

nedodržování režimu. Nejčastěji se jednalo o manipulaci s jídlem, utajenou fyzickou aktivitu a přepíjení. Propustky povolovány dle nárůstu a udržení váhy. Tento pobyt trval necelé 3 měsíce k dosažení cílové váhy. Vzhledem k neuspokojivému psychickému stavu jsme doporučili pokračovat v hospitalizaci, ale rodiče i pacientka si přáli dimisi. K propuštění jsme připravili cílený motivační plán s plánem nárůstu váhy k 60 kg, který podepsala pacientka i rodiče. Váha při dimisi 54,2 kg, amenorrhea. V ambulantním vedení pacientka nedodržovala motivační plán. Se školní docházkou měla opět stravovací režim sama více pod kontrolou a ubírala na porcích. Váha stagnovala. U pacientky přetrvávaly tendence k obraně nemocného chování, strach z opuštění nemoci, manipulace a přepíjení se. Psychoterapeutická péče byla nepravidelná. Pacientka ji často vynechávala kvůli škole. Pro pokles na váze odmítla kontrolu u lékaře. Postupně došlo opět ke zhoršení psychického stavu. U pacientky pokračovala pokleslá nálada s úzkostnými propady, pocity viny při příjmu jídla, myšlení zahlceno obsahy vyplývající z poruchy příjmu potravy, horší koncentrovanost, sebepoškozování k úlevě od tenze po jídle. Psychiatrickou medikaci odmítala. Rodiče byli zoufalí, sami viděli, že to doma nezvládají, a přáli si hospitalizaci. Pacientka doma už skoro nejedla.

III. Hospitalizace: Váha 52,1 kg při 176 cm (BMI 16,8). Při příjmu byla pacientka bez náhledu na svůj aktuální stav, úzkostná a negativistická. Nutná intervence psychologem. Váha po převážení nalačno byla 50,1 kg při 176 cm (BMI 16,2). Jelikož se jednalo o opakovanou hospitalizaci, tak jsme vytvořili plán péče s odstupňovanými privilegii dle nárůstu váhy. Cílovou váhu jsme si stanovili dle předchozího motivačního plánu na 60 kg. Při seznámení se s cílovou váhou měla pacientka silný afekt, byla opoziční vůči lékařům a smlouvala se zdravotním personálem i s rodiči. Rodiče o plánu taktéž informováni, ze začátku nejisti, ale po vysvětlení lékařem plán péče podporovali. Poté již zklidněna, přijala plán péče a cílovou váhu. Pacientka při této hospitalizaci souhlasila s nastavením medikace ve formě antidepresiva mirtazapinu. V režimu pacientka spolupracovala lépe, dodržovala daný jídelníček a plán péče. Váha narůstala.

Propustky probíhaly uspokojivě s nárůstem váhy. Na oddělení vyhledávala i jídlo navíc po ostatních pacientech. Pacientku bylo nutno usměrnit ohledně přejídání a korigovat nárůst váhy. Spolupráce byla celkově významně lepší než na předešlých hospitalizacích. Ke konci pobytu pacientka udávala, že se cítila psychicky lépe, byla méně podrážděná a měla více energie. Začala mít občas i chuť k jídlu, spánek udávala kvalitnější. Zlepšení stavu přisuzujeme nárůstu váhy a medikaci. Váha při dimisi 61,4 kg (BMI 19,8). Doba hospitalizace byla 6 týdnů. Pacientka je nadále sledována v naší ambulanci a dochází na psychoterapie. Stav ale přetrvává kolísavý.

Diskuze

Z kazuistiky vyplývají následná úskalí v léčbě mentální anorexie. U pacientů s MA se často setkáváme s odmítáním psychiatrické medikace, která může zvyšovat chuť k jídlu. O těchto účincích medikace jsou v dnešní době pacienti velice dobře obeznámeni a při malé motivaci k vyléčení jsou k psychiatrické medikaci často negativističtí. V kazuistice jsme nejprve přistupovali k antidepresivu SSRI, ale pro GIT diskomfort jsme medikaci vysadili. Toho času se jevílo prospěšnější minimalizovat neschopnost příjmu potravy než užívání medikace, u které si nejsme jisti dostatečného efektu. Malá účinnost SSRI antidepresiv u pacientů s MA je způsobena neschopností ovlivnit serotoninergní systém při nedostatečném příjmu tryptofanu (prekurzoru serotoninu) a snížené extracelulární koncentraci serotoninu a denzity serotoninových receptorů u pacientů s nízkou hmotností (5). Při opětovném nasazení medikace přicházela v úvahu úzkostně-depresivní symptomatika, farmakologická anamnéza a negativistický postoj pacientky k psychiatrické medikaci. Po opakované edukaci pacientky jsme přistoupili k mirtazapinu, ke kterému byla pacientka zprvu také odmítavá, ale následně na tuto medikaci přistoupila.

Pacienti s MA často nedodržují léčebný režim, a to signalizuje jejich malou motivovanost k vyléčení. Nejčastěji se setkáváme s utajenou fyzickou aktivitou, s manipulací s jídlem a zvýšeným příjmem tekutin před vážením. Nutné je pacienty opakovaně edukovat o nebezpečnosti takového chování zejména přepíjením, kdy

v nejkrajnějších případech hrozí otrava vodou. Během pobytu na našem oddělení či v ambulantním vedení bereme za optimální nárůst na váze 0,5–1 kg za týden. Dle nárůstu, či poklesu váhy korigujeme porce a fyzickou aktivitu. Při první hospitalizaci si stanovujeme cílovou váhu orientačně. Jedná se o 10. percentil hmotnostní křivky k věku a pohlaví. Při dobré spolupráci pacienta a stabilizaci stavu může být pacient propuštěn před dosažením cílové váhy a veden ambulantně. Při rehospitalizaci si stanovujeme cílovou váhu, kterou pacient dosáhne k propuštění. Stále se jedná o 10. percentil hmotnostní křivky. Při dalších opakovaných hospitalizacích vytváříme plán péče s postupně zavedenými motivačními privilegii dle váhy. Cílová váha je mezi 10.–25. percentilem hmotnostní křivky, kdy bereme v úvahu hmotnostní rezervu. Doba hospitalizace je dle stavu pacienta a často trvá 1–3 měsíce.

Během hospitalizace jsou pacienti edukováni, že váha k propuštění není jejich zdravá váha. Pacientky vedeme k tomu, že zdravá váha je váha, na které pravidelně menstruuji bez hormonální antikoncepce. Zde je důležité zmínit i spolupráci s dětským gynekologem. Pacientky směřujeme na gynekologické vyšetření při primární i sekundární amenorrhee. Započatá gynekologická dispenzarizace nám následně pomáhá se sledováním menstruačních cyklů. U chlapců je to složitější a držíme se převážně hmotnostních tabulek. Na akutním oddělení dětské psychiatrie je psychoterapeutická péče u mentální anorexie sekundární a převážně podpůrná. V ambulantním vedení i za hospitalizace klademe důraz na edukaci rodičů a pacientů ohledně dopadu podváhy na somatický stav a dlouhodobé následky. U pacientů je vždy nutná stabilizace stavu a nárůst váhy. S nárůstem váhy se normalizuje myšlení, prožitky a u pacientů doporučujeme následnou péči ve formě pravidelné ambulantní individuální a nejlépe rodinné psychoterapeutické péče.

Závěr

Poruchy příjmu potravy se rozvinou během několika měsíců a obvykle trvají přibližně šest let. V dětské psychiatrické ambulanci se tedy jedná o dlouhodobou problematiku, při které je důležitá spolupráce s praktickým lékařem pro děti a dorost, psychologem, nu-