



## СТУДЕНТСКА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЈА ЗА НУТРИЦИЈА



Автор: Бојана Кацарова <sup>1</sup>, Ментор: Проф. Д-р Ленче Милошева <sup>2</sup>

Факултет за медицински науки- Универзитет „Гоце Делчев“- Штип, насока општа медицина

[1bkacarova02@gmail.com](mailto:bkacarova02@gmail.com) [2lence.miloseva@ugd.edu.mk](mailto:lence.miloseva@ugd.edu.mk)

# АНОРЕКСИЈА НЕРВОЗА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ- ПСИХОПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

## КУСА СОДРЖИНА (АПСТРАКТ)

Аногехија нервоза претставува нарушување во исхраната кое се карактеризира со прекумерно губење на телесната тежина, настанато како резултат на намерно изгладнување. Во основата на нејзината психопатологија се преценети идеи за перфектна физичка појава, кои имаат когнитивна природа. Токму ова е силна индикација за спроведување на когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ).

Целта на ова истражување е да се истакне значењето на напреднатата КБТ и импактот на трансдијагностичкиот принцип на третман, кои овозможуваат стратешки промени во однесувањето и модифицирање на размислувањето. Истражувањето е работено според ПРИЗМА МОДЕЛ, со селекција на систематски прегледи и пребарување преку клучни поими од научна и веродостојна литература.

Од обработените податоци може да се дојде до сознание дека преминот од период на пубертет, адолесценција, кон период на зрелост, е исполнет со низа предизвици и потешкотии. Темелот на проблематиката е опседнатоста со сопствениот изглед, изложеноста на удар од критики од авторитативни личности за младите, а во екстремни случаи и растројства како анксиозност или опсесивно-компулсивно пореметување. Во однос на третманот, утврден е компатибилен состав на психотерапија со прецизно дефинирани фази на спроведување на КБТ, а од големо значење е и семејната поддршка.

**Клучни зборови:** аногехија, адолесценција, перфекционизам, психопатологија, когнитивно-бихејвиорална терапија.

## 1. ВОВЕД

Растројствата во исхраната се нарушувања во односот кон исхранувањето кои, примарно, потекнуваат од ирационалната желба за намалување на телесната тежина, а кои ги нарушуваат медицинското, психолошкото и социјалното функционирање. Овие растројства претставуваат дисфункционални, емоционални, когнитивни и бихејвиорални стратегии во справувањето со развојните проблеми, нарушувањата во расположението, интерперсоналните релации и интрапсихичките конфликти, претворајќи се во самоодржувачка болест, најчесто во контекст на преценети убедувања усвоени од социокултурните норми, кои промовираат тенка фигура и промена на формата на телото. Тие денес претставуваат вообичаен и сериозен клинички синдром, со една од највисоките стапки на морталитет во психијатријата.

Терминот „*anorexia nervosa*“ потекнува од грчкиот термин „губиток на апетитот“ и означува синдром кој се карактеризира со три есенцијални критериуми. Првиот, е самопредизвикано гладување до сигнификантен степен - *однесување*. Вториот е немилосрден поход по витост и/или морбиден страв од дебелеење - *психопатологија*. Третиот критериум е присуството на медицински знаци и симптоми на изгладнувањето - *физиолошка симптоматологија* (како на пример аменореја). Анорексијата често, но не секогаш, се поврзува со нарушување на сликата за сопственото тело, т.е. перцепцијата дека лицето е вознемирувачки обемно, и покрај очигледното медицинско изгладнување [1].

Овој тип на растројство во исхраната, зазема се поголем замав во животот на младите лица, поточно адолесцентите, кои се наоѓаат во еден значаен период на премин кон возрасна доба и соочување со сериозни проблеми и предизвици. Но, навременото воочување од страна на стручно лице, блиска личност на поединецот, или пак самиот тој, овозможува точно дијагностицирање и имплементација на соодветен третман.

## 2. МЕТОДОЛОГИЈА

За целите на овој труд, соодветно се селектирани веродостојни податоци од печатени литератури и научно-достапни систематски прегледи. Работено е според ПРИЗМА-МОДЕЛ. Пребарувањата се извршени со помош на клучни термини и зборови, низ достапни пребарувачи како PubMed и CochraneLibrary со првенствена пристапност кон база на податоци од MEDLINE. Достапните информации се обработени во период од изминати 5-6 години.

## 3. РЕЗУЛТАТИ

### 3.1 Психолошки пристап

Според психопатолошки верувања, во основа на абнормалниот начин на исхрана лежат опсесивно-компулсивните однесувања, а самото растројство се третира како продукт на делузивни верувања. Преценетите верувања се всушност, движечка сила во појавата на анорексијата. *Преценетите верувања* се дефинираат како психолошко-културни нормативни убедувања кои одредуваат несразмерна и управувачка страст во животот на индивидуата и кои доминираат со нејзините мисли, емоции и однесување. Однесувањата кои произлегуваат од овие преценети верувања, во своите екстреми, се ризични, го загрозуваат животот и се опасни за индивидуата (со самата Анорексија). Кога секој буден момент и расположение се врти околу преовладувачкото значење на витоста и како таа да се постигне, тогаш тоа претставува психопатолошка категорија, која најдобро се опишува со овој термин. Пациентот со Анорексија, цврсто го усвојува морбидниот страв од дебелеење преку грешно верување за неопходност од слабо тело, растројството се

зачувува и станува автономно и самоодржувачко. Понатаму, кога ќе се појави и претераното вежбање, настанува ризична комбинација. Овие клучни моменти остануваат силно врежани во умот на пациентот [2].

### 3.1.1 Предиспонирачки фактори

Нарушувањата во расположението, анксиозноста, опсесивните идеи и перфекционистичките црти на личноста, се важни предиспонирачки фактори кон развојот на Анорексија нервоза. Постојат особено значајни елементи кои оставаат длабок печат врз психичкиот профил на еден адолесцент, па така проникнуваат кон целокупната психогенеза на заболувањето. Така на пример, дисфункционални семејства, кои дозволуваат сосема минимален простор за индивидуален развој, многу поверојатно ја поттикнуваат појавата на Анорексија нервоза кај млад човек. Овде спаѓа и негативната експресија на емоции во семејството, кога членовите знаат често да го преплават поединецот со обвинувања и критики, што е дополнителен емоционален стрес. Траумата поради физичко, психичко и/или сексуално вознемирување и злоупотребување во детството или адолесценцијата, е ризик овие лица да развијат некакво психијатриско растројство, придружено со нарушување во концептот на исхрана. Промена на животна средина, работно место, училиште и одделување од семејството, се исто така, стресори кои доведуваат до исти резултати- психолошка нестабилност која се одразува врз режимот на исхрана. Адолесцентите како личности кои се пред праг на зрелост и донесување самостојни одлуки, се ранлива категорија во поглед на влијанието кое го имаат од значајните други личности за нив. Бидејќи ова е период кога активно ја градат и ја подобруваат нивната самодоверба, „добронамерните“ критики од страна на семејството, блиски пријатели или професори, можат да оставаат болна трага во моделирањето на нивниот психички модалитет. Како псевдорешение на кое се потпираат за решавање егзистенцијалните проблеми и одговорности, е лишењето од храна со напорно вежбање [3,4].

### 3.1.2. Интероцептивен дефицит

Перфекционистички настроените адолесценти кои се почувствителни и покомпулсивни, подлегнуваат кон еден тип „брзо решение“ за развој на личен идентитет, посветувајќи се на постигнување вит стас кај девојките, а мускулност и жилавост кај момчињата. Емоционално полабилните личности, искомплексирани и разочарани, често пати, лесно наседнуваат на медиумски и комерцијални кампањи, кои слепо го прифаќаат ставот на опкружувањето да се биде слаб. Овие психоневротични критериуми резултираат со губење на сопственото „јас“ и исчезнување во ништожноста, проследено со разделување од реалноста. Ако во овој момент, не се преземат соодветни медицински мерки, растројството може да доведе до прав психо-соматски маразам и смрт [5].

## 3.2 Терапевтски пристап

Четири есенцијални компоненти на третманот, се цврсти принципи, базирани на докази, спектар од нега соодветна за сериозноста на заболувањето и вешт мултидисциплинарен тим за сериозните случаи. Основните цели на третманот на анорексијата се јасни и трансдијагностички: (1) воспоставување и одржување на нормална, здрава и стабилна телесна тежина; (2) прекинување

на сите абнормални однесувања во врска со исхраната, како што се рестрикцијата на храната, преједувањето или прочистувањето, како и компулсивното вежбање; (3) деактивирање на преценетите верувања и нездравите когнитивни шеми и дисторзии, нивно заменување со здрави и балансираны слики за себе, со паралелна емоционална и бихејвиорална саморегулација; (4) третирање на коморбидните состојби и (5) планирање на превенцијата на релапс за приближно пет години по акутното подобрување. Ова се спроведува се додека не се нормализира телесната и сексуална функционалност кај мажите и додека не се регулираат овулаторните и менструалните циклуси кај жените. Првично, задолжителна е хоспитализација на пациентите.

### **3.2.1 Медикација**

Анскиолитиците помагаат за намалување на антиципаторната анксиозност кај пациентот кој се соочува со оброк. Елементарен цинк во дози од 50 до 100 мг го подобрува процесот на поправање на телесната тежина кај анорексија нервоза. Кога веќе се постигнала посакуваната тежина, Флуоксетинот (Prozac) се покажал како ефикасен во редуцирање на релапсите. Треба да се внимава со примената на трицикличните антидепресиви бидејќи се зголемува чувствителноста на потхранетите пациенти кон лекови. Така на пример, се истрошуваат телесните протеини, особено албумините, што може да ја зголеми слободната фракцијата на лекови во крвта, а исцрпувањето на телесните масни резерви ја покачува волуменската дистрибуција на липосолубилните лекови, со што се зголемува нивната плазма-концентрација [6].

### **3.2.2 Психотерапија**

Земајќи го во предвид фактот дека станува збор за заболување чија природа е од когнитивно и бихејвиорално потекло, клучен момент во лекувањето на пациентите, опоравувањето и нивното враќање во нормален живот, има психотерапевтскиот пристап. Овде е многу важно да се нагласи дека примената на техниките на „награда и казна“ не се покажале како корисни и биле ефикасни само краткорочно, бидејќи им овозможувале на пациентите брзо, со јадење „да се извлечат од болница“, без притоа да се променат преценетите верувања и искривени когниции. Основата на психотерапевтскиот третман е успешно ангажирање и поврзување на пациентите, зголемување на нивната самосвест и мотивација за промена, како и нивно убедување и помагање да ги препознаат, предизвикаат и заменат своите преценети верувања кои се однесуваат на желбата за виткост, нивниот страв од дебелина, како и прифаќање на здравата, нормална индивидуализирана телесна тежина и вештините за саморегулација. За адолесцентските пациенти, студиите покажуваат дека за позитивен исход, неопходно е вклучување на семејството, преку различни елементи на семејна едукација, советување, обучување и терапија која се инкорпорира во третманот. Мотивираните, инволвирани, внимателно обучени родители кои се под надзор на стручно лице може да го надгледуваат исхранувањето на младите адолесцентски пациенти - т.н. модел на Мејдсли [7], [8].

### **3.3 Когнитивно – бихејвиорална терапија**

Когнитивно-бихејвиоралната терапија, или скратено КБТ, претставува тип на третман кој преку разговор воден од стучен психотерапевт, им помага на пациентите да го променат начинот на своето однесување и начин на размислување, што несомнено бил основен иницијатор на нивните здравствени потешкотии. Во третирањето на Анорексијата, постојат две форми на СВТ- Е, фокусирана форма (СВТ-Ef) која е насочена исклучиво кон психопатологијата на нарушувања

во исхраната и посложена широка форма (CBT-Eb) која исто така се занимава со одредени дополнителни проблеми (т.е. нетолеранција на расположение, клинички перфекционизам, ниска самодоверба и меѓучовечки тешкотии) кои кај некои пациенти се чини дека ја одржуваат психопатологијата на нарушување во исхраната. Досегашните истражувања покажале дека и двата типа на КБТ имаат оптимален ефект. Пациентите добро ги поднесуваат и добро реагираат на нив. Ова е многу важно за оние кои се хоспитализирани. Друг наод се однесува на одржувањето на промените кај пациентите по отпуштањето. Ова е од големо значење бидејќи релапсот е чест по хоспитализацијата. Дополнително, 17 од 23 лица или околу 80 % имаат подобрен ВМИ (body mass index). Овие податоци се во согласност со впечатокот дека исходот од третманот кај адолесцентите со Анорексија нервоза е генерално подобар од оној кај возрасните. Исто така, потребно е будно да се следи и анализира состојбата на адолесцентите кои се лекуваат [9].

### 3.3.1 Фази на КБТ и реализација

Когнитивно-бихејвиоралната терапија (КБТ) се состои од последователно спроведени 4 фази:

- Прва фаза- пациентите се едуцираат за Анорексија нервоза, им се помага да ја подобрат исхраната и да ги самомониторираат идеите за сопствениот изглед и тело. Целта е да се разграничат клучните симптоми, да се обезбеди психо-едукација и нутриционистичко советување, вклучително и препишување шеми за исхрана.
- Втора фаза- се практикуваат разни структурирани процедури и домашни задачи, со кои пациентите треба да го прошират обемот на храна и да ги идентификуваат и исправат дисфункционалните ставови, верувања и несоодветни поведенија. Овде треба да се одржи акцентот на зголемување на телесната тежина и нормализирање на исхраната, користејќи когнитивни стратегии, како препознавање на дисфункционални мисли.
- Трета фаза- понатаму, пациентите се учат да ги идентификуваат интерперсоналните стресори и подобро да се справуваат со нив, со користење на поадаптивни одбранбени механизми. Тука терапевтот ги појаснува промените што ги направила личноста.
- Четврта фаза- конечно, откако симптомите ќе исчезнат, се користат стратегии за превенција на релапси, со што се намалуваат можностите за нивно појавување преку антиципација и подготовка за стресните ситуации со кои би можеле адолесцентите да се судрат во иднина.

Во текот на спроведувањето на оваа терапија, често се случува да бидат вклучени и влијателни личности од животот на адолесцентот, а тоа се неговите родители или старатели. Третманот се спроведува 40 до 45 минути, „еден на еден“ сесии во текот на 10 месеца, на кои претходат две подготвителни сесии од 60 минути и следува една сесија за преглед 20 недели по завршувањето на третманот. Вклучувањето на родителите се состои од единечна сесија за проценка од 1 час во текот на првите две недели од третманот и осум сесии од 15 минути со пациентот и родителите заедно. Тие се случуваат веднаш по индивидуалната сесија со пациентот во период меѓу 1-4 недели или помеѓу 8, 12, 20 и 40 недели. Целта на почетната сесија со родителите е да се идентификуваат семејните фактори кои можат да ги попречат обидите на пациентот да се промени додека следните сесии се посветени на планирање оброци, спроведување на оброците и на создавање решенија за проблемите што се појавиле или биле предвидливи.

Дополнителни сесии со родителите се одржуваат само ако имало семејни кризи, екстремни тешкотии за време на оброците или родителско непријателство кон адолесцентот. Неколку такви сесии се навистина потребни [10].

### 3.3.2 Ефекти од КБТ

Најголем дел од адолесцентите, успешно го пребродуваат растројството и се спремни да се соочат со предизвиците од сегашноста и иднината. Многу мал број, тешко преминуваат од болнички третман на амбулантски. Обично, станува збор за пациенти кои тешко соработуваат, не можат да напредуваат, или, имаат потреба од дополнителни сесии поради коморбидитети, психичка вознемиреност или физичка загриженост. Потоа, освен што е подобрена психопатологијата како срж на Анорексијата, пациентите доживуваат и соматски напредок, во смисла на враќање на нормален телесно-масен индекс и телесна тежина. Со контролните третмани, намалени се значително опасностите од повторна појава на растројството со сите негови последици. Тоа значи дека добиените промени се стабилни и одржувани. Позитивен исход не ретко се добива и без потреба од дополнителен третман во склоп на КБТ. Биопсихосоцијалниот развој и адаптивбилноста на пациентот се опоравуваат. Покрај менторирањето на симптомите, психотерапевтот се обидува да го води пациентот да работи на развивањето поведение кое е адекватно на неговата возраст, како и здрави одбранбени механизми; пациентот треба успешно да се вклопи во училиштето, на работа и во социјалните релации, да развие идентитет кој ќе ротира околу здрави навики, а не растроени. КБТ има за цел да изгради алтернативни одбранбени механизми и методи за редукција на стресот, така што стресорите да не предизвикаат регресија кон маладаптивните, неефикасни модели на реагирање. Тие методи вклучуваат тековна психотерапија со базични елементи токму на КБТ, како и интерперсонални пристапи. Фокусот сè уште останува на одржување на нормална телесна тежина, умерени вежби и коректни ставови во однос на исхраната. Клучно во успешната терапија е спроведување и комбинација на непосредна срдечност, слобода од контрола и слобода од хиерархиски релации кои се засноваат на моќ, за што е неопходна стручна подготовка и обученост. Емпирискиот поддржан пристап во третманот, е усвоен преку трансдијагностичка ориентација. Важно е да се нагласи дека задолжително е потребно психотерапевтот да има соодветен степен на едукација и обука, како би му помогнал на адолесцентот и би го извлекол од тешката ситуација. Не така ретко се добиваат несоодветни ефекти од терапијата, поради несоодветно квалификуван кадар. За да се максимизираат шансите да се одржи напредокот, терапевтот и пациентот заеднички осмислуваат персонализиран план за следните неколку месеци до нареден состанокот за преглед после третманот (околу 20 недели подоцна). Обично ова вклучува понатамошна работа на проверка на телото, избегнување храна, а можеби и понатамошна практика за решавање на проблеми. Дополнително, пациентите се охрабруваат да продолжат со своите напори за развој на нови интереси и активности. Ефикасноста на КБТ се согледува и во нејзината способност да спречи релапс (повторна појава на болеста). Постојат 2 елементи за минимизирање на ризикот од релапс. Прво, пациентите треба да имаат реални очекувања во однос на иднината. Очекувањето дека никогаш повеќе нема да имаат никакви тешкотии во исхраната ги прави пациентите чувствителни на релапс, бидејќи така се поттикнува негативна реакција дури и на мали неуспеси. Наместо тоа, пациентите треба да го гледаат својот проблем со исхраната како „Ахилова пета“. Целта е пациентите да ги идентификуваат неуспесите што е можно порано, да ги гледаат како „пропуст“ наместо „рецидив“ и активно да ги решаваат користејќи стратегии што ги научиле за време на третманот [11], [12].

#### 4. ЗАКЛУЧОК

Интензивното темпо на живеење често им наметнува на адолесцентите потреба да се изградат себеси во некое перфекционистичко светло за нив. Тие се наоѓаат во еден период кога допрва ги зајакнуваат своите емоционални пристапи и изградуваат општествено прифатена слика. Желбата да им се допаднат на нивните блиски, создава во нив непокорен порив за изградба на физички атрактивно тело. Обично, критериумите за тоа се наметнати од влијателни личности и некои искривени, стандардизирани норми, кои ги туркаат адолесцентите во еден магичен круг на опсесија за нивната појава. Склони кон изгладнување, прекумерна и ирационална активност и слабење, се запрепастувачки настани кои ги делат младите личности од амбис на клинички синдром наречен Анорексија нервоза. Светлата страна на приказната се препишува на навременото забележување на ваквото растројство, негово правилно дијагностицирање и најважно, започнување со терапија што е можно порано. Освен хоспитализацијата и фармаколошката поткрепеност, со сигурност може да се каже дека е најесенцијална психотерапевтската поддршка во облик на когнитивно-бихејвиоралната терапија. Придобивките од неа му овозможуваат на адолесцентот да направи еден „рестарт“ во неговиот ум и психа, да ја воочи реалната состојба во која западнал, да се охрабри и преземе иницијативи и чекори за подобрување. Таа ја зајакнува токму когнитивната сфера и бихејвиоралниот сегмент, ги обновува точно оние домени од каде што и потекнува самата проблематика. Само на тој начин, во комбинација со стручна мотивација и семејна поддршка ќе се спречат радикални последици од ова растројство и негова повторна појава.

## 5. РЕФЕРЕНЦИ

- [1] Д-р Бенџамин Ц. САДОК, Д-р Вирџинија А. САДОК, *Сеопфатен учебник по психијатрија, том 1*; Д-р Арнолд Е. Андерсон и Џеел Јагер- *Расстројства во исхраната*, 2012.
- [2] Alessio Maria Monteleone, Giammarco Cascino (July, 2021) *A systematic review of network analysis studies in eating disorders: Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms*, 29(4): 531–547.
- [3] Paola Longo, Matteo Panero, Laura Amodeo, Matilde Demarchi, Giovanni Abbate-Daga, Enrica Marzola; *Psychoform and somatoform dissociation in anorexia nervosa: A systematic review*, 2020.
- [4] Paola Longo ORCID, Enrica Marzola ORCID, Carlotta De Bacco, Matilde Demarchi and Giovanni Abbate-Daga (Dec. 2020); *Young Patients with Anorexia Nervosa: The Contribution of Post-Traumatic Stress Disorder and Traumatic Events*, 57(1), 2.
- [5] Проф. Д-р Георги Чадловски, *Психопатологија*, Скопје 2012.
- [6] Guido K.W. Franka (Apr, 2020), *Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of anorexia nervosa – too much for one drug?*, 1045-1058.
- [7] Jonathan Espie<sup>1</sup> and Ivan Eisler<sup>2</sup> (2015), *Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient*, 6: 9–16.
- [8] Caroline A Fisher<sup>1</sup>, Sonja Skocic, Kathleen A Rutherford, Sarah E Hetrick (May, 2019); *Family therapy approaches for anorexia nervosa*, 1;5(5).
- [9] Riccardo Dalle Grave,<sup>a,\*</sup> Simona Calugi,<sup>a</sup> Maddalena Conti,<sup>a</sup> Helen Doll,<sup>b</sup> and Christopher G. Fairburn<sup>c</sup>, (2013); *Inpatient Cognitive Behaviour Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial*, 82(6): 390–398.
- [10] Erika Nyman-Carlsson, Claes Norring, Ingemar Engström, Sanna Aila Gustafsson, Karolin Lindberg, Gunilla Paulson-Karlsson, Lauri Nevoonen (2019), *Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial*, 1011-1025.
- [11] Martie de Jong,<sup>a,b</sup> Maartje Schoorl,<sup>c,d</sup> and Hans W. Hoek<sup>a,e,f</sup>, (2018), *Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review*, 31(6): 436–444.
- [12] Sandra Mulkens<sup>a,b</sup> and Glenn Waller<sup>c</sup>, (2021), *New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED)*, 34(6): 576–583.