

# PŘÍPAD TĚLESNÉ DYSMORFICKÉ PORUCHY

<sup>1</sup>MUDr. Věra Šantrůčková, <sup>1</sup>Mgr. Dana Friedlová, <sup>2</sup>prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.

<sup>1</sup>Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

<sup>2</sup>Katedra psychiatrie IPVZ, Praha

**Je referováno o mladém muži s několikaletým průběhem nerozpoznané tělesné dysmorfické poruchy (resp. její bludné formy), který vyhledává lékařskou kosmetickou péči a postupně úspěšně vyžaduje opačné nákladné léčebné výkony (transplantaci vlasů a jejich odstranění). Špatný pacientův vzhled zatím neumožnil adekvátní psychiatrickou léčbu.**

Psychiat. pro Praxi; 2006; 2: 80–81

## Úvod

Tělesná dysmorfická porucha (dříve dysmorfobie), zařazovaná mezi hypochondrické nebo bludné, má v populaci prevalenci 1–2%, ale mnohem vyšší prevalenci (6–15%) v patientských souborech (dermatologických, esteticko-chirurgických a psychiatrických) (4, 7, 11). V nepsychiatrických oborech bývá nerozpoznána, v psychiatrických zařízeních je většinou evidována pod záhlavím nejružnější komorbidit (deprese, vyvíbavé poruchy osobnosti, úzkostných poruch nebo jiného typu obsedantně kompulzivní poruchy) (3). Komorbidita chybí velmi zřídka (2, 9).

## Vlastní kazuistika

Pětatřicetiletý muž byl přijat v roce 2005 k první psychiatrické hospitalizaci. Předcházel výjezd rychlé lékařské pomoci poté, co se doma popral s otcem, zničil dveře a pořežal se na krku a končetinách. Lékař záchranné služby uvádí, že pacient má údajně sociální fobii, nekomunikuje s rodinou a čas tráví zavřený u počítače. Lékaři se jeví jako arogantní a nespolečenský, převoz probíhá za asistence policie. Ocítá se na traumatologické ambulanci, kde je provedena sutura a psychiatrické konzilium: Má od dětství „sociálně-fobické obtíže“, před časem se přechodně ambulantně léčil, dostával Aurorix. Má neshody s otcem a dlouhodobé depresivní prožitky, nikoli sebevražedné myšlenky. Je usuzováno na sociální fobii a poruchu přízpůsobení, eventuálně na psychotický proces, pacient je poslán k hospitalizaci.

Přijímající lékařce v léčebně uvede v rámci anamnézy tyto pozitivní údaje: Otec pije, pacient je v péči psychiatrické ambulance, dříve i denního sanatoria, bral Aurorix, žádnou změnu nepozoroval. Má úzkost s bušením srdce v přeplněných prostorách. Dokončil obchodní akademii a je „na volné noze“ (= bez zaměstnání), dva roky nevychází z bytu, partnerku nemá. S rodiči, u nichž žije, má neshody, naposledy kvůli hlučné reprodukci hudby, proto uhodil rukou do výplně a pořežal se. Lékařka soudí, že jde o sociální fobii a osobnost se schizoidními rysy.

Ošetřující lékařce na příjmovém oddělení doplňuje, že do zaměstnání nechodí kvůli problémům

v tramvaji, lidé jako by ho pomlouvali, třeba na něho upozorňují slovem „hele“. Má noční můry, napětí a úzkost, vadí mu necitelnost rodiny. Lékařka nezištuje schizofrenní příznaky (jen prchavé paranooidní prožitky) a uzavírá stejně jako lékařka žurnální.

Při psychologickém vyšetření říká, že se cítí zcela zdravý, ale je pravda, že měl v posledních dvou letech střední školy deprese. Má intimní problém, s nímž se těžko svěřuje. Je na něm vidět, že je blbec, jsou totiž patrné jeho transplantované vlasy. Problém s vlasy má od 14 let, kdy se mu objevily kouty a děti ho kvůli tomu šikanovaly, takže na táboře nevylezl 14 dní ze stanu. Chodil s rodiči po lékařích, až mu několikrát z nich transplantoval vlasy. Zpočátku byl spokojený, pak mu začalo vadit, že má jizvu ve vlasaté části zátylku a transplantované vlasy v někdejších koutech jsou v rádcích „jako u panenky“, takže na něm opět lidé vidí, že je blbec. Dva roky chodí k dalšímu lékaři, který mu transplantované vlasy odstraňuje laserem (tj. zhotovuje „kouty“). Teprve až mu vlasy vypadají, půjde do práce a najde si přítelkyni, jinak to není možné. V MMPI zvýšené skóre deprese a psychopatie. V ROR afektivní labilita a impulzivita, potlačená agresivita, masivní úzkostné napětí aj. Závěr – porucha s bludy, resp. s dysmorfobickým bludem.

Během pobytu dává najevo nesouhlas s hospitalizací, jinak se chová nenápadně. Při přešetření po 10 dnech pobytu sděluje ošetřující lékařce, že ho rodiče zmrazili, protože mu jako 16letému na jeho naléhání dali vlasy transplantovat. Vlasy mu rostou od té doby nesprávně, proto si je v posledních letech dává odstranit. Aby mu lidé nemohli dávat najevo, že je blbec, tři roky mezi ně téměř nechodí. Dvakrát denně si myje hlavu a vyjde ven nejvýše v čepici, aby defekt nebyl tak nápadný.

V téže době je vyšetřen i třetím autorem. Konstatováno, že na čele má rovnou hranici vlasů, které jsou zcela nenápadné. Pacient si myslí pravý opak, každý si řádkovaných vlasů všimne a usuzuje pak na jeho duševní méněcennost, chování lidí na veřejnosti tomu odpovídá. Vysvětlení, že je mu možno

pomoci psychiatrickou léčbou, která je mu podrobně popsána, formálně přijímá, ale prý se jí podrobí, až si dá transplantované vlasy odstranit. Po 17 dnech je na své neustálé naléhání propuštěn do ambulantní psychiatrické péče pro chybění důvodů k hospitalizaci bez souhlasu. K doporučené rehospitalizaci se již nedostaví.

## Diskuze

Osud popsaného pacienta zahrnuje okolnosti charakteristické pro tělesnou dysmorfickou poruchu (resp. její bludnou formu = poruchu s dysmorfickým bludem). Porucha začíná i v tomto případě v době dospívání a spočívá ve vtíravé nespokojenosti s vlastním zevnějškem (čelní hranicí vlasů v oboučích a se střední špičkou), pacient je z věci sklíčený pro její domnělý obecný sociální dopad, předpokládáný defekt zakrývá častým mytím nebo čepicí, počíná se izolovat a naléhá na rodiče kvůli kosmetické nápravě. Nákladná „náprava“ se uskutečňuje bez rozpoznání poruchy v lékařském (dermatologickém) prostředí. Po léčbě následuje pouze krátká úleva, poté návrat obsesí (myšlenek o vzhledové a všeobecné méněcennosti), objevení depresivních příznaků, pro něž se dostává do ambulantní psychiatrické péče, kde je rozpoznána snad komorbidita (sociální fobie). Pacient je léčen způsobem, který u dané poruchy nemůže přinést podstatnou úlevu (IMAO). Má k psychiatrické ambulantní léčbě vlažný až odmítavý vztah a paralelně realizuje další nákladnou kompulzi (prosazení laserové epilace). Dermatologická péče (z hlediska pozorovatele absurdní) je mu opět poskytována. Stupňuje se pacientova izolace – je bez jakéhokoli partnerského vztahu, po střední škole nebyl s to nastoupit do zaměstnání, dává se živit rodinou, v podstatě dlouhodobě neopouští domov. Do ústavní péče se dostává více méně náhodně po rodinném konfliktu a záhy z ní uniká. Jako v jiných případech, je těžší rozhodnout, jde-li o nepsychotickou variantu poruchy (tedy hypochondrickou poruchu spadající pod záhlaví somatoformních), nebo o psychotickou variantu (poruchu s bludy). I u nepsychotické formy se totiž vyskytuje porucha hodnocení emoční mimiky okolí (1).

V daném případě se přiměřenější jeví psychotická varianta kvůli chybění vhladu (5). Pro adekvátní léčbu to nemá zvláštní důležitost, protože obě varianty reagují na vysoké dávky SSRI (např. 300–400 mg sertralinu pro die) a přidání antipsychotik těmto pacientům nemívá zvláštní význam (10).

Získat pacienta pro léčbu se nezdařilo a očekávat lze další nepříznivé události: nespokojenost s výsledkem epilace může vystupňovat pacientovu sklíčenost až k zoufalství s dalšími projekcemi do okolí (podle jeho verze mu rodiče zajistili implantaci vlasů, protože ignorovali jeho tehdejší dětinství). Předmětem obvinění se mohou stát rovněž lékaři odborníci, kteří na pacientovi dosud pracovali, jak tomu u těchto pacientů bývá (3). Šťastnou eventualitou by byla pacientova psychiatrická rehospitalizace např. v důsledku obvyklé komorbidity (deprese), při níž by byla porucha řádně rozpoznána a léčena. Dlouhodobé podávání vysokých dávek SSRI u tohoto druhu poruchy obsedantně kompulzivního spektra by mohlo přinést podstatné zlepšení, zejména v kombinaci s kognitivně behaviorální terapií (6, 8).

## Závěr

Případ ilustruje několikaletou typickou pacientskou kariéru jedince s poruchou známou spíše z učebnic než z běžné praxe. Jako u jiných lze dokumentovat velký zásah poruchy do života, unikání z psychiatrické péče k jiným odborníkům, kteří opakovaně vyhovují pacientovým kompulzím bez vědomí rizika podobného počínání. Ukazuje se už

tečnost jediné prosté otázky u pacientů se „sociálně fobickým chováním“: „Netrápí vás něco v zevnějšku?“

**MUDr. Věra Šantrůčková**

Psychiatrická léčebna Bohnice,  
Ústavní, Praha

e-mail: sant.veruna@centrum.cz

## Literatura

1. Buhlmann U, McNally RJ, Etcoff NL, Tuschen-Caffier B, Wilhelm S. Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. *J Psychiat Res* 2004; 38: 201–6.
2. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 9): 27–31.
3. Chromý K, Honzák R a kol. Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada 2005, s. 69–75.
4. Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 517–22.
5. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiat Res* 2004; 38: 63–72.
6. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 721–7.
7. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 436–41.
8. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH. A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 315–21.
9. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 229–36.
10. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J* 2004; 80: 67–71.
11. Wilson JB, Arpey CJ. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg* 2004; 30: 1391–9.