

Kazuistika

Mentálna anorexia u monozygotných dvojčiat

Viera Horváthová, Elena Havlíčková

Anorexia nervosa of monozygotic twins

Súhrn

V práci opisujeme kazuistiku dvoch pacientiek, 13-ročných monozygotných dvojčiat s mentálnou anorexiou (MA). Cieľom práce je informovať odbornú verejnosť o tomto zriedkavom prípade. Autori opisujú špecifiká súvisiace so spoločným vznikom, trvaním a najmä s terapeutickými úskaliami ochorenia pacientiek – dvojčiat. Na klinickom obraze pacientiek demonštrujú komplikovanú psychopatológiu MA, zdôrazňujú obtiažnosť liečby MA a nevyhnutnosť komplexného (biopsychosociálneho) terapeutického prístupu. Práca naznačuje aj niektoré etiopatogenetické súvislosti porúch príjmu potravy (PPP).

Kľúčové slová: mentálna anorexia, dvojčatá.

Summary

Study is describing anorexia nervosa symptom of two patients, 13 years old monozygotic twins. Objective of the article is to inform about this definitely rare case. We discuss some specific points related to the formation, continuance and therapeutic issues of twins with anorexia nervosa. We show how complicated psychopathology is in this case; we also emphasize the difficulty of treatment and necessity of complex (biopsychosocial) therapeutic approach. Our study is also outlining some of the etiopathogenetic dependencies of eating disorders.

Key words: anorexia nervosa, twins.

Úvod

MA je závažnou psychickou poruchou, ktorá sa rovnako závažne premieta aj do somatického stavu, včasné rozpoznanie choroby a jej liečba môžu pozitívne ovplyvniť celoživotný zdravotný stav. Spolu s mentálnou bulímiou je zaradená do spoločnej diagnostickej kategórie PPP. Etiopatogenéza PPP sa považuje za komplexný biopsychosociálny proces. Papežová (2004) zhrnula mnohé práce a poznatky, poukazuje na význam aktuálneho aj vývojového stresu, oslabených adaptačných mechanizmov a rysov osobnosti, najčastejšie perfekcionizmu pri vzniku PPP. Sú známe klinické poznatky, ktoré dokazujú, že vzniku anorexie a bulímie predchádza stresová životná udalosť, najčastejšie sa úvada strata významnej väzby v rodine, zmeny vo vzťahu k vrstovníkom, či sexuálna problematika.

Vo viacerých štúdiách sa zaznamenal častejší výskyt anxiety súčasne s PPP. Častý výskyt úzkostných porúch v detstve a dospievaní u pacientov s PPP viedol k formulovaniu hypotézy, že úzkostné poruchy sú markerom biologickej dispozície ku vzniku MA a MB. Dimová a spol. (1999) našli v súbore 35 pacientiek s PPP vysoký výskyt úzkostných porúch, a to nielen súčasne s PPP, ale aj pred ich vznikom. Zistili tiež relatívne vysoký výskyt úzkostných porúch u prvostupňových príbuzných pacientiek s MA a vyslovili úvahu, že aj výskyt úzkostných porúch v prvostupňovom príbuzenstve je markerom zvýšeného rizika vzniku PPP. Domnievajú sa, že ak sa uvedené hypotézy potvrdia, môžu byť využité v cieľných preventívnych programoch a aj pri včasnej detekcii PPP.

Na možný podiel genetických faktorov na vzniku PPP poukazujú mnohé rodinné štúdie, najviac informácii poskytujú štúdie dvojčiat. Podľa Krcha (2005) sa vo väčšine klinických štúdií pohybuje výskyt PPP medzi súrodencami pacientov v rozmedzí 3 % až 10 %. U jednovaječných dvojčiat je výskyt PPP 25 % až 50 % a u dvojvaječných dvojčiat okolo 10 %.

V literatúre môžeme nájsť viaceré štúdie, ktoré sa zaoberali skúmaním dvojčiat s diagnózou MA. Napríklad Grice

1. Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty UK a FNŠP Bratislava
Adresa: MUDr. Viera Horváthová, 1. psychiatrická klinika Lekárskej fakulty UK a FNŠP Bratislava, pracovisko Staré Mesto, Mickiewiczova 13, 813 69, Bratislava, Slovenská republika

a Halmi (2002) zistili konkordanciu výskytu u monozygotných (MZ) dvojčiat s MA medzi 54 % až 56 %, u dizygotných (DZ) dvojčiat s MA len medzi 5 % až 11 %. V štúdiu zaoberajúcej sa výskytom MA u 34 párov dvojčiat sa potvrdila konkordancia výskytu MA u 9 zo 16 párov ženských MZ dvojčiat, zatiaľ čo u DZ dvojčiat u 1 zo 14 párov (Holland a Hall, 1984). Iná práca Hollanda a Siccote (1988) uvádza konkordanciu pre výskyt MA v 56 % z 25 ženských párov MZ dvojčiat a v 5 % z 20 párov DZ dvojčiat.

V nasledujúcej dvojkazuistike predkladáme vybrané anamnestické údaje, komplikovaný klinický obraz a najmä úskalia liečby dvoch sestier, monozygotných dvojčiat s MA. Obe pacientky boli súčasne liečené na Detskom (terajšom adolescentnom) oddelení Psychiatrickej kliniky LF UK a FNŠP v Bratislave, ktoré sa už viac ako dve desaťročia prevažne orientuje na liečbu porúch príjmu potravy.

Kazuistika

Pacientky sa dostali do našej starostlivosti ako 13-ročné, na konci júna 2005, pre tri mesiace trvajúci vývoj reštrikčnej formy mentálnej anorexie. Išlo o progredujúci priebeh so závažnými somatickými príznakmi.

Do našej starostlivosti ich odporučila obvodná detská lekárka pre pretrvávajúci pokles hmotnosti, napriek predchádzajúcej hospitalizácii na detskom oddelení a mesačnej starostlivosti u obvodného pedopsychiatra. Hospitalizačnú pedopsychiatrickú starostlivosť odporúčala aj endokrinologička, ktorá deti vyšetrovala. Rodičia mali „panický“ strach z ďalšej ambulantnej liečby, keďže im deti pred očami chradli.

Pacientky boli trikrát hospitalizované na Detskom oddelení Psychiatrickej kliniky, medzi prvou a druhou hospitalizáciou bola len 2 týždňová prestávka, kedy bolo z prevádzkových dôvodov zavreté oddelenie. Po prepustení z druhej hospitalizácie nebol stav dostatočne stabilizovaný, v domácom prostredí došlo u oboch k dekompenzácií stavu so zvýraznením symptomatológie MA, s trvalou tendenciou k poklesu hmotnosti, takže po cca 3 mesiacoch ambulantnej liečby bola indikovaná tretia hospitalizácia. Z poslednej hospitalizácie boli prepustené v zlepšenom a relatívne stabilizovanom stave. Aktuálne sú v starostlivosti špecializovanej ambulancie kliniky pre liečbu PPP, stav bol pri poslednej kontrole zhodnotený ako stabilizovaný.

Z anamnézy

Obaja rodičia sú vysokoškolsky vzdelaní, vzťahy v rodine hodnotia ako dobré. Na jar 2005 bolo v rodine napätie a neistota, matka prišla o zamestnanie, krátko bol ohrozený stratom zamestnania aj otec, deti sa na istú dobu dostali mimo stredu pozornosti rodičov, v rodine sa verbalizoval pocit ohrozenia. Matka bola v minulosti krátko dobu ambulantne psychiatricky liečená pre depresiu v súvislosti so zvýšenou záťažou (starostlivosť o 4 malé deti), liečila sa tiež pre zníženú funkciu štítnej žľazy. Počas prvej hospitalizácie detí náhle zomrela na krvácanie do mozgu. 2 staršie sestry sú zdravé, najstaršia žije prakticky samostatne. Obidvaja rodičia sa zajakávali, zoznámili sa počas logopedickej liečby,

problémy s rečou chronicky pretrvávali zvlášť u otca, ktorého matka popisovala ako perfekcionistického, kontrolujúceho.

Tehotenstvo matky prebehlo bez väčších ťažkostí. Posledné 2 mesiace bola hospitalizovaná pre vyšší vek a očakávanie dvojčiat. Prvá v poradí sa narodila pacientka číslo 1 (P1), s pôrodnou hmotnosťou 3000 g, druhá v poradí pacientka číslo 2 (P2), s hmotnosťou 2800 g. Raný psychomotorický vývin bol u oboch detí normálny, prekonal bežné detské ochorenia, nikdy nebývali „chorľavé“.

P1 sa od začiatku vývinu reči zajakávala, ťažkosti s rečou chronicky pretrvávali, rečový prejav sa nápadne podobal otcovej poruche. P2 mala sezónne sa zhoršujúce ekzémové prejavy. Menarché u P1 v januári 2004 (cyklus pomerne pravidelný), u P2 v novembri 2004 (cyklus pravidelný). V úvode ochorenia (marec 2005), ešte pred zisteným poklesom hmotnosti, sa u oboch dievčat objavila amenorea.

Od malička navštevovali kolektívne zariadenia, už vtedy bola nápadná vzájomná naviazanosť. V oboch prípadoch bol prospech výborný, v čase prvej hospitalizácie pacientky navštevovali 7. ročník ZŠ. Boli neustále spolu, mali spoločné záujmy, spoločné kamarátky. Povahovo sa mierne odlišovali. P1 hodnotila matka ako pomerne otvorenú, spoločenskú, mala primeraný záujem o vzhľad, šaty, u P2 opisovala výrazné rysy perfekcionizmu, extrémnu uzavretosť, „prílišnú poslušnosť“, nezáujem o vzhľad a obliekanie. Obidve sa radi venovali ručným prácam a športu.

Terajšie ochorenie

Problémy začali u oboch dievčat vo februári 2005, po preventívnej lekárskej prehliadke keď si „uvedomili“, že príliš veľa vážia. Hmotnosť P1 bola 58 kg a P2 52 kg, pri výškach 168 a 165,5 cm. Ďalším dôvodom diétovania a chudnutia boli reči spolužiačky, že vážia viac ako ona. Nasledovalo denné cvičenie, vynechávanie olovrantu, večere a vylúčenie vypráňaných jedál z jedálnečky. P1 za mesiac schudla 4 kg, P2 schudla 6 kg. Boli s tým spokojné a začali normálne jesť. Za krátku dobu mamu prepustili z práce, čo zle niesla celá rodina. Zrazu nemali čas na jedlo, „nechtiac“ prestali jesť a potom to už „nevedeli zmeniť“. Zhoršené stravovanie si istý čas nikto nevšimol. Matka si uvedomila, že sa deje niečo vážne až v máji, keď odmietali zmrzlinu a na raňajky si strúhali mrkvičku. Prestali chodiť na obedy, postupne jedli stále menej a menej. Schovávali jedlo. Matka im kupovala, čo si želali, len aby niečo zjedli. Obe začali byť smutné, často plačlivé, unavené a vyčerpané. Prestali chodiť von. Posledné dni pred prijatím nejedli prakticky nič. Stále mali pocit, že sú tučné.

Začiatkom júna boli obe pacientky 9 dní hospitalizované na detskom oddelení pre pretrvávajúce chudnutie, podozrenie z MA, zistila sa aj bradykardia, zmeny v metabolizme magnézia a kália (hyperkaliémia a hypermagnezémia). Počas pobytu v nemocnici sa stravovanie nezlepšilo. Konziliárny pedopsychiater zrealizoval prvé psychiatrické vyšetrenie a potvrdil diagnózu MA. Prebral deti do ambulantnej liečby a zahájil liečbu Fevarinom (fluoxamin) a Peritolom. V polovici júna boli vyšetrené endokrinológom, ktorý rovnako potvrdil diagnózu MA so sekundárnou amenoreou pri

úbytku trijódtyronínu a odporučil hospitalizáciu na špecializovanom pracovisku pre PPP. Následne matka dohodla prijatie dcér na našom pracovisku, stav detí považovala za ohrozujúci.

Klinický obraz pri prvom prijatí

U oboch pacientiek bola zaznamenaná pri prvom prijatí takmer identická symptomatológia reštrikčnej formy MA s vysokou pozornosťou venovanou vzhľadu a jedlu, porušeným vnímaním telesnej schémy, reštrikciou stravy (redukovanie frekvencie stravovania, veľkosti porcií, redukovanie šírky jedálneho s tanierom, vynechávaním celých skupín jedál, sprevádzané pomalým jedením, miniaturizáciou súst, manipuláciami s jedlom), nadmerným cvičením, radosťou z nadmerného chudnutia a naopak strachom z jedla a z pribierania. Bola prítomná aj úzkostne-depresívna symptomatológia, subdepresívne ladenie, anhedonia, afektívna labilita s lakrimozitou, suicidálne myšlienky bez tendencie k realizácii, hypoaktivita, hypobúlia, redukcia sociálnych kontaktov, intenzívnejšia pred prijatím na oddelenie. U P2 bol zreteľnejší podiel úzkosti. Počas hospitalizácie bola u oboch zaznamenaná obsedantná symptomatológia, najmä nutkavé symptómy s väzbou k jedlu, pohybu, u P2 aj nutkavé umývanie rúk a u oboch sestier bola prítomná nutkavá kontrola stravovania, ba dokonca vzhľadu tej druhej.

Pri prijatí bol zaznamenaný hmotnostný úbytok (za tri mesiace) u P1 14 kg pri aktuálnom body mass indexe (BMI) 15,59, u P2 15 kg pri BMI 13,51.

Boli prítomné telesné známky oslabenej výživy: takmer vymiznutý podkožný tuk, suchá koža, vypadávanie vlasov, známky útlmu hematopoézy, poruchy metabolizmu minerálov, hypoglykémia, hypotenzia, zvýšená pulzová frekvencia (v anamnéze sklon k bradykardii).

Prvá hospitalizácia bola od začiatku náročná pre nespuprácu a nekritickosť pacientiek a rozsiahlu psychopatológiu. V úvode sme sa preto rozhodli pre komedikáciu neuroleptikom (olanzapín) pri ponechaní pôvodnej antidepresívnej terapie (fluoxamin). Rozbiehal sa bežný terapeutický menezment MA: medikácia s cieľom ovplyvnenia rozsiahlej psychopatológie, režimová liečba, individuálny terapeutický plán charakteru obojstranne potvrdenej zmluvy, kognitívne-behaviorálna psychoterapia, dynamicky orientovaná skupinová psychoterapia a autogénny tréning.

Siedmy deň hospitalizácie prišla správa o náhlom úmrtí matky. Dalo sa predpokladať, že takáto závažná traumatizujúca udalosť skomplikuje ochorenie a liečbu. Dôsledky boli príznačne zhodné u oboch dievčat: nasledovala dlhodobá stagnácia až zhoršenie celej základnej stravovacej patológie, tendencia k poklesu hmotnosti a zvýraznenie úzkostných a nutkavých symptómov, vrátane neustálej snahy o nadmerný pohyb a tajné cvičenie. Nápadne sa zvýraznila nutkavá vzájomná kontrola stravovania. U P2 sa zhoršili prejavy ekzému. Téma úmrtia matky bola tabuizovaná.

U P2 sa opakovali kolapsové stavy, mala sklon k bradykardii a hypotenzii. Pre pretrvávanie afektívnej komponenty, najmä závažných úzkostných symptómov a u P2 navyše aj z uvedených somatických dôvodov, sme realizovali výmenu

antidepresíva (fluoxaminom sme nahradili dosulepinom). Pri výbere sme zohľadňovali najmä potrebný anxiolytický efekt.

V individuálnej psychoterapii sme sa opatrne, ale systematicky zameriavali na otváranie témy „mamina smrť, mamina život“.

Až druhý mesiac hospitalizácie sme konštatovali čiastočné zlepšenie stravovania a spolupráce. Prvá hospitalizácia bola ukončená z dôvodu uzatvorenia oddelenia. Počas celej hospitalizácie bola nápadná naviazanosť oboch sestier, neustále porovnávanie a ovplyvňovanie sa, čo značne komplikovalo celú liečbu. Vzostup hmotnosti pri ukončení hospitalizácie bol u P1 2,5 kg a P2 3,3 kg, čo bolo vzhľadom na takmer dvojmesačné trvanie hospitalizácie úplne nedostatočné, avšak pri regrese ochorenia po závažnej psychotraumatizujúcej udalosti v rodine a zlej spolupráci súvisiacej s nízkym vekom pacientiek možno takýto výsledok liečby hodnotiť ako dobrý. Úspechom hospitalizácie bolo zvrátenie progredujúceho charakteru ochorenia, ktoré nastúpilo po dlhšej dobe stagnácie až regrese po úmrtí matky. U oboch pacientiek bol stav pri prepustení hodnotený ako mierne zlepšený v zmysle redukcie symptomatológie MA, výrazného redukovania úzkostne-depresívnej symptomatológie, oživenia emočných prejavov ako aj zlepšenia somatického stavu (hydratácia, metabolizmus minerálov, hematologické parametre).

Počas 2 týždňovej liečby v domácom prostredí (zatvorené oddelenie), nedošlo k zhoršeniu stavu. Pretrvávala symptomatológia MA, hmotnosť oboch pacientiek sa nezmenila. P1 naliehala na sestru, aby viac jedla, ale sama si dávala pozor, aby nezjedla viac ako ona. Aj otec si všimol, že by P1 sama zjedla viac, ak by nebola v spoločnosti sestry. Otec očividne nevedel narábať s problémami dievčat, v rodine vládla tvrdá kontrola stravovania, bolo množstvo diskusií, konfliktov aj ústupkov týkajúcich sa stravovania, otec mal tendenciu „podvádzať“ pri príprave jedla, občas dokonca používal telesné tresty. Téma smrti matky zostala tabuizovaná.

Počas 2. hospitalizácie pretrvávala symptomatológia MA, i keď menej naliehavá ako pri prvom prijatí, podobne pretrvávala aj miernejšia úzkostná a subdepresívna symptomatológia. Spolupráca s oboma dievčatami bola naďalej problematická. Pokračovalo sústavné vzájomné porovnávanie sa (porovnávanie predložených porcií, porovnávanie množstva nezjedenej stravy a pod.). Obe dievčatá mali problémy so zaradením mäsa a mlieka do jedálneho taniera, čo sa im v závere hospitalizácie podarilo. U oboch pacientiek boli počas hospitalizácie zaznamenané subdepresívne zakolísania, ktoré mali reaktívne súvislosti, emočne boli ľahko zraniteľné. Objavil sa strach o otca. Zvýraznilo sa asketické správanie (žiadne výdavky, žiadne požiadavky smerom k otcovi, výčitky, že otcovi mýňajú peniaze). Liečba ostala nezmenená: olanzapín, dosulepin, pokračovali sme v individuálnom pláne, štandardnej režimovej liečbe, bez zmeny aj v psychoterapeutických technikách.

Na začiatku tejto hospitalizácie pokračovalo u P1 nápadné nabádanie svojej sestry k zlepšeniu stravovania, neskôr sa jej podarilo aspoň čiastočne a na istú dobu od sestry odpútať a ísť svojim (rýchlejšim) tempom. Sledovali sme postupnú minimalizáciu základných symptómov MA a súčasne

depresívnych aj nutkavých príznakov. P1 dokázala zjesť viac, stravovanie sa u nej zrýchlilo, znížila sa celková kontrola, pripustila, že by mohla ísť domov skôr ako sestra (P2). Keď sa blížil termín prepustenia P1, došlo prechodne k prehĺbeniu obáv o sestru a k zhoršeniu stravovania, akoby „čakala na sestru“ s priberaním. Bála sa aj návratu domov, otcovej kontroly, spolužiakov. Pri prepustení mala P1 hmotnosť 52 kg, počas hospitalizácie nastal váhový prírastok 5,2 kg. Bola prepustená v zlepšenom stave.

P2 mala väčšie problémy so stravovaním, s dodržiavaním kľudového režimu, nutkanie k pohybu bolo extrémne naliehavé. Objavili sa suicídne myšlienky, keď jej sestra mala snahu zjesť viac ako ona, alebo ak vzostup hmotnosti bol väčší ako predpokladala. Napriek tomu sme zaznamenávali postupnú (pomalšiu) redukciu stravovacej patológie a zlepšovanie postojov k stravovaniu, s charakteristickou ambivalentnou kritickosťou. Tendencia k zlepšovaniu sa po prepustení sestry nezmenila. Pri prepustení dosiahla P2 hmotnosť 47,2 kg, počas hospitalizácie prírastok 6,4 kg. Pri prepustení bol stav hodnotený ako prevažne zlepšený (nie však dostatočne stabilizovaný). P2 bola prepustená o 10 dní neskôr ako jej sestra. Medikamentózna liečba sa v priebehu druhej hospitalizácie nezmenila.

V ambulantnej liečbe došlo po vyše 2 mesiacoch od prepustenia u oboch pacientiek k značnému zhoršeniu stavu. Pre opätovné zvýraznenie symptomatológie MA a narastajúci úbytok hmotnosti boli obe po tretíkrát prijaté na oddelenie (u P1 bol úbytok hmotnosti 5,5 kg, u P2 úbytok hmotnosti 4,6 kg). Hospitalizácia bola nutná aj z dôvodu objavenia sa suicídnych myšlienok a výhražok, u P1 aj suicídnych tendencií, predovšetkým pri konfliktoch súvisiacich s jedlom. Zvýraznila sa izolácia, čo zrejme súviselo aj so starostlivosťou spolužiačiek o ich stravovanie (otec požiadala spolužiačky, aby na dvojčatá dozerali, čo ešte prehĺbilo zlé vzťahy s rovesníkmi). Zvýraznila sa úzkosť, napätie a podráždenosť, tendencia k excesívnemu cvičeniu. Obidve dievčatá sa nápadne veľa učili.

Po prijatí na **3. hospitalizáciu** bola spolupráca opäť problematická. Prvé týždne u oboch pacientiek stav stagnoval, hmotnostný prírastok bol nedostatočný, najmä u P1.

Pretrvávala tendencia k zvýšenému pohybu na oddelení. Naďalej bola pozorovaná výrazná naviazanosť oboch dvojčiat na seba predovšetkým pri stravovaní, výraznejšie viditeľná u P1. Opäť bolo nevyhnutné dvojčatá pri stravovaní od seba rozsaďiť, napriek tomu častokrát zjedli rovnako z predloženej porcie, lebo sa vopred dohodli. U pacientiek sme pozorovali tendenciu dotýkať sa navzájom (predpokladáme možnú súvislosť s emočnou frustráciou po smrti matky). U P1 bola zaznamenaná zvýšená vzťahovačnosť („sestričky mi dajú najväčšiu porciu, chcú aby som pribrala“), strach, že opäť pôjde domov skôr ako jej sestra. U oboch bol prítomný strach z reakcií a správania otca po prepustení, z reakcií spolužiačok vrátane vzájomného hodnotenia vzhľadu a hmotnosti.

Pacientky boli zaradené do štandardných psychoterapeutických programov s individuálnym plánom, do psychoterapie sme pridali prvky sebaapresadzujúceho téningu.

Vo farmakoterapii bol u oboch dievčiat ponechaný v monoterapii a vo zvýšenej dávke olanzapín (7,5 mg p. d.), predpokladali sme jeho dostatočne široký „záber“, čo sa nám potvrdilo. Následne ustúpil strach, úzkosť, nutkavé prejavy, odmietavosť a došlo k prejasneniu nálady.

Pomaly sa zlepšovalo aj stravovanie. Obidve dievčatá postupne zaradili do jedálneho mäsa, zvýšili konzumáciu mlieka, najdlhšie mali problémy s dojedaním masla.

Neskôr P2 zjedla viac z predloženej porcie ako jej sestra a pri niektorých váženíach pribrala viac ako sestra-dvojča, čoho dôsledkom bol prechodný nárast strachu. Situácia sa zmenila. Obe pacientky sa báli samostatného prepustenia a obe chceli ísť spoločne domov. Predovšetkým P1 naliehala, aby sme ešte nepúšťali jej sestru, ktorá rýchlejšie dosiahla stanovenú hmotnosť. V tejto súvislosti sa pred prepustením prechodne u P2 objavil strach zo skoršieho návratu domov a prechodné obmedzenie jedla. P2 bola prepustená o 10 dní skôr ako jej sestra. Keď ostala P1 bez sestry na oddelení, udávala pocit slobody.

Aj počas hospitalizácie dochádzalo u oboch len pomaly k redukovaniu symptómov MA napriek intenzívnej komplexnej liečbe. Pri prepustení bola hmotnosť P1 52,2 kg, počas hospitalizácie +5,7 kg (prepustená druhá v poradí) a u P2 hmotnosť 48,2 kg, prírastok počas hospitalizácie 5,6 kg. V oboch prípadoch bolo pri odchode stravovanie kompletné, zlepšené postoje k jedlu a eutýmna nálada. Pretrvávali obavy z návratu, tentoraz najmä z návratu do širšieho sociálneho prostredia. Pri prepustení stav u oboch hodnotený ako zlepšený a relatívne stabilizovaný.

Pacientky boli kompletne **somaticky vyšetrené**. EKG nevykazovalo odchýlky, internista konštatoval zmeny vo vnútornom prostredí a anémii súvisiace so základným ochorením, s tendenciou k zlepšovaniu pri kontrolných vyšetreniach.

EEG nálezy boli v medziach normy, pri CT vyšetrení mozgu a neurologickom vyšetrení boli taktiež konštatované normálne nálezy. Pre sekundárnu amenoreu boli obe sledované gynekológom, nastavené na Estrofem neskôr v kombinácii s Proverou (znižený folikulostimulačný hormón). Pri liečbe nastal nástup menštruačného cyklu. Okrem toho sa zrealizovalo psychodiagnostické vyšetrenie, u žiadnej z pacientiek neboli zistené známky duševného ochorenia, ani emočnej poruchy, prevládali skôr osobnostné charakteristiky. U P1 bola v popredí zvýraznená neistota, úzkostné a ambivalentné tendencie. U P2 bol prítomný vnútorný neklud, tendencie k impulzivite, ktorá je však vo vonkajších prejavoch tlmená, menší vnútorný záujem o sociálne kontakty, neistota v nich.

Obe pacientky zostali na žiadosť otca v našej **ambulantnej liečbe**. Od prepustenia je zreteľná tendencia k ďalšiemu zlepšovaniu. Aktuálne stav hodnotíme ako stabilizovaný, bez depresívnych príznakov, vedia sa tešiť, úzkostné prejavy sú minimalizované, celkovo sa oslabila potreba kontroly, vrátane nutkavej vzájomnej kontroly. Zdá sa, že u obidvoch dievčiat pretrvávajú skôr úzkostnosť a mierna neistota v zmysle osobnostného rysu, podobne ako v predchorobí. Prejavy MA sú tiež minimalizované, zreteľne sa menia postoje a vzťah

k jedlu, stravujú sa kompletne, strava je pestrá, stravovanie je stále prirodzenejšie, prestali sledovať vzhľad a hmotnosť, hmotnosť má veľmi miernu tendenciu k zvyšovaniu. Pretrvávajú isté obavy z návratu choroby (nechcú sa napríklad pozrieť na váhu „aj veľa by bolo zle, aj málo“, „nechcem to vedieť“). Zlepšilo sa sociálne fungovanie (vzťahy s rovesníkmi, záujmy) aj vzťahy a fungovanie rodiny. Pri poslednej kontrole bola hmotnosť P1 53 kg, hmotnosť P2 50,5 kg. Naďalej sme v terapii ponechali olanzapín v redukovanej dávke 2,5 mg p. d. Menštruačný cyklus bol u oboch obnovený pri hormonálnej terapii, ktorá sa takisto redukuje.

Diskusia

Od začiatku bolo jasné, že liečba oboch pacientiek na jednom oddelení súčasne bude problematická. Nápadná extrémna naviazanosť oboch sestier sa prejavovala v celom priebehu choroby aj v bežných situáciách: pred jedlom si dohadovali ktorákoľko zje, po jedle porovnávali porcie ktorákoľko nechala, trápilo ich, keď jedna pribrala viac ako druhá (často-krát priberali presne rovnako), trápilo ich, keď druhá sestra nemala stolicu. P1 pri kresbe postavy nakreslila dve postavy (seba aj sestru). Pre neustále porovnávanie a negatívne ovplyvňovanie sa boli pacientky na istú dobu rozdelené do dvoch izieb a oddelené aj pri stravovaní, čo pomáhalo len veľmi málo.

Porovnávanie sa navzájom sťažovalo liečbu nielen oboj dvojitým, ale bolo náročné pre personál a spolupacientky, ktoré sa častokrát od nich izolovali.

V priebehu prvej a druhej hospitalizácie sa javila o niečo menej problémová P1, trochu lepšie sa stravovala, podporovala sestru v jedle, mali sme pocit, že ju sestra brzdí. Ešte jasnejšie si to všimol otec počas dvojtýždňového prepustenia.

Uvažovali sme, či ochorenie u P1 nemôže byť indukované a časť symptomatológie spustená sekundárne, hladovaním. P2 imponovala ako primárne chorá. P1 neustále trápilo, či jej sestra bude dostatočne jesť a či zvládne liečbu, stále ju „čakala“, až v určitom momente ju P2 predbehla a počas tretej hospitalizácie prvá odišla domov. Celkový priebeh ochorenia u oboj pacientiek nepotvrďuje túto úvahu. V ďalšom priebehu sa javila práve P1 ako tá, ktorá spomaľuje odoznievanie príznakov MA u oboj sestier – dvojčiat.

Okrem paralelnej hospitalizácie oboj pacientiek na oddelení, skomplikovala a pravdepodobne predĺžila dobu liečby práve smrť matky. Náhla strata matky predstavovala závažný a intenzívny stres, ktorý pravdepodobne spustil nanovo maladaptívne vzorce správania v podobe zreteľného prehĺbenia všetkých symptómov mentálnej anorexie, pričom samotný závažný bolestný zážitok bol prakticky vytesnený.

Problematická bola aj spolupráca s otcom, ktorý po nečakannej strate manželky prežíval žiaľ a súčasne sa ocitol osamotený zoči voči problému ťažko chorých dcér. Bol zaskočený, bezradný, dlhšie obdobie nebol schopný sa kvalitne o dcéry postarať. Zaznamenali sme u neho úzkosť a agresiu.

Už počas druhej hospitalizácie sme sa pokúšali o rodinnú terapiu. Bolo isté, že ak sa rodina po strate matky rýchle nezadaptuje na novú situáciu, budú sa výsledky liečby neustále

oslabovať. Z referencií detí, ale aj otca bola zjavná jeho bezradnosť, neschopnosť adekvátne riešiť problémy detí. Vzhľadom na veľkú vzdialenosť bydliska pacientiek sme na rodinnú terapiu museli využívať možnosti, aké sme mali k dispozícii (telefón, internet, návštevy rodiny na oddelení počas našich pohotovostných služieb, či prítomnosť rodiny pri prepusteniach a prijatiach detí). Kvalitnejší terapeutický vzťah s otcom a čiastočne so staršou sestrou dievčat sa nám podarilo nadviazať až počas tretej hospitalizácie. Zamerali sme sa najmä na prebratie a rozdelenie matkinej role, na konkrétne možnosti ako pomôcť deťom zvládnuť chorobu a podporovať ich návrat do reálneho života, ako posilňovať adaptačné mechanizmy detí. Efekt sa dostavil počas 3. hospitalizácie, zlepšila sa spolupráca otca s personálom, prestal zahmlievať dôvody, prečo nemôže za deťmi prísť, bol vnímavejší na potreby detí. Po prepustení detí bolo zjavné že situácia doma sa naozaj zmenila. Kleslo napätie v rodine okolo detí, deti referovali dodržiavanie nových pravidiel v rodine a zlepšenie vzťahov.

Pri prepustení detí sme sa spojili s triednou učiteľkou a konzultovali sme vhodný prístup, vrátane nezaťahovania spolužiačok do kontroly stravovania.

Ochorenie malo prakticky identický obraz a vývoj u oboj sestier: zaznamenávali sme súčasný vznik, identický špeci- fický psychopatológiu MA aj takmer identický obraz súčasných úzkostných a depresívnych príznakov, ako aj prakticky identický priebeh ochorenia, vrátane reakcie na smrť matky. Dokonca aj v somatických nálezo- ch sme zaznamenali len veľmi malé odchylky (súčasne sa napríklad dostavila amenorea). Pomalé zlepšovanie najmä úzkostných prejavov bolo u oboj dievčat paralelné s odoznievaním prejavov MA. Môžeme predpokladať, že na odoznievaní úzkostných prejavov aj PPP sa podieľala nielen farmakoterapia, ale aj systematická psychoterapia a rehabilitácia.

Záver

Považovali sme za svoju odbornú povinnosť zverejniť tento raritný prípad sestier monozygotných dvojčiat s MA. Je to jediný pár dvojčiat liečený s touto diagnózou na našom pracovisku, ktorých diagnostika a liečba bola vzácnou psychiatrickou príležitosťou. Klinický obraz aj priebeh ochorenia bol prakticky identický. Kazuistiku považujeme za malý príspevok k hľadaniu genetických súvislostí tohto ochorenia. Potvrďuje vznik MA ako výsledok komplexu faktorov emočných, telesných a sociokultúrnych, kde dôležitú rolu hrá vplyv spoločnosti orientovanej na zovňajšok. Potvrďuje významnú úlohu stresu ako spúšťača a udržiavacieho faktora PPP, uplatňujúceho sa na báze typických rysov osobnosti, najčastejšie perfekcionizmu ako ja významnú úlohu úzkosti v etiológii aj klinickom obraze PPP. Klinický obraz demonštruje komplikovanú psychopatológiu MA, ukazuje aké je ťažké oddeliť príčinu a následok hladovania a mieru stresu, navodeného samotným hladovaním. Liečba našich pacientiek a jej doterajšie relatívne dobré výsledky napriek jej mnohým úskali- am dokumentujú nutnosť komplexného, bio-psycho-sociálneho terapeutického prístupu, ako aj fakt, že liečba PPP je zdĺhavá a obtiažna, vyžadujúca trpezlivosť,

dôslednosť, dlhodobú a sústavnú motiváciu pacientky pre aktívnu spoluprácu.

Literatúra

- 1. Dimová N., Kolibáš E., Novotný V., Havlíčková E., Obuch I., Balcarová K.:** Úzkostné prejavy u pacientov s poruchami príjmu potravy a ich zmeny počas liečby citalopramom. Čes. a Slov. Psychiatra, 95, 1999, č. 7, s. 26-35.
- 2. Grice D. E., Halmi K. A.:** Evidence for susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. American Journal of Human Genetics, 70, 2002, s. 787-792.
- 3. Holland A. J., Hall A.:** Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. British Journal of Psychiatry, 145, 1984, s. 414-419.
- 4. Holland A. J., Sicotte N.:** Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. Journal of Psychosomatic Research, 32, 1988, č. 6, s. 561-571.
- 5. Krch F. D. a kol.:** Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované a doplnené vydanie, Praha, Grada Publishing, a.s. 2005, s. 69.
- 6. Papežová H.:** Stres, emoce a poruchy příjmu potravy, Psychiatria pre prax, 2004, č. 6, s. 278-282.

Do redakcie došlo 12.11.2006.