

a kompulze tato témata zahrnují, pak jsou dle této klasifikace nazývány obsedantně-kompulzivními symptomy doprovázející poruchu příjmu potravy (1).

OCD se nejčastěji manifestuje v pozdní adolescenci a rané dospělosti, ale může se také objevit v raném dětství. Standardem léčby OCD je kognitivně behaviorální psychoterapie (konkrétně expozice se zábranou kompulze), nebo farmakoterapie (především antidepressiva cílící na serotoninergní systém, ale v menší míře také antipsychotika), případně jejich kombinace.

Poruch příjmu potravy existuje celá řada, nicméně v souvislosti s OCD se v zahraniční literatuře hovoří převážně o mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitém (psychogenním) přejídání. Tyto poruchy se také typicky projevují v adolescenci a rané dospělosti, přičemž u mentální anorexie lze v posledních letech sledovat klesající trend co se věku nástupu onemocnění týče (2). Mezi typické charakteristiky pacientů s mentální anorexií patří narušené vnímání tělesného schématu, restrikce potravy a hubnutí, intenzivní strach z nárůstu hmotnosti a často i eliminační chování ve smyslu intenzivní fyzické aktivity či užívání laxativ. Léčba mentální anorexie by měla být komplexní, obvykle je nutná psychoterapie, režim a zároveň i řešení tělesných komplikací. Farmakoterapie se uplatňuje spíše okrajově (3).

Z literatury vyplývá, že souběh dvou onemocnění obvykle vykazuje vyšší celkovou závažnost, než přítomnost pouze jedné z poruch. V případě poruchy příjmu potravy a komorbidního OCD se ukazuje, že příznaky poruchy příjmu potravy jsou závažnější a také bývá zaznamenán vyšší počet hospitalizací (4). V longitudinální studii (5) je dokonce poukázáno na skutečnost, že přítomnost OCD v dětství a dospívání je spojeno s rozvojem poruchy příjmu potravy v dospělosti. Z tohoto zjištění vyplývá, že OCD tedy i může být považováno za jeden z rizikových faktorů pro pozdější rozvinutí poruchy příjmu potravy.

Kazuistika

Kazuistika popisuje případ dívky sledované mezi 14.–18. rokem věku, která byla opakovaně hospitalizovaná na pedopsychiatrické klinice s problematikou mentální anorexie. V průběhu let, kdy se střídala období remise s obdobími vyžadujícími hospitalizaci, došlo u pacientky k diskrétním změnám symptomatiky, která již

nebyla pouze typicky anorektická, ale převažovaly zejména obsedantní myšlenky spojené s kompulzivním pohybem. Po lepším zacílení léčby došlo u pacientky po dovršení 18. roku k remisi a převážné eliminaci jak anorektických, tak obsedantních příznaků. Kazuistika má za cíl upozornit na častou komorbiditu poruch příjmu potravy s OCD a možné proměňování symptomů během vývoje od dětství, přes adolescenci až do rané dospělosti.

Vývoj nynějšího onemocnění

Tehdy 14letá dívka byla přijata k první hospitalizaci na pedopsychiatrickou kliniku poté, co zhubla kombinací restrikce a excesivního cvičení zhruba 20 kg oproti původní zcela normální hmotnosti. Ke vzniku potíží pravděpodobně významně přispěla sociální izolace během koronavirové krize a negativní vliv sociálních sítí. Vstupně pacientka popisovala rozvoj obtíží typických pro mentální anorexii restiktivního typu – postupné zaměření na zdravou stravu, vyřazení smažených a sladkých jídel, orientaci na nízkokalorické potraviny a cílenou restrikci doprovázenou pravidelným nadměrným pohybem a ztrátou menstruačního cyklu. Negovala purgace či zneužívání anorektik či laxativ. Objektivně byla dívka výrazně kachetická, přítomna byla porucha vnímání tělového schématu, silné autoakuzace spojené s přijímáním stravy a přibíráním hmotnosti a celková anosognozie. V nemocničním jídelním režimu pro pacienty s PPP byla schopna formální spolupráce, nicméně byly opakovaně zachycovány tendence k manipulacím v jídelním i pohybovém režimu, na které dívka nejevila dostačující náhled. Antropometrické vyšetření odhalilo klinicky vysoce signifikantní stupeň podvážky s úplnou absencí podkožního tuku a s dystrofickou svalovinou, minimální tělesná hmotnost pro remenorheu byla stanovena na 49–50 kg. Z osobnostních charakteristik dívky je nutné zdůraznit perfekcionistařské rysy, kdy dominovaly především rysy sebeorientovaného perfekcionismu, který ve spojení s mentální anorexií výrazně koreluje s rozvojem depresivní a obsedantně-kompulzivních symptomů (6). Dále bylo u dívky přítomno výkonové nastavení a tendence vyhovovat okolí na úkor potřeb vlastních. Významný byl taktéž vztah s matkou, který vykazoval až závislostní rysy a byl zatížen vysokou hyperprotektivitou z matčiny strany.

Rodina byla úplná, otec byl vůči celé problematice spíše rezervovanější.

Z farmakoterapie byl vzhledem k výrazné anxiétě nasazen sertralin, ke kterému byl později přikombinován olanzapin k ovlivnění četnosti autoakuzací. Dívka se během hospitalizace účastnila denních individuálních pohovorů s lékařem, dále skupinových psychoterapií pro děti s poruchou příjmu potravy a kreativních terapií (arteterapie, muzikoterapie).

První dvě hospitalizace trvaly celkem čtyři měsíce s krátkým propuštěním během vánočních svátků. Třetí hospitalizace trvala 14 dní a začala měsíc po dimisi z předchozího pobytu na klinice z důvodu okamžité restrikce stravy v domácím prostředí. Během této hospitalizace došlo kromě realimentace i k navýšení dávek sertralinu a olanzapinu, ukončena byla předčasně kvůli pozitivitě covid-19 a nutnosti karantény, hmotnost dívky byla 48 kg. Čtvrtá hospitalizace následovala po 3 měsících strávených v domácím prostředí a poté v jiné psychiatrické nemocnici, odkud byla pro váhový pokles a stav podvýživy přeložena zpět na naše pracoviště (příjmová hmotnost 40 kg při výšce 160 cm). Opět byly mírně užitkovány dávky stávající kombinace sertralinu a olanzapinu. Dívka stále vykazovala podobné symptomy – dominovala porucha vnímání tělového schématu, autoakuzace spojené s přibíráním hmotnosti a realimentací. Opakovaně byly zachycovány manipulace v léčebném režimu, které se týkaly především tendencí k utajovanému cvičení před jídlem, postáváním a setráváním v pozicích s aktivací svalstva. Individuální kontakt s dívkou byl obdobný a neměnný – pacientka byla milá, vstřícná, jevila respekt k autoritám, plnila všechny zadání terapeutické úkoly, v mezičase se svědomitě věnovala doplňování zmeškaného učiva. Celkový náhled na onemocnění byl ale nízký, jídelní režim formálně dodržovala, na manipulace v režimu pohybovém náhled nejevila. Během této hospitalizace rovněž dovršila 15. rok věku. Díky její formální spolupráci a nastavenému režimu byla pacientka po dvou měsících hospitalizace dimitována s cílovou hmotností 50 kg a pokračovala v ambulantní léčbě u pedopsychiatra v místě bydliště.

K další rehospitalizaci se pacientka dostala až po dovršení 16. roku věku cca jeden rok od propuštění z posledního pobytu na psychiatrické klinice. Přicházela opět z důvodu výrazné-