kognitivno-bihevioralna terapija (CBT)

Kognitivno-bihevioralna terapija je najistraživanija i najefikasnija psihoterapijska tehnika za mnoge oblike poremećaja ishrane, naročito za bulimiju nervozu i poremećaj prejedanja. CBT se fokusira na identifikovanje i modifikaciju disfunkcionalnih obrazaca mišljenja i ponašanja, kao i na uvođenje adaptivnih obrazaca koji podržavaju zdrav odnos prema hrani i sopstvenom telu (9).

CBT tretmani obično uključuju prepoznavanje i dovođenje u svesno stanje automatskih misli vezanih za težinu i oblik tela; rad na smanjenju rigidnih pravila ishrane i katastrofičnih interpretacija malih odstupanja u težini; strategije za upravljanje okidačima za prejedanje ili izbegavanje hrane, uključujući planiranje obroka i praćenje disfunkcionalnih obrazaca (10).

Klinička istraživanja pokazuju da CBT značajno smanjuje učestalost epizoda prejedanja i kompulzivnih ponašanja, poboljšava psihološki status i doprinosi stabilizaciji telesne težine kod bulimije nervoze i poremećaja prejedanja (11). Efekti CBT

tretmana su često dugoročni, sa smanjenjem simptoma koje ostaje vidljivo i tokom praćenja nakon završetka terapije. CBT se takođe koristi u tretmanu anoreksije nervoze, mada su rezultati varijabilniji — uspeh je veći kada se kombinuje sa drugim modalitetima tretmana, naročito nutritivnim i porodičnim pristupima (12).

Family-Based Treatment (FBT)

Family-Based Treatment (FBT) je specifičan oblik psihoterapije u kojem se porodica aktivno uključuje u tretman bolesnika, a naročito je efikasan kod adolescenata. Ova metoda je razvijana da bi se iskoristila porodična podrška kao resurs za oporavak (13).

FBT se sastoji iz tri faze: prenos kontrole nad hranom roditeljima u prvom delu tretmana kako bi se osiguralo da adolescent unosi dovoljno hrane i dobija na težini; postepeno vraćanje kontrole pacijentu kako se njegovo stanje stabilizuje i simptomi se smanjuju; fokus na širu porodičnu dinamiku i razvoj zdrave nezavisnosti.

Klinička istraživanja pokazuju da FBT dovodi do većeg procenta potpune remisije kod adolescenata sa anoreksijom nervozom u odnosu na tradicionalne individualne terapije i da smanjuje rizik od ponovnog javljanja simptoma (14). FBT je takođe pokazao obećavajuće rezultate u kombinaciji sa CBT strategijama kod bulimije nervoze, mada je potrebno više studija da se jasno utvrdi domet efekata u ovoj populaciji (13).

Dijalektička bihejvioralna terapija (DBT)

Dijalektička bihejvioralna terapija (DBT), prvobitno razvijena za lečenje graničnog poremećaja ličnosti, pokazala je značajne koristi i za poremećaje ishrane koji se karakterišu impulsivnim ponašanjima — naročito kod bulimije nervoze i poremećaja prejedanja — gde su epizode prejedanja često praćene osećanjem gubitka kontrole i osećanjem srama. DBT se fokusira na emocionalnu regulaciju, toleranciju na stres i interpersonalne veštine (15).

Specifične komponente DBT-a koje se smatraju korisnim uključuju: vežbe svesnosti (mindfulness) koje pomažu pacijentima da prepoznaju okidače i telesne signale bez automatskog reagovanja; toleranciju na neprijatnost kroz strategije koje unapređuju sposobnost nošenja sa intenzivnim emocijama bez pribegavanja prejedanju; interpersonalne tehnike za unapređenje podrške i smanjenje konflikata koji mogu pogoršati simptome (16).

DBT tretmani su povezani sa značajnim smanjenjem učestalosti epizoda prejedanja, poboljšanjem emocionalnog funkcionisanja i manjim stepenom disocijativnih simptoma (15).

Interpersonalna psihoterapija (IPT)

Interpersonalna psihoterapija (IPT) je usmerena na socijalne i interpersonalne probleme koji doprinose održavanju poremećaja u ishrani. IPT pretpostavlja da poremećaji u odnosima (npr. konflikt sa partnerom, izolacija, loša komunikacija) mogu biti okidači za poremećaje ishrane ili mogu otežavati oporavak (17).

IPT tretman obuhvata: rad na identifikaciji i rešavanju interpersonalnih problema koji su povezani sa simptomima ishrane; trening komunikacije i veština rešavanja konflikata; fokus na poboljšanje socijalne funkcije kao mehanizma za smanjenje psihološkog stresa i povezanih simptoma.

Iako su neke studije IPT-a manje česte nego CBT-a, rezultati pokazuju da IPT može biti jednako efikasan kao CBT kod određenih grupa pacijenata, posebno onih sa poremećajem prejedanja i kod pacijenata koji bolje reaguju na interpersonalne modifikacije nego na kognitivne promene (18).

Grupna psihoterapija i podrška

Grupna psihoterapija omogućava pacijentima da dele svoja iskustva, uče iz međusobnih interakcija i razvijaju osećaj pripadnosti. Ovakav oblik psihoterapije je posebno koristan kod poremećaja ishrane, gde se osećaj izolovanosti i stida često javlja kao prepreka za oporavak (19).

Grupne seanse često kombinuju elemente CBT-a, IPT-a i podrške vršnjaka, i omogućavaju: razmenu strategija upravljanja simptomima; razvijanje socijalnih veština i veće emocionalne podrške; prepoznavanje zajedničkih obrazaca i normalizaciju iskustava.

Studije pokazuju da pacijenti koji učestvuju u strukturiranim grupnim programima uz individualnu terapiju imaju bolje ishode u pogledu smanjenja simptoma, povećanja motivacije za oporavak i jačanja mreže podrške (20).

Integracija psihoterapijskih metoda

Iako su pojedinačni modaliteti psihoterapije uspešni sami po sebi, kombinacija više pristupa gotovo uvek daje bolje rezultate u kompleksnim kliničkim slučajevima. Kombinovanje CBT-a sa FBT-om, DBT-om i / ili IPT-om omogućava tretman različitih aspekata bolesti: kognitivne distorzije, emocionalne disregulacije, porodične dinamike i interpersonalnih konflikata. Neke kliničke smernice preporučuju strukturisane protokole gde se CBT koristi kao osnova za rad na simptomima, dok se FBT koristi za angažovanje porodice, a DBT / IPT za rešavanje emocionalnih i socijalnih problema (21).

Socijalni i porodični faktori – mreže podrške i dugoročni ishod

Porodica i šira socijalna sredina igraju centralnu ulogu u oporavku od poremećaja ishrane, kako socijalna podrška direktno utiče na motivaciju pacijenta, adherenciju lečenju, samopouzdanje, emocionalnu regulaciju i dugoročno održavanje zdravih obrazaca ponašanja (1,2).

Porodična podrška

Porodična uključenost u tretman se pokazala kao kritični prediktor uspeha terapije, posebno kod adolescenata sa anoreksijom nervozom i bulimijom nervozom. Porodica funkcioniše kao prirodni regulator ishrane i ponašanja, posebno u ranim fazama tretmana, kada pacijent može biti psihološki ili fizički ranjiv. Aktivno uključivanje roditelja i bliskih članova porodice u praćenje obroka, pružanje emocionalne podrške i stvaranje sigurnog okruženja povećava šanse za brži povratak telesne mase i smanjenje patoloških obrazaca (13). Redovni zajednički obroci i strukturisane porodične rutine smanjuju osećaj izolacije i stresa, a istovremeno promovišu pozitivne navike u ishrani. Studije pokazuju da dosledna porodična rutina i emocionalna stabilnost u kućnom okruženju imaju značajan zaštitni efekat, smanjujući rizik od relapsa nakon završetka formalnog tretmana (14).

Šira socijalna podrška

Šira socijalna mreža, uključujući prijatelje, vršnjake i grupne podrške, dodatno pojačava efekat individualne i porodične terapije. Istraživanja pokazuju da socijalna podrška pozitivno utiče na smanjenje simptoma, povećava otpornost i smanjuje osećaj usamljenosti kod pacijenata sa poremećajima ishrane (13).

Grupne terapije i udruženja pacijenata omogućavaju: razmenu iskustava i strategija prevazilaženja simptoma; razvijanje veština emocionalne regulacije kroz socijalnu interakciju; normalizaciju osećaja, smanjenje stigme i povećanje motivacije za oporavak (19).

Dugoročni ishodi i relaps

Socijalna podrška je ključna i za post-tretmanski period, kada pacijent prelazi iz intenzivne terapije u svakodnevni život. Uključivanje socijalnih mreža u plan praćenja, kao što su grupe podrške, mentorski programi ili online zajednice, značajno smanjuje rizik od relapsa i omogućava kontinuiranu emocionalnu i praktičnu pomoć (20). Takođe, emocionalna povezanost sa porodicom i bliskim prijateljima može ublažiti negativne psihološke efekte koje po-

remećaj ishrane ostavlja, uključujući depresiju, anksioznost i osećaj niže vrednosti. Socijalna podrška funkcioniše kao zaštita od stresa, omogućavajući pacijentima da brže adaptiraju nove, zdrave obrasce ponašanja u svakodnevni život.

Preporuke za kliničku praksu

Uključivanje porodice i šire socijalne mreže trebalo bi da bude standard u multidisciplinarnim programima lečenja poremećaja ishrane. Terapijski planovi koji integrišu porodičnu edukaciju, grupnu podršku i individualnu psihoterapiju pokazuju najbolje dugoročne ishode, posebno u prevenciji relapsa i očuvanju psihološke dobrobiti (13,14,19).

Farmakoterapija

Farmakoterapija kod poremećaja ishrane nije primarni tretman, ali ima značajnu pomoćnu ulogu u određenim kliničkim situacijama — posebno kada su prisutni psihijatrijski komorbiditeti poput depresije, anksioznosti ili impulsivnog ponašanja, ili kada osnovni simptomi poremećaja ometaju napredak u drugim oblicima tretmana (antidepresivi, psihoterapija i nutritivni tretman) (22). Pregledi literature ukazuju da farmakoterapija ima umerenu korist kod nekih oblika poremećaja ishrane, ali njena uloga varira u zavisnosti od tipa poremećaja i leka koji se koristi (23).

Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotoninina (SSRIs)

SSRIs su najčešće korišćeni antidepresivi u lečenju poremećaja ishrane, naročito bulimije nervoze i poremećaja prejedanja. Kod bulimije nervoze, fluoksetin je najviše istraživani lek i ima podršku kao jedan od efikasnijih farmakoloških agenasa za smanjenje epizoda prejedanja i povraćanja u poređenju sa placebo (24). Meta-analize pokazuju da antidepresivi, uključujući SSRIs (npr. fluoksetin, citalopram, fluvoksamin), mogu doprineti smanjenju učestalosti epizoda prejedanja i povraćanja i poboljšanju raspoloženja, iako efekti variraju među lekovima i pacijentima, te su često umereni. Učestalost relapsa i dugoročna efikasnost farmakoterapije su i dalje predmet istraživanja, s obzirom na ograničenja mnogih studija u trajanju i broju ispitanika (25). Kod poremećaja prejedanja, SSRIs takođe mogu smanjiti epizode prejedanja i poboljšati raspoloženje, ali ne utiču značajno na gubitak telesne mase, te se smatraju delom šire terapijske strategije umesto centralne intervencije (26). Kod anoreksije nervoze, postoje ograničeni dokazi za efikasnost SSRIs u povećanju telesne mase ili direktnom smanjenju osnovne restriktivne simptomatologije; klinički do-

kazi su mešoviti i ne daju jasnu preporuku za rutinsku primenu ovih lekova kao samostalnu terapiju (27).

Antipsihotici

Antipsihotici, posebno atipični antipsihotik olanzapin, proučavani su kao moguća farmakoterapijska strategija kod anoreksije nervoze zbog potencijala da povećaju telesnu masu i smanje anksioznost u vezi sa hranom. Nekoliko studija pokazuje da olanzapin može imati povoljan efekat na povećanje telesne mase, ali dokazi su ograničeni i heterogeni zbog različitog dizajna studija i malih uzoraka (27). Zbog ovih ograničenja, antipsihotici se u praksi retko koriste i obično samo u specifičnim slučajevima kada pacijent ne reaguje adekvatno na druge oblike terapije, uz strogo nadgledanje mogućih nuspojava kao što su metabolički poremećaji i sedacija (27).

Stimulansi i specifični lekovi za poremećaj prejedanja

Kod poremećaja prejedanja, lisdeksamfetamin je jedan od retkih lekova sa specifičnim regulatornim odobrenjem za tretman ovog poremećaja. Studije pokazuju da lisdeksamfetamin može značajno smanjiti učestalost epizoda prejedanja, verovatno delom zbog efekata na neurotransmiterske puteve koji utiču na kontrolu impulsa i apetita (28). Iako je efikasan, ovaj agens se ne preporučuje za druge poremećaje ishrane bez jasnih medicinskih indikacija i nadzora.

Ostale farmakološke opcije i ograničenja

Pored SSRIs i lisdeksamfetamina, proučavani su i drugi lekovi poput antiepileptika (npr. topiramata) i drugih modulatora neurohemije, ali njihova primena je ograničena zbog neželjenih efekata ili nedostatka čvrstih dokaza o efikasnosti (29). Pregled literature ukazuje da trenutno ne postoji značajan konsenzus o univerzalno efikasnim medikamentima za tretman svih poremećaja ishrane, i da su mnoge studije metodološki ograničene malim brojem ispitanika, kratkim trajanjem i varijabilnim definicijama ishoda (30).

Primena farmakoterapije u kontekstu multidisciplinarnog lečenja

Zbog ograničenja i relativno skromnih dokaza o efikasnosti, farmakoterapija se obično koristi kao podrška u okviru multidisciplinarnog tretmana poremećaja ishrane — prvenstveno za kontrolu komorbidnih simptoma kao što su depresija, anksioznost, impulsivnost i epizode prejedanja/povraćanja — ali ne kao samostalna terapijska strategija (30). Integrisan tretman koji uključuje psihoterapiju, nutritivni plan i medicinski monitoring uz povremenu

farmakološku podršku pokazuje bolje ishode nego pojedinačne komponente.

Diskusija

Nutritivni tretman ostaje temeljni stub u lečenju poremećaja ishrane, jer povratak telesne mase i normalizacija nutritivnog statusa direktno utiče na oporavak psiholoških i fizioloških funkcija (1,3). U kliničkoj praksi, postepeno povećanje unosa kalorija kod pacijenata sa anoreksijom nervozom omogućava siguran povratak telesne mase i smanjuje rizik od refeeding sindroma, koji može imati životno ugrožavajuće komplikacije (31). Efikasnost nutritivnog tretmana zavisi od individualizovanog pristupa: planovi ishrane moraju biti prilagođeni starosti, polu, telesnoj kompoziciji, biohemijskom statusu i potrebama pacijenta na ćelijskom nivou (3). Redovno praćenje parametara poput težine, hidracije i elektrolita omogućava pravovremenu korekciju plana i smanjuje mogućnost relapsa. Ovaj pristup je posebno značajan kod bulimije nervoze i poremećaja prejedanja, gde neravnoteža u unosu kalorija i hranljivih materija može pogoršati psihološke simptome i otežati kontrolu ponašanja prema hrani (3,14). Pored kvantitativnog unosa kalorija, kvalitet nutritivnih komponenti ima ključnu ulogu. Deficit esencijalnih aminokiselina, masnih kiselina, vitamina i minerala može dovesti do hormonalnog disbalansa, kognitivnih poremećaja i imunološke disfunkcije, što dodatno komplikuje psihološko lečenje (3). Edukacija pacijenata i njihovih porodica o nutritivnom značaju hrane i zdravim obrascima ishrane smanjuje anksioznost i strah od hrane, poboljšava motivaciju za lečenje i doprinosi dugoročnom održavanju postignutih rezultata. Važno je napomenuti da nutritivni tretman i fizički oporavak predstavljaju početnu fazu sveobuhvatnog tretmana, jer se psihološke i socijalne komplikacije poremećaja ishrane ne mogu adekvatno rešiti ukoliko telo ostaje u stanju nutritivne deprivacije. Studije sugerišu da kombinacija nutritivnog oporavka sa psihoterapijom i socijalnom podrškom dovodi do veće stope remisije i smanjenja recidiva u poremećajima ishrane (11, 13).

Psihoterapija predstavlja ključni element u lečenju poremećaja ishrane, jer nutritivni tretman sam po sebi ne može da reši duboko ukorenjene disfunkcionalne obrasce mišljenja i ponašanja (9,17). Kognitivno-bihevioralna terapija ima najviše dokaza efikasnosti, naročito kod bulimije nervoze i poremećaja prejedanja. CBT se fokusira na identifikaciju i modifikaciju disfunkcionalnih uverenja o hrani, telesnoj slici i samovrednovanju, dok istovremeno

učiti pacijente strategijama kontrole impulsa i emocionalnog regulisanja (18). Rezultati studija pokazuju da CBT dovodi do značajnog smanjenja epizoda prejedanja i povraćanja, poboljšava telesnu percepciju i smanjuje anksioznost povezanu sa hranom (17). Family-based treatment uključuje porodicu u proces kontrole obroka i postepenog vraćanja odgovornosti pacijentu. Istraživanja pokazuju da FBT povećava stopu povratka telesne mase i smanjuje simptome poremećaja, dok istovremeno jača emocionalnu povezanost u porodici (13). Porodična podrška stvara sigurnu sredinu u kojoj pacijent može da vežba zdrave obrasce ponašanja i prevazilazi osećaj srama i stigme (32). Dijalektička bihevioralna terapija i interpersonalna terapija pokazuju obećavajuće rezultate kod pacijenata sa impulsivnim ponašanjem ili komorbidnim emocionalnim poremećajima, ali je potreban veći broj studija kako bi se definisala njihova relativna efikasnost u dugoročnom oporavku (15,16). Integracija različitih psihoterapijskih pristupa, uključujući individualne, porodične i grupne sesije, doprinosi kompleksnom tretmanu pacijenata sa hroničnim i složenim simptomima, povećava adherenciju terapiji i smanjuje rizik od relapsa.

Socijalna podrška, uključujući porodicu, prijatelje, vršnjake i širu zajednicu, predstavlja ključnu determinantu uspeha lečenja poremećaja ishrane. Porodica ima centralnu ulogu u motivaciji pacijenta, uspešnosti terapije i održavanju zdravih obrazaca ponašanja. Studije pokazuju da uključivanje porodice u proces lečenja dovodi do bržeg oporavka telesne mase kod adolescenata sa anoreksijom nervozom i značajno smanjuje stopu relapsa (32). Šira socijalna mreža, uključujući vršnjake i grupe podrške, takođe doprinosi uspehu terapije. Pozitivna socijalna interakcija smanjuje osećaj izolacije, povećava samopouzdanje i omogućava pacijentima da primene naučene strategije iz psihoterapije u realnom životu (33). Uključivanje socijalne sredine posebno je značajno u prevenciji relapsa nakon formalnog lečenja, jer kontinuirana podrška pomaže u održavanju adaptivnih obrazaca ponašanja (34). Redovne porodične aktivnosti, kao što su zajednički obroci i otvoreni razgovori o ishrani i telu, povezane su sa boljim nutritivnim statusom i nižim rizikom od razvoja poremećaja u ponašanju prema hrani (11,13). Porodična i socijalna podrška takođe igra ključnu ulogu u emocionalnoj stabilizaciji pacijenata. Pacijenti sa stabilnim mrežama podrške bolje regulišu anksioznost i depresivne simptome koji često prate poremećaje ishrane, što doprinosi ukupnom psihološkom i fizičkom oporavku (35). Integracija socijalnih i porodičnih faktora u multidisciplinarni tretman omogućava holistički pristup,

gde nutritivni i psihoterapijski tretman imaju veću šansu za dugoročni uspeh. Ovo ukazuje na potrebu za strukturiranim uključivanjem porodice i šire zajednice u planove lečenja i post-terapijsku podršku (36).

Farmakoterapija kod poremećaja ishrane nije primarni tretman, ali ima značajnu ulogu, posebno kod pacijenata sa komorbidnim psihijatrijskim poremećajima kao što su depresija, anksioznost ili opsesivno-kompulsivne tendencije (22). Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI), naročito fluoksetin, pokazuju efikasnost u smanjenju epizoda prejedanja i indukovano povraćanja kod bulimije nervoze i poremećaja prejedanja, dok kod anoreksije nervoze njihova primena ima ograničen efekat na telesnu masu, ali može doprijeti stabilizaciji raspoloženja i smanjenju anksioznosti vezane za hranu (37,38). Antipsihotici, poput olanzapina, u malim dozama mogu biti korisni kod anoreksije nervoze, jer olakšavaju povećanje telesne mase, smanjuju anksioznost i opsesivne misli o hrani, te poboljšavaju san i apetit (39). Ipak, njihova primena zahteva pažljivo praćenje zbog potencijalnih nuspojava, uključujući metaboličke poremećaje i sedaciju. Farmakoterapija je naročito efikasna kada se kombinuje sa psihoterapijom i nutritivnim tretmanom. Na primer, SSRI lekovi poboljšavaju raspoloženje i smanjuju anksioznost, što omogućava pacijentima da bolje sarađuju u nutritivnim i psihoterapijskim intervencijama (40). Primena farmakoterapije u kombinaciji sa multidisciplinarnim pristupom takođe smanjuje rizik od relapsa, posebno kod pacijenata sa poremećajem prejedanja, gde emocionalna disregulacija i impulsivnost predstavljaju faktore koji održavaju bolest. Važno je naglasiti da farmakoterapija ne sme biti korišćena izolovano; njena uloga je komplementarna, usmerena na kontrolu simptoma, podršku psihoterapijskim strategijama i omogućavanje optimalnog nutritivnog tretmana. Korišćenje lekova mora biti individualizovano, uz praćenje efekata, interakcija i nuspojava, u kontekstu celokupnog plana lečenja (41).

Zaključak

Lečenje poremećaja ishrane zahteva sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup koji integriše nutritivni, psihoterapijski, socijalni i farmakološki tretman. Nutritivni tretman predstavlja osnovu oporavka, jer restauracija telesne mase, pravilnog unosa energije i mikronutrijenata omogućava normalizaciju fizioloških funkcija i priprema organizam za psihološki tretman (1,3). Psihoterapija, uključujući kognitivno-bihevioralnu terapiju, porodične inter-

vencije i druge modalitete, ključna je za promenu disfunkcionalnih obrazaca mišljenja i ponašanja, jačanje samopouzdanja i dugoročno održavanje zdravih navika (2,8).

Socijalni i porodični faktori dodatno doprinose uspehu terapije, jer mreže podrške motivišu pacijente, smanjuju osećaj izolacije i poboljšavaju ishod lečenja, čime se smanjuje rizik od relapsa (1,2). Farmakoterapija ima pomoćnu ulogu, prvenstveno kod komorbidnih psihijatrijskih simptoma, i treba je primenjivati kao dopunu multidisciplinarnom planu, a ne kao samostalnu terapijsku strategiju (4,8).

Integracija svih ovih pristupa omogućava personalizovan tretman, koji poštuje individualne potrebe pacijenta i njegovu razvojnu fazu, što značajno povećava šanse za trajni oporavak i kvalitetan život. Dugoročni uspeh zavisi od kontinuiteta tretmana, strpljenja i koordinacije svih članova tima, uključujući porodicu i širu socijalnu mrežu.

Literatura

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2017.
2. Jurčić Z. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*. 2004; 52:40–5.
3. Royal College of Psychiatrists. Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
4. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*. 2015; 24(2):165–9.
5. Barbarich N. et al. Use of nutritional supplements to increase the efficacy of fluoxetine in the treatment of anorexia nervosa. Wiley Inter Science 2003;
6. Rowel D. et al. Eating Disorders: Best Practice Guidelines for Dietitians 2008; Health service executive
7. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2020; 26(6):347–55.
8. Haller E. Eating disorders – A review and update. *West J Med* 1992; 157: 658–62.
9. Fairburn CG. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York (NY): Guilford Press; 2008.
10. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3):611–27.
11. Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57(5):459–66.
12. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry*. 2001; 178(3):216–21.
13. Loeb KL, Le Grange D, Lock J. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights and evidence. *Int J Child Adolesc Health*. 2009; 2(2):243–54.
14. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(1):3–11.
15. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*. 2010; 41(1):106–20.
16. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6):1061–5.
17. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(6):419–28.
18. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, Dounchis JZ, Frank MA, Wiseman CV. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(8):713–21.
19. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York (NY): Basic Books; 2005.
20. Peterson CB, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Crow SJ, Engel S. Predicting group cognitive-behavioral therapy outcome of binge eating disorder using empirical classification. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 1(9):541–7.
21. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(5):462–9.

22. Walsh BT, Steinglass JE, et al. Pre-meal anxiety and food intake in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(3):261–9.
23. Siopa C, Chaves I, Marques JP, Varino F, Froes P, Pestana PC, Novais F. The Role of New Treatments in Managing Eating Behavior Disorders: A Systematic Review. *Curr Treat Options Psychiatry.* 2025; 12(1):18.
24. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: a multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49(2):139–47.
25. Muratore AF, Attia E. Psychopharmacologic management of eating disorders: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* 2022; 30(3):159–73.
26. Reas DL, Grilo CM, Mitchell JE, et al. Pharmacotherapy of binge-eating disorder: a review. *Psychiatr Clin North Am.* 2015; 38(3):519–34.
27. Rodan SC, Bryant E, Le A, Maloney D, Touyz S, McGregor IS, Maguire S, et al. Pharmacotherapy, alternative and adjunctive therapies for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 2023; 11:112.
28. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell M, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2016; 73(8):841–9.
29. Crow SJ. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 21(10):100.
30. Sansone RA, Sansone LA. Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Innov Clin Neurosci.* 2015; 12(5–6):14–9.
31. Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, et al. A prospective examination of weight gain in hospitalized adolescents with anorexia nervosa on a recommended refeeding protocol. *J Adolesc Health.* 2012; 50(1):24–9.
32. Dare C, Eisler I, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001; 42(5):727–36.
33. Treasure J, Zipfel S, Micali N, et al. Anorexia nervosa. *Lancet.* 2015; 385(9976):899–911.
34. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA. Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: Implications for the tripartite influence model. *Dev Psychol.* 2015; 51(5):706–13.
35. Leonidas C, dos Santos MA. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10:915–27.
36. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet.* 2010; 375(9714):583–93.
37. Levine LR. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. *N Engl J Med.* 1992; 327:1835–42.
38. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nat Rev Neurosci.* 2009; 10:573–84.
39. Bissada H, Mishra A, Ochner CN, et al. Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2008; 165(10):1281–8.
40. Hay P, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Pharmacotherapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2009; 42(2):127–39.
41. Walsh BT. Pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2011; 44(6):456–62.

Korespondent/Corresponding author: Tanja Olajdzija, E-mail: tolajdzija@gmail.com