

ho váhového úbytku vlivem restrikce potravy a nadměrné pohybové aktivity, např. běhání po chodbách ve škole po svačině, nebo nutnosti provedení série cviků před jídlem. Příjmová hmotnost byla 32,8 kg. Farmakoterapie byla v mezičase ambulantně upravena – olanzapin byl ponechán a místo sertralinu byl nasazen mirtazapin. Během hospitalizace byly tendence k pohybu také opakovaně zaznamenávány, ale ne ve větší míře, než během předchozích hospitalizací. S rodiči proběhlo několik rodinných sezení se snahou o vysvětlení povahy onemocnění a s apelem na důležitost dosažení cílové hmotnosti v nemocničním prostředí, protože jevíli zájem o předčasné propuštění dívky cestou negativního reversu. Z jejich strany ale byla spíše nedůvěra v léčebný efekt hospitalizace a byli přesvědčeni, že tentokrát jídelní režim zvládnou uhlídat a že pro dívku bude domácí prostředí příznivější. Dívka sdělila mírnou obavu z předčasného propuštění týkající se strachu z dalšího poklesu hmotnosti, nicméně s plánem rodičů souhlasila. Z její strany se tak nejednalo o velmi typický nátlak na rodiče ohledně předčasného ukončení hospitalizace, který hojně vídáme u pacientek s mentální anorexií, jakožto součást manipulativního jednání. Pacientka byla nakonec cestou negativního reversu dimitována před dosažením cílové hmotnosti a na žádost matky došlo ke změně ambulantní léčby a pacientka tak byla dále ambulantně sledovaná v naší ambulanci. Při dalších kontrolách se již dívka pohybovala hmotnostně okolo 50 kg, uváděla, že zvládá jíst v rámci stanoveného jídelníčku bez restrikce, nicméně vlivem nárůstu hmotnosti přicházely výraznější výčitky a tudíž i nutkání k pohybové kompenzaci byla větší. Výrazná byla i anticipační úzkost z návratu do školního prostředí, které měla dívka spojené se zvýšenou pohybovou aktivitou a snadnější restrikcí stravy vlivem nižší kontroly okolí. Nutkání k pohybu dávala do souvislosti se snahou o vytvoření kalorického deficitu, i když ze zpětného pohledu četnost a charakter denního cvičení již budil dojem kompulzivního jednání. Pohyb také fungoval jako mechanismus ke kompenzaci autoagresivních myšlenek. Vnímání vlastního těla bylo nadále zkreslené, dívka hovořila o tom, že se stále vnímá jako obézní a že její pohled na své tělo je obdobný, jako při přijetí k první hospitalizaci, kdy vážila 35 kg.

Toto období bylo následně vystředáno obdobím, kdy došlo opět k váhovému poklesu. V popředí byly tentokrát nutkavé a ovládací myšlenky, které dívku nutily k pohybu. Nutkání k protahování před každým jídlem vysvětlovala tak, že ho musí provést, aby si jídlo vůbec zasloužila. Nebyla zde touha k restrikci nebo snížení hmotnosti, ale byla přítomna obava z dalšího nekontrolovatelného hmotnostního nárůstu. Nutkavé myšlenky k pohybu dívka poprvé popisovala jako obtěžující a egodystonní. Po vzájemné dohodě byla dívka odeslána ke krátké hospitalizaci a následnému pobytu ve stacionáři pro adolescenty s PPP. Další ambulantní kontrola probíhala poté, co byla pacientka předčasně propuštěna ze stacionáře za porušování režimu nadměrným pohybem. Z pohovoru s pacientkou vyplývalo, že nutkání k pohybu nedovedla zastavit, denně absolvovala tříhodinové túry, které prokládala během a doma ještě dřepovala. Při otázce, za jakým účelem takto jednala, odpovídala, že pokud by se takto nehýbala, tak by se mohlo něco špatného stát.

U dívky tedy došlo k výrazné změně základní symptomatiky. Pohyb, který byl zprvu vnímán a využíván jako forma manipulace a kompenzace váhových nárůstů, které pacientka nedovedla pod vlivem mentální anorexie akceptovat, se nyní stal kompulzivní odpovědí na obsedantní myšlenky, které dívka nedovedla ovládat a které byly nechtěné a obtěžující. Příčinou aktuální frustrace nebylo primárně dodržování stanoveného jídelního režimu, či autoakuzace po jídle, ale četnost a intenzita obsedantních nutkavých myšlenek nutících dívku k neustálé pohybové aktivitě. Při podrobnějším dotazání dívka uvedla další typy ritualizovaného chování – např. kompulzivní cvičení ve chvíli, kdy za ni matka jela autem do nemocnice, z obavy, že by se jinak matka mohla vybourat, nebo nutkání několikrát oběhnout dům či auto před jízdou. Uváděla i četné a nadměrné mytí rukou z obav z možné kontaminace. Významná část obsedantních myšlenek se týkala obav o zdraví a bezpečí blízkých osob (nebo i domácích mazlíčků) – nesla tedy i rysy separační úzkosti.

Vzhledem k tomu, že dívce bylo v tuto chvíli již 17,5 let, nabízel se poslední možnost hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení, se kterou pacientka souhlasila. Odeslána byla tedy ke stabilizační hospitalizaci, observaci obsedantně kompulzivní symptomatiky a případné

změně medikace. Během hospitalizace byly pozorovány potíže při dodržování klidového režimu, projevující se převážně zvýšeným pohybem, v jídelním režimu spolupracovala bez obtíží. Došlo ke změně medikace, nově byl nasazen fluvoxamin s postupnou titrací, olanzapin byl snížen (z důvodu vzájemné interakce fluvoxaminu a olanzapinu projevující se zvýšením sérové hladiny olanzapinu) a mirtazapin byl ponechán v nižší hypnotické dávce. Během pobytu se pacientka vystavovala expozicím se zábranou kompulze. Po několika týdnech došlo k výraznému ústupu kompulzivní symptomatiky, excesivní cvičení bylo vymizelé a dívka referovala i ústup obsedantních myšlenek. V jídelním režimu spolupracovala bez obtíží a negovala přítomnost autoakuzací. Po dosažení cílové hmotnosti byla pacientka dimitována do domácího prostředí.

V dalším ambulantním sledování byl patrný ústup anxiety, zachyceno bylo realističtější vnímání vlastního těla a pozvolná akceptace aktuální hmotnosti, kompulzivní pohybové vzorce byly vymizelé. Při napjatějších situacích přetrvávaly tendence k diskretnímu ritualizovanému chování (např. počítání prstů při stresu před testem ve škole). Za zmínku také stojí dívčina větší samostatnost, postupná separace od matky a naopak tendence k socializaci s vrstevníky. Dívka taktéž zahájila docházení na kognitivně-behaviorální terapii a pravidelně konzultovala svůj jídelníček s nutriční terapeutkou. V dalších měsících byla váhově stabilní, psychoterapeuticky pracovala na sebezpřijetí, tendence k pohybu přítomny nebyly. Dívka se plně osamostatnila, věnovala se studiu, cestovala, našla si partnera a byla schopna se o svůj jídelní režim starat sama, kontrolu ze strany matky již vůbec nevyžadovala. Postupně byl vysazen olanzapin i mirtazapin, dávka fluvoxaminu byla snížena, ale zatím byl ve stálé medikaci ponechán. Po dovršení 19. roku věku byla pacientka předána do rukou psychiatra pro dospělé.

Diskuze

Při zpětném zamyšlení nad celým případem pacientky se nabízí otázka, zda bylo či nebylo možné rozpoznat převahu kompulzivních pohybových tendencí již dříve. Velkým úskalím terapeutické spolupráce s pacientkami s mentální anorexií může být vědomí o jejich schopnosti bagatelizace obtíží a velmi zdatné manipulace, která v ošetřujícím lékaři/terapeutovi čas-