

ŽÁDOUCÍ – NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY OLANZAPINU

MUDr. Libor Chvíla, CSc., PhDr. Oldřich Bajger
Psychiatricko-psychologická ambulance, Ostrava

**Prezentujeme kazuistiku pacientky s diagnózou anorexia nervosa. Byla léčena v rozmezí let 1996–2000 komplexní formou psycho-
terapie, psychofarmakoterapie, realimentace. Stav v průběhu let výrazně kolísal, první období mělo až kritický průběh. Považujeme
za zásadní zvrat k úspěšnému zvládnutí stavu kombinaci systemické, hlubinně zaměřené psychoterapie a vyvážené psychofarmako-
terapie, zvláště pak podávání olanzapinu.**

Psychiatrie zná jen několik onemocnění, která přímo ohrožují pacienta na životě. Jestliže je pak onemocnění charakterizováno dvojnásobnou mortalitou v rámci psychiatrických onemocnění, desetinásobnou ve srovnání s normální populací, suicidalita je 200× četnější, délka trvání choroby pak u třetiny pacientů přesahuje 20 let do předčasné smrti, je evidentní, že jde o onemocnění vysoce nebezpečné a že se jedná o mentální anorexii (anorexia nervosa).

Obdobně, jako statistiky týkající se rizik tohoto onemocnění, je alarmující také rozptýl terapeutických zásahů a přístupů. Jsou zde zřejmě rozpaky nad etiologickým zařazením problému. Biologické teorie, které by vystihovaly tak výrazné narušení systému, nejsou validní. Psychologická orientace pak nabízí spektrum psychoanalytických, psychodynamických, behaviorálních, kognitivních, rodinných, sociokulturních i feministických výkladových schémat.

Rádi bychom proto prezentovali kazuistiku naší bývalé pacientky, která byla v péči našeho zařízení v letech 1996–2000 s diagnózou mentální anorexie.

Z anamnézy

Otec zemřel na tumor mozku, když měla pacientka 7 let. Matka je zdravá, pacientka má mladšího bratra. Nebyla zjištěna psychiatrická hereditární zátěž v rodině.

Nebyla nikdy vážněji nemocná, prodělala jen běžné dětské choroby. Nebyla zjištěna alergie, křečové stavy. Menzes má od 14 let, pravidelné, nebolestivé. Absolvovala základní školu, pak gymnázium s výborným prospěchem. Nyní je v 6. ročníku lékařské fakulty. Je svobodná, stále virgo, bez partnerského či milostného vztahu. Nikdy neměla problém s abúzem alkoholu či drog, vlastně ani nemá zkušenost s opilostí či intoxikací nějakou drogou.

Průběh choroby a léčby

Od října 1995, od svých 18 let, trpěla nechutenstvím, nevolnostmi. Změnila systém stravování, nesnášela jídla moučná, výživná, přešla jen na zeleninu a ovoce. Nesnášela, když ji někdo do jídla nutil, příjem stravy postupně výrazně omezovala. Byla hodně puntičkářská, stále uklízela nebo něco utírala. Vše se zhoršovalo se studijním zatížením prvního ročníku lékařské fakulty. Obvodní lékařka pak doporučila její přijetí na JIP interního oddělení pro metabolické selhávání. Tam se

vyskytly projevy deprese, izolace od okolí, obsedantní projevy – stále si umývala ruce.

Psychiatrické konzilium konstatovalo anorexii a byla doporučena k hospitalizaci na Psychiatrickou kliniku FN v Brně. Hospitalizace na tomto oddělení proběhla od května do října 1996. V průběhu pobytu měla masivní kompulzivní projevy, depresivní ladění, manipulace s jídlem, rozdávala stravu, manipulovala i s infuzními roztoky. Váha kolísala kolem 31 kg. Pro opakované hypoglykemické stavy byla přeložena opět na JIP, byla nasazena parenterální výživa. Nedokázala se po celou dobu hospitalizace adaptovat, stále byla v opozici, nepodařilo se prolomit odpor pacientky.

Léčena byla pro somatické potíže výživou paraterálně aplikovanou, také dostávala krevní transfuze, injekčně nandrolon (Superanabolon), ferosin sulfát (Aktiferin) a další podpůrné medikamenty. Z psychofarmak užívala velké spektrum: tiaprid (Tiapridal), moxastin (Theadryl), bromazepam (Lexaurin), citalopram (Seropram), clonazepam (Rivotril), oxazepam (Oxazepam), levopromazin (Minithixen), clomipramin (Anafranil), alprazolam (Neurol), haloperidol (Haloperidol), fluspirilen (IMAP).

Před propuštěním došlo k další dekompenzaci v podobě ztráty váhy a metabolického rozvratu, což si vyžádalo pobyt na JIP. Propuštěna byla s váhou 32,5 kg – oblečená, na reverz a na žádost pacientky i její matky. Diagnostikována mentální anorexie.

Doporučená medikace pak byla: haloperidol (Haloperidol) gtt 2×10, fluspirilen (IMAP) 2 mg inj. co 14 dnů i. m.

V listopadu 1996 zahájila ambulantní psychiatrickou a psychologickou léčbu.

Již od prvních dní doma se stav mírně stabilizoval. Pro rozdílné názory mezi její matkou a nemocnou stran jejího stavu a rehabilitace se rozhodla pro bydlení u tety v nedalekém městě. Docházela každý týden na individuální psychotherapeutické sezení a kontrolu k psychiatrovi. Brzy pro farmakologicky podmíněný útlum ji byla zredukována dávka psychofarmak. Postupně byl zcela vysazen haloperidol (Haloperidol). Od února 1997 opět nastoupila ke studiu na lékařské fakultě, které bylo od hospitalizace přerušeno. Byla stále pod medikací fluspirilen (IMAP) 2 mg injekčně co 14 dnů. Psychický stav lehce osciloval, sama pocítovala jako příjemné, že může studovat, že může řídit auto. Váha se upravovala jen pomalu, v březnu 1997 byla 37 kg, tedy

CITALEC®
CITALOPRAM

o 5 kg více než při ukončení hospitalizace. Stále ale byla bez menstruace. V prosinci 1997 přibrala celkem 10 kg a vážila 42 kg. Cítila se uvolněná, bez tenze, bez obsedantních kompulzí, a proto byla ukončena ordinace neuroleptik. V březnu 1998 znovu přibyla na váze, složila zkoušku z anatomie, ale nastaly výrazné rozlady, depresivní pocity, sebeobviňování, opět obsedantní projevy uklízení a mytí rukou. Nasazen byl olanzapin v dávce 5 mg a během týdne byla dávka zvýšena na 7,5 mg. Subjektivní psychický stav se stabilizoval. Medikace se postupně upravila na 10 mg olanzapinu pro die, bez podpory dalších psychofarmak. Byl výborně tolerován, necítila útlum, mohla se soustředit na učení. V listopadu 1998 byla váha 49 kg a po 3 letech dostala opět menzes. Dávka olanzapinu byla snížena na 5 mg pro die. Další průběh byl sledování již bez výraznější psychopatologie. V březnu 2000 pak byla vysazena medikace olanzapinem zcela, bez další náhrady jiným psychofarmakem.

Stav byl dále plně stabilizován, aktivní psychiatrická péče byla ukončena v dubnu 2000.

S odstupem doby byl verifikován stav nemocné v listopadu 2001: byla plně stabilizována, nebyly psychopatologické problémy a projevy, studovala 6. ročník lékařské fakulty, váhově byla stabilizována kolem 50–53 kg. Byla plně bez medikace psychofarmak či gynekologické substituce.

Součástí komplexní psychiatrické péče byla také systematická psychoterapie. Kontakt s psychologem navázala v listopadu 1996, do dubna 2000 absolvovala 84 individuálních sezení.

Psycholog aplikoval postupy psychoanalytické psychoterapie s využitím Leunerovy katathymné imaginativní psychoterapie, která umožňuje zpracovávání osobní problematiky na symbolické úrovni. Patientka absolvovala celkem 12 sezení věnovaných imaginaci, po kterých v následujícím sezení byly zpracovávány obrázky k zadávaným motivům.

K průběhu psychoterapie lze souhrnně říci, že nebylo snadné navázat dostatečně intenzivní terapeutický vztah a navodit účinné pracovní spojení. Patientka přistupovala zpočátku k terapii jako k nutnému zlu, ale ulevilo se jí, když terapeut otevřeně přiznal, že není specialistou na problematiku poruch příjmu potravy. Tehdy poprvé projevila ochotu nahlas uvažovat o souvislostech a příčinách svého onemocnění. Hned v úvodu připouštěla, že zde může být souvislost mezi tím, jaké výkony podá a kolik lásky za to dostane. V rodině, kde chybí otec, mívala pocit, že je vydělená, že matka s bratrem k sobě mají blíže a ona se snažila výkony si zajistit pozornost. Matka žije sama, nemá partnera, citově hladoví a pacientka svými symptomy toto hladovění jakoby zhmotňovala. Opakovaně projevila stesk a regresivní emoční potřeby. Kdyby fyzicky dospěla, ztratila by naději na jejich uspokojení matkou a příbuznými. Jen výkony si mohla vydobýt přijetí – asi tomu tak bylo i v jejích 6 letech, kdy objektivně ztratila otce, který zemřel na zhoubný nádor, a subjektivně i matku, která krátce po otcově smrti porodila bratra, který vyžadoval její plnou péči. Patientka tak zůstala s pocitem opuštěnosti, s vytěšňovanými pocity zlosti, které později začala ovládat obsesemi. Nemohla přece projevovat zlost vůči někomu, na kom byla závislá. Totéž prožila i na psychiatrické

klinice, kde se cítila zoufalá, opuštěná, bezmocná, se vztekem na internistku, která ordinovala její vykrmování. Nemohla se ale proti ní bouřit, protože jí vlastně vděčila za život. V průběhu terapie opakovaně vystupoval do popředí rozpor mezi prožitky zlosti, kterou v ní vyvolávaly projevy nedostatečné akceptace blízkými osobami a potřebou jejich lásky. Patientka štěpila, nedosáhla ve svém vývoji přiměřené integrace pozitivních a negativních stránek Self a objektů, neuspokojené dětské potřeby ve vztazích blokovaly procesy zrání. Ale na druhé straně si chtěla výkony zajistit přijetí a lásku a v jejím případě se jako dostatečné jevílo vystudování lékařské fakulty – i otec byl přece lékař. Ovšem absolvování tohoto náročného studia vyžadovalo fyzické i psychické síly, kterých se jí díky anorexii nedostávalo.

Psychoterapie pro ni znamenala možnost otevření témat, která si dosud zapovídala a nahlédnutí na fakt, že to, co prožívá, není ničím neobvyklým a odsouzenímhodným, tedy i možnost většího sebezpřijetí. Důležitá patrně byla i ta skutečnost, že se o ni starali 2 zralí muži – psychiatr a psycholog – kteří substituovali chybějícího otce a poskytli jí impulzy k většímu akceptování vlastní ženskosti.

Diskuze

Terapeutický postup u prezentované pacientky odpovídal doporučeným algoritmům léčby u poruch příjmu potravy. V primární intervenci byla zahrnuta realimentační složka na metabolických jednotkách, dále intenzivní psychiatrická, psychosociální a psychoterapeutická léčba v rámci hospitalizace na psychiatrické klinice a navazovala dlouhodobá psychoterapeutická a psychosociální léčba v ambulantních podmínkách. Patientka ale velmi dlouho reagovala odmítavě až sebe-destructivně. Tento trend musel být zvládnut neuroleptickou medikací. V období ambulantní léčby pak proběhlo několik dekompenzací, většinou v souvislosti se studijní zátěží a nezvládnutím rizika neúspěchu či relativního neúspěchu v rámci ohodnocení při zkouškách.

V první fázi léčby byla podávána depotní neuroleptika s vysokým tlumivým potenciálem. S touto medikací nebyla schopna pacientka resocializace, zvláště návratu ke studiu vysoké školy. Teprve po nasazení olanzapinu došlo k dlouhodobé stabilizaci, která pak vedla po 4 letech aktivní léčby k ukončení sledování. Olanzapin byl také ordinován s rizikem vedlejších účinků – zvýšení hmotnosti. Dokonce se můžeme přiznat, že i s očekáváním těchto vedlejších účinků jako žádoucího doprovodu této medikace. V době nasazení této medikace váha pacientky oscillovala kolem 42 kg. V průběhu medikace došlo k nárůstu váhy na 47 kg. Stabilizoval se somatický stav a obnovila se perioda menzes. Po ukončení medikace olanzapinu došlo k dalšímu nárůstu váhy na současných 50–53 kg. Váhový přírůstek tak byl spíše odrazem postupného pozitivního vývoje stavu pacientky, nežli vedlejším žádoucím-nežádoucím příznakem.

Komplexní léčebný program pacientky s diagnózou mentální anorexie zahrnoval postupnou realimentaci, abreakci psychickou, psychoterapeutickou a psychosociální intervenci v celkové délce 4 let. Významnou podporou léčebného programu byla neuroleptická léčba, ze které se výrazně vyčleňuje efekt olanzapinu.

Literatura

1. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče, 1999.