

Odklanjanje hrane

Dennis McGuire in Brian Chicoine

Odklanjanje hrane ni psihična motnja v pravem pomenu. Pri odraslih z Downovim sindromom se lahko pojavi kot simptom različnih duševnih in telesnih težav. Zato avtorja knjige *Razumeti, spremljati in podpirati odrasle z Downovim sindromom* namenjata tej temi vsak svoje poglavje. Odklanjanje hrane je primer skupnega delovanja psihičnih in zdravstvenih težav, ki so zelo težavne za zdravljenje.

Kaj razumemo pod pojmom odklanjanje hrane?

Pod tem pojmom razumemo pomembno spremembo vedenja neke osebe v odnosu do uživanja hrane in pitja tekočin, ki je povezano z veliko izgubo teže ali drugim zdravstvenim tveganjem. K temu sodijo:

- popolno odklanjanje in opustitev uživanja hrane in pitja,
- odklanjanje vseh jedi ali uživanje le izbranih živil in jedi v malih količinah,
- odklanjanje določene teksture hrane (npr. uživa le tekočo hrano, ne pa čvrstih živil),
- uživanje samo majhne in nezadostne količine hrane.

Zdravili smo nekatere paciente z Downovim sindromom, ki so odklanjali hrano, in zato močno shujšali. Odklanjanje hrane je pogosto simptom zdravstvenih težav ali začetek zapletov neke bolezni. Pogosto poslušamo, da je nekdo odklanjal hrano zaradi bolečin, ki jih povzroča bolezen, a hrano odklanja tudi še po tem, ko bolečine že dolgo ni več. V takih primerih se zdi, da je tako vedenje naučeno, da je to prisilno dejanje ali del simptomov depresije ali tesnobe. Depresija vsekakor lahko sproži bistveno spremembo apetita.

Če je razvoj psihične motnje, kot je depresija, povezan tudi z odklanjanjem hrane, smatramo odklanjanje hrane kot del simptomatike te psihične motnje. A to vendarle ni vselej tako. V večini primerov se pri pacientih pojavijo hude motnje hranjenja potem, ko se je razvilo neko telesno obolenje (navidezno ali dejansko). Pogosto se simptomi psihične motnje pojavijo šele pozneje in je odklanjanje hrane spremna motnja prave bolezni, ki je povezana s stresom. Primer:

Jim, 38, je imel že dolgo lažje težave s požiranjem. Če je jedel počasi in je hrano dobro prežvečil, ni imel težav. Nekega dne je na ljudski veselici jedel klobasico in se mu je zaletelo. Tako je razvil strah pred uživanjem trde hrane in je samo še pil. Njegovi strahovi in poskusi zanj pomembne osebe, da bi se spet navadil na normalno hrano, so povzročili tako hudo obupavanje, da je razvil depresijo. Jimovo zdravljenje ni obsegalo samo obravnave osnovnega zdravstvenega problema, temveč tudi

terapijo depresije in svetovanje njegovi družini in drugim zanj pomembnim osebam, kako bi ga lahko podprli pri njegovi težavi s požiranjem in uživanjem hrane.

Diagnoza

Ko nam predstavijo mladostnike ali odrasle, ki že nekaj časa jedo malo ali hrano povsem odklanjajo, raziščemo najprej njihove osnovne zdravstvene težave. To storimo, čeprav je odklanjanje hrane lahko edini simptom bolezni ali psihične motnje. Če odklanjanje hrane obravnavamo kot čisto vedenjsko motnjo, pri tem lahko spregledamo neko resno zdravstveno težavo. Če težave na podlagi napačne ocene ne bi zdravili, tudi motnje hranjenja ne bi mogli popolno zdraviti. Motnja bi ostajala še naprej, prizadetemu pa bi povzročala nepotrebne neprijetnosti.

Pri naših pacientih preverimo, ali obstajajo naslednji zdravstveni problemi:

- želodčno-požiralniški refluks in vnetje požiralnika, z ali brez zožitve požiralnika,
- želodčna razjeda,
- težave z zobmi,
- motnja požiranja,
- celiakija,
- nezadostno delovanje ščitnice,
- različni razlogi za slabosti (npr. težave z ledvicami, sladkorna bolezen, moteno ravnovesje kalcija, vnetje trebušne slinavke in drugo), motnje znotraj lobanje (npr. možganski tumor in drugi vzroki za povišan možganski pritisk),
- stranski učinki zdravil,
- drugi zdravstveni problemi, ki se pokažejo pri anamnezi ali pri telesnem pregledu, kot so bolečine v grlu, vozličavost v ustih ali grlu in tako naprej.

Pri naših preiskavah pogosto ugotovimo, da so vzrok motenj hranjenja želodčna razjeda, vnetje požiralnika ali druge želodčno-črevesne težave. Zato se nam zdi smiselno opraviti endoskopijo (preiskava z ogledalcem) požiralnika, želodca in dvanajstnika, da bi tako preiskali prebavni trakt. Za to preiskavo se seveda odločimo le po poprejšnjem dogovoru s pacientom in njegovo družino. Pri zgornji endoskopiji se vpelje cev v usta ter potisne skozi požiralnik v želodec in v sprednji del tankega črevesa. Ta preiskava se običajno izpelje ob lahnih pomirjevalih. Mnogi naši bolniki z Downovim sindromom pa seveda potrebujejo popolno narkozo, ker to terjajo obremenitve zaradi preiskave.

Odločitev o tem, ali izpeljati invazivno preiskavo, je odvisna od rezultatov telesnih preiskav in od anamneze.

Zdravljenje odklanjanja hrane

Če ima odklanjanje hrane vzrok v zdravstvenih težavah in smo te uspešno zdravili, se v nekaterih primerih odpravi tudi motnja hranjenja in nadaljnja obravnava ni več potrebna. Mnogi pacienti pa odklanjajo hrano še naprej. Njihovi simptomi večinoma temeljijo na zdravstvenih težavah, bolezen pa je prispevala, da se je kot dodatni stresni dejavnik razvilo prisilno vedenje, namreč odklanjanje hrane, depresija ali druge psihične motnje. Res je presenetljivo, da nekateri ljudje z Downovim sindromom znamenja lakote lahko povsem ignorirajo.

Pogosto nas vprašajo, ali so težave odklanjanja hrane primerljive z anoreksijo nevrozo – bolezenskim hujšanjem. Seveda obstajajo pri obeh skupne značilnosti, a tudi jasne razlike v tem, kako se bolezensko hujšanje kaže pri ljudeh, ki nimajo Downovega sindroma in kako pri ljudeh z Downovim sindromom. Od njih običajno ne slišimo, da imajo prekomerno težo ali pa da morajo shujšati, kot to izražajo pacienti z bolezenskim hujšanjem, anoreksijo. Namesto tega se zdi odklanjanje hrane prej reakcija na zdravstveno težavo, pri kateri prizadeti razvije še dodatno psihično motnjo (prisilno motnjo ali depresijo).

Kadar pacient odklanja hrano, čeprav smo njegove zdravstvene težave odpravili (ali pa osnovnih zdravstvenih problemov ne moremo prepoznati), terapijo odklanjanja hrane usmerimo v terapijo prisilne motnje ali depresije. Taka obravnava lahko vsebuje naslednje zasnove:

1. Psihoterapija osebe z Downovim sindromom, njegove družine ali skrbnikov.
2. Terapija požiranja k spodbujanju poskušanja hrane.
3. Podpiranje, dokler pacient spet lahko zadosti je.
4. Zdravila.

Podpiranje

K odpravi težav lahko prispevajo podporna psihoterapija, opogumljanje in usmerjanje k normalnemu prehranjevanju. Ko smo odpravili zdravstvene težave, moramo prizadetemu nazorno pojasniti, da smo njegove bolečine odpravili in da se zdaj lahko hrani brez bolečin. Prizadetega moramo pri tem opogumljati, podpirati in krepiti. Najbolje je, da se to dogaja tam, kjer živi in na prostoru, kjer se hrani. Pomagati moramo tudi družini in spremljevalcu. S stanjem je treba seznaniti tudi druge pomembne osebe, ki lahko prispevajo k ustreznim rešitvam, kot so učitelj v šoli, predpostavljeni na delovnem mestu ali prijatelji in kolegi pri prostočasnih dejavnostih. Prvi cilj je zagotoviti, da prizadeti je dovolj, da bi zadostil dnevnim potrebam po kalorijah, vitaminih, mineralih in drugih pomembnih hranilnih snoveh. Dokler stanje traja, ne smemo izvajati preveč pritiska, da bi ga pripravili k normalnemu hranjenju. Če prizadeti odklanja čvrsto hrano, mu ponujamo več tekoče ali morda samo majhne količine hrane, ki pa zadoščajo pokrivanju hranilnih potreb. Če se v takih okoliščinah izvaja pritisk, prizadetega prestrašimo, kar vodi k temu, da je še manj kot prej. Več uspeha dosežemo z mehkejšim opogumljanjem in podporo. Pri tem moramo vedeti, da je proces dolgotrajen. Smiselno je, da v njem sodelujejo psihoterapevt, terapevt

požiranja in zdravnik, ki skupaj obravnavajo odraslo osebo z Downovim sindromom in njegovo družino.

Psihoterapija

V večini primerov je nujno, da damo družini prizadetega ali drugi pomembni osebi navodila, ker so ti frustrirani, ko morajo nekoga, ki ne more jesti, siliti k jedi. Družino in spremljevalca moramo na primer naučiti, kako omiliti situacijo, v kateri se soočajo z odklanjanjem hrane. Naučiti se morajo ostati mirni in sproščeni in odklanjanja hrane ne smejo jemati osebno. Soočenje pri osebah z Downovim sindromom pogosto učinkuje prav nasprotno, namreč da postanejo še počasnejši. Smiselna je tudi občasna podpora socialnega terapevta, psihologa ali družinskega terapevta.

Učenje požiranja

Pomaga lahko tudi učenje požiranja pri logopedu. S to terapijo se lahko začne brž, ko se zazna motnje hranjenja in ugotovi problem, iz katerega te izhajajo. Vseeno pa je smiselno počakati, da se ugotovi, ali problem izhaja iz morebitnega zdravstvenega stanja. Morda je to edina težava, ki jo je treba obravnavati. Terapija se stoji iz ponovnega učenja požiranja in ponovnega uvajanja različne hrane. Osebe, ki so izgubile sposobnost požiranja, ker zaradi dolgotrajnega odklanjanja hrane ne znajo več pravilno požirati, lahko to spretnost z učenjem ponovno pridobijo. Nekateri odrasli z Downovim sindromom občutijo učenje požiranja enako zastrašujoče kot uživanje hrane. V takih primerih je smiselno to terapijo kombinirati z zdravili proti strahu.

Zdravila

Pri obravnavi odklanjanja hrane moramo pogosto predpisati tudi zdravila, posebej, če gre pri tem še za depresijo ali prisilno motnjo. Ugotovili smo, da je v takih primerih koristen Paroxetin, ker ta učinkovina kot tudi drugi antidepresivi (SSRIs) ne zdravijo le depresije ali prisilne motnje, temveč pri mnogih osebah z Downovim sindromom spodbujajo tudi apetit in povečanje teže. Ti stranski učinki so v takih situacijah lahko zelo koristni. Tako mnogi pisci poglavij o depresijah in prisilnih motnjah zagovarjajo uporabo antidepresivov tudi pri odklanjanju hrane.

V marsikateri preiskavi se je v takih primerih izkazalo, da oseba trpi tudi zaradi psihotične motnje. Po naših izkušnjah antipsihotiki pri pacientih z Downovim sindromom povzročijo povečanje teže. Predvsem Olanzapin je v takih primerih dobra izbira, ker z veliko verjetnostjo sledi povečanje teže.

Lahko pa pomagajo tudi stimulansi apetita, ki prizadete motivirajo za uživanje hrane. Pacienti zato tudi bolje sprejemajo drugo ali nadaljnjo obravnavo. Megestrol po naših izkušnjah pri ljudeh z Downovim sindromom, ki odklanjajo hrano, zelo poveča apetit. Vsekakor pa se mora pri dajanju Megastrola zelo skrbno nadzorovati krvno sliko sladkorja.

Mihael

Mihaela, starega 43 let, je v našo ambulanto pripeljala sestra. Skrbelo jo je, ker je zelo shujšal. Izgubil je dvajset kilogramov in je imel komaj še kaj apetita. Namesto prejšnjih sedemdeset kilogramov jih je zdaj imel le še petdeset. Mihaelove govorne sposobnosti so bile močno omejene. S kimanjem ali odkimavanjem je komaj nakazal da in ne. Na vprašanje o bolečinah v trebuhu je odkimal, pri preiskavi zgornjega dela trebuha (žličke) pa je imel pri pritisku lažje bolečine. Hemoglobin (rdeče krvničke) je bil nekoliko znižan, kar je nakazovalo blažjo slabokrvnost. Ta je lahko nastala zaradi nezadostnega uživanja hrane ali pa zaradi izgube krvi.

Mihael je bil sprejet na zdravljenje v bolnišnici zaradi dehidracije, ki je nastala zaradi zmanjšanega vnosa tekočin. V bolnišnici je bila narejena endoskopija in zdravniki so odkrili veliko želodčno razjedo in uvedli zdravljenje z Omeprazolom, da bi zmanjšali nastajanje kisline. Poleg tega je proti anemiji dobil železo. Med preiskavo so ugotovili tudi povečano delovanje ščitnice. Tudi za to je dobil zdravilo. Čeprav povečano delovanje ščitnice pogosto potegne za seboj izgubo teže, se pogosto pokaže tudi v naraščanju apetita, kar pa se pri Mihaelu ni zgodilo.

Obravnava Mihaelove motnje hranjenja in izgube teže je bila le zmerno uspešna. Zaradi zmanjšanega apetita in tudi zaradi motenj razpoloženja, so se zmanjšali njegovi interesi glede siceršnjih dejavnosti in povečala se je potreba po spanju. Postavljena je bila diagnoza depresije in vpeljano zdravljenje s Paroxetinom. Njegovo duševno stanje se je izboljšalo, toda še vedno je imel težave z uživanjem hrane, tako da smo k zdravljenju dodali še Megastrol. Ko je Mihael spet pridobil težo in postal dejaven, je imel več energije in se je počutil veliko bolje. Po nekaj mesecih je pridobil skoraj dvajset kilogramov. Megastrol in Paroxetin smo ukinili, Mihael je jedel zadosti, zdravljenje želodčne razjede in prekomernega delovanja ščitnice pa se je nadaljevalo.

Mihael je klasični primer pacienta, ki odklanja hrano. Na začetku zavračanja hrane znakov depresije še ni kazal. Simptomi zanjo so se pojavili pozneje zaradi poslabšanja njegovega splošnega stanja.

Paul

Pri Paulu, 33, je bilo zdravljenje težje. Ko smo ga videli prvič, je shujšal za 16 kilogramov in je tehtal le še 48 kilogramov. Njegovi skrbniki so poročali, da se poleg motnje hranjenja kaže tudi prisilno vedenje. Vse dejavnosti je izvajal kot rituale ali kot prisilna dejanja. Pri telesni preiskavi nismo odkrili nič posebnega in tudi njegovi laboratorijski izvidi so bili v mejah normale. Ko je bil pregledan endoskopsko, smo ugotovili lažje vnetje požiralnika. Pri ponovnem pogovoru smo odkrili, da že dolgo trpi zaradi zgage. Zgaga se je pričela približno v času, ko je Paul začel manj jesti.

Paul je dobil zdravila za zmanjšanje želodčne kisline. Vendar zaradi tega zdaj ni jedel več. Kljub terapevtski obravnavi, kljub jemanju Paroxetina proti prisilnim motnjam in kljub stimulansom apetita je še naprej izgubljal težo. Morali smo mu skozi nos vstaviti želodčno sondo. Še naprej je zavračal hrano in končno dobil PEG-sondo, hranilno

sondo, ki se operativno vpelje skozi trebušno steno v želodec, po kateri je dobival tekočo ali redko kašnato hrano. PEG-sonda je pri Paulu podpirala hranjenje v času učenja požiranja in psihoterapije. Dobival je tudi različna zdravila. Paul je končno lahko jedel majhne količine hrane, kar mu je bilo v veselje. PEG-sondo pa je potreboval še naprej, da smo mu tako zagotovili zadostno količino hrane.

Primeri, kot je Paulov so pogosti. Ko je vzrok medicinskega problema končno raziskan in znan, se morda že pojavi izboljšanje, prisilno vedenje pa ostane. Včasih se zdi zdravstveni problem povsem nepomemben. Paul je imel na primer le lažje vnetje požiralnika. Kljub temu pa je ta vodil v razvoj prisilne motnje in v spremenjeno vedenje. Čeprav izhajamo iz tega, da zgodnje ukrepanje in zgodnja obravnava vodita k boljšim uspehom obravnave, predvsem, če se psihična motnja še ni pokazala, tega ne moremo trditi z gotovostjo.

Jessica

Tudi Jessica, 32, je imela motnjo hranjenja. Ker je imela povišan holesterol, je morala dosledno upoštevati dieto z malo maščobami. Jessico so opozarjali na to, da ne sme uživati nobenih stvari, ki imajo veliko maščob. Tudi prej je dnevne rutinske naloge vselej opravljala zelo dosledno. S svojo dieto je ravnala enako. Na žalost je razvila nefleksibilno navado in postala pri izbiri jedi izjemno izbirčna. Dosegla je že skoraj svojo idealno težo 55 kilogramov. Toda, ker je vztrajala pri navadi je potem izgubila še devet kilogramov in končno tehtala le 46 kilogramov. Na srečo je bilo možno njeno vedenje preusmeriti in njena družina jo je uspela privaditi na bolj zdravo prehranjevanje, ne da bi pri tem pretiravala. Jessica je zdaj razumela, da je hrana, ki vsebuje maščobo vsekakor nujna. Sčasoma so se njene prehranjevalne navade spet normalizirale.

Povzetek

Odklanjanje hrane lahko predstavlja težko obvladljiv problem, ki vpliva tudi na zdravje. Pri ljudeh z Downovim sindromom je odklanjanje hrane lahko povezano z telesno-zdravstvenimi in psihičnimi težavami. Zatorej je treba paciente temeljito preiskati, da bi odkrili izvor zdravstvenih težav. Samo tako se lahko začne učinkovito zdravljenje. Zdravljenje se pogosto sestoji iz psihoterapije, raziskave okolja in dodatne podpore pacientu, iz jemanja podpornega zdravila pri obravnavi psihične diagnoze in morebitno tudi iz stimuliranja apetita z zdravili. V nekaterih primerih se mora pacienta dodatno umetno hraniti. Pri odraslih z Downovim sindromom je huda izguba teže prej izjema kot pravilo. Družina ali skrbnik prizadetega naj bi se pri spremembi teže, spremembi apetita in prehranjevalnega vedenja obrnila na zdravnika.

Iz : *Leben mit Down Syndrom*, št. 67, maj 2011, str. 37

Prevedla: Tereza Žerdin, skupina za nemški jezik pri Univerzi za tretje življenjsko obdobje