

Komorbidní mentální anorexie a obsedantně kompulzivní porucha v adolescenci – kazuistika

MUDr. Barbora Pilátová, MUDr. Kryštof Kantor, Ph.D., doc. PhDr. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Mentální anorexie a obsedantně kompulzivní porucha (OCD) patří mezi duševní poruchy, které často vznikají v období dospívání. Tyto potíže jeví některé společné rysy a mohou se vyskytovat souběžně, což může být komplikací jak v diagnostice, tak v léčbě obou poruch. Adolescence je specifické období života, které je i při odhlédnutí od patologie spojeno s rychlými změnami psychického stavu. V kazuistice dospívající dívky poukazujeme na fenomenologický překryv symptomatologie mezi těmito dvěma komorbidními poruchami a na fakt, že správné rozlišení příčin pozorovaného chování může hrát velkou roli v diagnostice a také správné léčbě.

Klíčová slova: obsedantně kompulzivní porucha, mentální anorexie, komorbidita, adolescence, diferenciální diagnóza.

Comorbid anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder in adolescence – a case report

Anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder (OCD) are mental disorders that often develop during adolescence. These conditions share some common features and can occur simultaneously, which can lead to complications in the diagnosis and treatment of both disorders. Adolescence is a specific period of life that is associated with rapid changes in psychological status, even in the absence of pathology. In the case study of an adolescent girl, we highlight the phenomenological overlap in symptomatology between these two comorbid disorders and the fact that correct differentiation of the causes of the observed behaviours can play an important role in both diagnosis and treatment.

Key words: obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, comorbidity, adolescence, differential diagnosis.

Úvod

Adolescence je kritickým a dynamickým obdobím doprovázeným rozsáhlými fyzickými, emocionálními a kognitivními změnami, kdy se jedinec musí vyrovnat s tělesnými změnami a s hledáním vlastní identity. Během přechodu z dětství do dospělosti se mohou objevit různé psychické potíže, jejichž příznaky a projevy se mohou překrývat a vlivem vývojové dynamiky měnit v čase. Cílem článku je upozornění na nezřídka se vyskytující komorbiditu mentální anorexie a obsedantně kompulzivní poruchy, demonstrované pomocí

kazuistiky, popisující vývoj dívky sledované mezi 14.–18. rokem věku.

Základní srovnání obou poruch

OCD je charakterizováno obsesemi, kompulzemi, nebo jejich kombinací. Obsese se dají popsat jako ego-dystonní opakující se a znepokojující myšlenky nebo obrazy, které jsou obvykle doprovázeny kompulzivním jednáním, které se pacient cítí být nucen vykonávat. Jedním z kritérií pro diagnostiku OCD v DSM-5 je, že obsese a nutkavé jednání by se neměly týkat jídla nebo tělesných proporcí. V případě, že obsese

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(2):123-126

<https://doi.org/10.36290/psy.2025.021>

Článek přijat redakcí: 9. 4. 2025

Článek přijat k tisku: 21. 5. 2025

MUDr. Barbora Pilátová

Barbora.Pilatova@fnmotol.cz

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 antidepresiva 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-

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 vidáme 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 dotázání 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 sebepřijetí, 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-

to může vyvolávat antipatie. Informace, které jsou mu pacientkami předkládány, může brát často s rezervou a popisovaným symptomům tak nemusí přikládat až tak velký význam. Na druhou stranu u OCD jsou často přítomny prvky magického myšlení, které mohou přispívat k sebestigmatizaci, tak jak to bylo v námi popsané kazuistice. Pravý důvod cvičení – obavy o bezpečí blízkých – se i samotné pacientce jevil jako iracionální, a tudíž pro ni bylo obtížnější se s ním svéřit i v průběhu komunikace s profesionály.

Ze zkušenosti také vyplývá, že velké množství pacientů trpících psychickými obtížemi různého původu jsou také velice často velmi dobře edukováni v oboru psychiatrie/psychologie a často jsou schopni uvádět obtíže jiných diagnóz ve snaze tuto diagnózu získat, případně odvést pozornost od diagnózy základní, jako je tomu např. u mentální anorexie, která je typicky zatížená významnou mírou anosognozie. V případě výše popisované kazuistiky se jednalo

o dívku léčenou zprvu s mentální anorexií čistě restriktivního typu. Vlivem opakovaných hospitalizací takovýchto pacientek z opakovaných důvodů (restrikce, váhový pokles a zvýšený pohyb) se velmi snadno může stát, že dívky mají již nálepku „anorektiček“ a vyšetřující má tak menší tendence hlouběji explarovat motivaci patologického chování, protože předpokládá obdobné rysy a motivace pacientčina chování. V případě, že pacientka při další z opakovaných rehospitalizací nově uvedla, že svou hmotnost snižovat nechce a že se zvýšeně pohybuje z důvodu nutkavých myšlenek, které ji nutí ke kompulzivnímu pohybu, může tato informace budít dojem manipulace a vyšetřující tak může tuto skutečnost snadno bez povšimnutí přejít.

Závěr

Závěrem lze říci, že v praxi je vhodné k pacientům přistupovat vždy s mírným odstupem, a i když se jedná o opakované hospitalizace zná-

mého pacienta, tak je třeba brát v potaz to, že se jednotlivé symptomy mohou prolínat a během vývoje proměňovat v čase (a to zejména v tak kritickém období, jakým je adolescence). Velice důležité je přitom správné a cílené dotazování na motivace patologického chování a charakter nutkavých myšlenek a také to, zda se jedná o myšlenky egodystonní či egosyntonní (7).

V praxi lze také doporučit používání screeningových otázek, případně dotazníků, které mohou pomoci komorbidní poruchy odhalit. V případě OCD se nabízí Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), dotazník s dobrými psychometrickými vlastnostmi, který umožňuje nejen zmapovat různé typy obsesí a kompulzí, ale také kvantifikovat jejich dopad na stav pacienta (8). Správné a cílené dotazování nám může dříve pomoci odhalit komorbidní psychiatrické poruchy s možností lépe a cíleněji ovlivnit příznaky jak farmakoterapeuticky, tak psychoterapeuticky.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Steinhausen H, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord*. 2015;48:845-50. doi: 10.1002/eat.22402.
3. Papežová H. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání, Mladá fronta: Praha; 2018.

4. Thiel A, Brooks A, Ohlmeier M, et al. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1995;152:72-5. doi: 10.1176/ajp.152.1.72
5. Micali N, Hilton K, Nakatani E, et al. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychol Med*. 2011; 41:2507-13. doi: 10.1017/S003329171100078X
6. Flamarique I, Plana MT, Castro-Fornieles J, et al. Compari-

son of perfectionism dimensions in adolescents with anorexia nervosa or obsessive-compulsive disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Acad Can Psychiatr Infant Adolesc*. 2019;28:45-54.

7. Holden NL. Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Br J Psychiatry*. (1990) 157:1-5. doi: 10.1192/bjp.157.1.1
8. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive, Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-1011.