

Úskalí v léčbě mentální anorexie u adolescentní pacientky v ambulanci a na akutním lůžku dětské psychiatrie

MUDr. Monika Svatošová

Oddělení dětské a adolescentní psychiatrie KNL, a. s., Liberec

Za poslední dobu pozorujeme nárůst potřeby dětské psychiatrické péče, které je nedostatek, a proto velká část péče o dětské psychiatrické pacienty spadá do rukou pediatriů a praktických lékařů. V dnešní době tvoří nemalou část dětských psychiatrických pacientů i pacienti s poruchou příjmu potravy, jejich léčba a péče je většinou dlouhodobá, složitá a často relabující.

Cestou kazuistiky bychom rádi objasnili péči o adolescentní pacienty s poruchou příjmu potravy v dětské psychiatrické ambulanci a na akutním lůžku dětské psychiatrie.

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, mentální anorexie, amenorrhea.

Pitfalls in the treatment of anorexia nervosa in an adolescent patient in the outpatient clinic and in the acute ward of child psychiatry

In recent times, we have seen an increase in the need for child psychiatric care, which is in short supply and therefore much of the care for child psychiatric patients falls to paediatricians and GPs. Nowadays, patients with eating disorder form a significant number of child psychiatric patients and their treatment and care is usually long-term, difficult and often relapsing. The task of this case report is to clarify the care of eating disorder in the child psychiatric outpatient clinic and in the psychiatric ward for children.

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, amenorrhea.

Úvod

Mentální anorexie (MA) je porucha příjmu potravy, pro kterou je charakteristická nízká váha způsobená restrikcí ve stravování, strach z tloušťky, zkreslené vnímání obrazu těla a primární či sekundární amenorrhea. Celková incidence MA je v posledních desetiletích značně stabilní, incidence u dětí (ve věku < 15 let) se zvýšila (1). Není jasné, zda to odráží časnější záchyt nebo dřívější věk nástupu nemoci (1). Míra celoživotní prevalence mentální anorexie může být až 4 % u žen a 0,3 % u mužů (1). U pacientů s mentální anorexií se zhruba 1/3 vyléčí, 1/3 dosáhne částečné remise a u 1/3 se obtíže stanou chronickými (2).

Většina dětských pacientů s poruchou příjmu potravy má nejméně jednu další psy-

chiatrickou komorbiditu. Časté jsou poruchy nálady (49 %), OCD symptomatika (35 %), úzkostné poruchy (29 %) a sebepoškozování (40 %) (5). Sebevražda je jednou z hlavních příčin úmrtí osob s poruchou příjmu potravy. V longitudinálním výzkumu adolescentů se téměř čtvrtina z nich pokusila o sebevraždu a 65 % uvedlo, že v posledních 6 měsících mělo sebevražedné myšlenky (4).

Léčba mentální anorexie spočívá ve zvýšení energetického příjmu, pravidelném stravování, rozšíření jídelníčku, omezení fyzické aktivity a navýšení tělesné hmotnosti. Dále je nutná pravidelná individuální a rodinná psychoterapeutická péče. Musíme myslet na to, že restrikce v jídle a excesivní cvičení pacientům přináší pocity uspokojení. Pravidla lé-

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 in 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: *Pediatr. praxi.* 2025;26(2):130-133

<https://doi.org/10.36290/ped.2025.025>

Článek přijat redakcí: 3. 3. 2025

Článek přijat k tisku: 9. 4. 2025

MUDr. Monika Svatošová

svamo@nemlib.cz

čebného plánu jsou proti přesvědčení pacientů s MA a svých stravovacích a pohybových návyků se většinou nebudou chtít vzdát. Proto je léčba spíše přáním rodičů než samotného dětského pacienta. Je důležité si uvědomit, že porušování léčby u pacientů s MA je způsobeno strachem z tloušťky, z přejídání a ze ztráty kontroly, ale také velkou úzkostí, které děti kvůli své emoční nezralosti čelí mnohem hůře než dospělí (3, 5).

Farmakoterapie není metodou první volby u pacientů s poruchou příjmu potravy. Je doporučována u pacientů s život ohrožujícími stavy, atypickými formami onemocnění nebo při přítomnosti komorbidní poruchy. Podávají se antidepresiva, zejména ze skupiny SSRI. Pozitivně hodnocen je například sertralin. U pacientů s podvážou je léčba antidepresivy méně účinná. V těchto případech mají lepší efekt neuroleptika v nízkých dávkách například olanzapin. Anxiolytika podáváme u dětí a adolescentů pouze na krátkou dobu (5).

Vlastní případ

15letá pacientka byla vyšetřena na našem oddělení na žádost praktického lékaře pro děti a dorost pro suspektní poruchu příjmu potravy. Osobní a perinatální anamnéza byla bez pozoruhodností, bez somatických obtíží, psychomotorický vývoj v normě. Pacientka byla z úplné rodiny, rodiče středoškolsky a vysokoškolsky vzděláni. Ve školní anamnéze uvedena pouze mírná úzkostnost ve školce, jinak bez nápadností, prospěchově jedničky. Do ambulance přicházeli pro pokles váhy na 53,7 kg při 176 cm (BMI 17,3) a amenorrheu trvající necelý rok. Dle matky byla pacientka bez energie, podrážděná, impulzivní a často nespokojená. Matka popisovala, že si pacientka doma vařila pouze pro sebe a nejedla mimo domov. Rodiče neměli kontrolu nad jejím jídelníčkem, váha neustále klesala. Pacientka vzpomínala, že nejvíce vážila 75 kg. Vadilo jí, jak vypadala. Na její váhu si vyslechla komentáře od okolí. Rozhodla se zhubnout a jíst zdravě. Věděla, že váha klesá, ale cítila se nadále obézní a doma se nechtěla vážit. Chtěla mít kontrolu nad přípravou jídla, pokud ji neměla, tak měla z jídla obavy. Řešila složení jídla, velikost porcí, automaticky počítala kalorie. 3× za týden měla trénink, poté doma cvičila a chodila na procházky. Nejvíce pacientku trá-

pily výčitky po jídle, strach z přibírání na váze a ztráty kontroly. Domluvena ambulantní péče včetně kontroly váhy 1× za týden. Doporučili jsme stravování 6× denně dostatečné kalorické hodnoty a z jídelníčku měla vyloučit nízkokalorické, fit, či proteinové výrobky. Jídlo měli nakupovat a připravovat rodiče a dále dohlížet na zapisování jídelního deníku. Pacientka si smazala aplikaci na počítání kalorií. Dále doporučena psychoterapeutická péče. Na dalších kontrolách docházelo postupně k poklesu váhy, doma narůstaly konflikty ohledně jídelníčku. Pacientka navyšovala fyzickou aktivitu, na jídelní deník často zapomínali. Doporučen klidový režim a omezení fyzické aktivity. Pacientka odmítala medikaci a byla negativistická k pravidelným kontrolám u lékaře. Pro další významný pokles na váze a selhávání klidového a stravovacího režimu v domácích podmínkách byla doporučena hospitalizace na našem oddělení. První termín rodiče telefonicky odmítli. Při následných ambulantních kontrolách docházelo k výkyvům váhy pro přepíjení před kontrolou. Doma pokračovaly konflikty ohledně jídla. Rodina přistoupila na hospitalizaci.

I. Hospitalizace: 47,6 kg při 176 cm (BMI 15,4). Při příjmu pacientka udávala, že si jídelníček doma hlídala sama a jednalo se o nízkokalorické potraviny. Druhý den pacientka převážena nalačno a po vymočení. Váha 45,4 kg při 176 cm (BMI 14,7). Pacientka byla vedena v anorektickém léčebném režimu, což znamenalo klidový režim na oddělení, bez fyzické aktivity. Stravovala se 6× denně pod dohledem sesterského personálu s postupným navyšováním porcí od 1 500 kcal do 3 200–3 500 kcal. Pacientka byla na onemocnění bez náhledu a pozitivní motivace. V léčebném režimu celkem spolupracovala, ale pozorovali jsme jeho ojedinělé porušování, kdy cvičila ve sprše, snažila se předat dezert jiným pacientkám, odmítala sladký čaj. Hospitalizace trvala 3 týdny. Váha při propuštění 48,3 kg. Pobyt byl ukončen na základě žádosti pacientky a rodičů cestou negativního reverzu. Pacientka pokračovala v ambulantní péči na našem oddělení. Při ambulantních kontrolách rodiče ustoupili ze zavedeného jídelníčku z hospitalizace. Pacientka vyhledala peer konzultaci, ale tam opět podpořen nízkokalorický jídelníček. Rodina smlouvala,

že ho na chvíli vyzkouší, chtěli to zkusit „po dobrém“. Váha stagnovala, poté opět klesala. Pacientka se přiznala, že ubírala na porcích. Náladu popisovala s výkyvy, byla úzkostná a udávala obtíže se spánkem. Přetrvávaly výčitky po jídle. Doporučena antidepresiva, která pacientka odmítala. Rozhodla se pro fytopřípravky. Vyšetřena dětským kardiologem pro prekolapsy a píchavé bolesti na hrudi. Závěr z vyšetření byl normální velikost a funkce srdce, sinusová bradykardie, nadhraniční fyziologický perikardiální výpotek, naznačený prolaps mitrální chlopně. Vše nejspíše při základní diagnóze poruchy příjmu potravy restriktivního typu. Doporučena opět hospitalizace na našem oddělení, kterou rodiče odmítli. Vyhledali nutriční vedení v Praze. Při ambulantní kontrole přistoupila k nasazení antidepresiva. Započata titrace sertralinu, ale pro velkou nauzeu vysazen a vyměněn za fevarin, při kterém opět nauzea a gastrointestinální diskomfort. Pacientka byla ponechána bez medikace. Váha s významným poklesem. Doporučena hospitalizace.

II. Hospitalizace: Váha 45,8 kg při 176 cm (BMI 14,8). Při příjmu s hospitalizací smířena, náhled na onemocnění přetrvával formální. Druhý den pobytu převážena na lačno a po vymočení. Váha 43,8 kg při 176 cm (BMI 14,1). Určili jsme si cílovou váhu k propuštění na 54 kg. Ladění přetrvávalo pokleslé, přiznávala nespecifické myšlenky na nežití v reakci na úzkosti z jídla, sebepoškozování k úlevě od výčitek, afekty vázané na jídlo s autoagresí. Opět nastaven anorektický léčebný režim. Při úzkosti z jídla se nebránila anxiolytické medikaci alprazolamu. Dle pacientky ale bez většího efektu. Váha na oddělení pozvolna narůstala, tudíž jsme přistoupili k propustkám do domácího prostředí, které selhávaly. Propustky byly často s poklesem váhy pro nedodržení jídelníčku. Udávala dlouhodobé obtíže se spánkem, nutkání k sebepoškození, pocity frustrace, viny a výčitky. Navrhujeme nasazení antidepresiva mirtazapinu. Tuto medikaci ale pacientka odmítla užívat. Během hospitalizace proběhlo edukativní sezení s rodiči. S rodiči domluveno zrušení propustek při neudržení váhy, které bylo provázáno častými afekty na oddělení, 1× s autoagresí. Motivace k léčbě byla u pacientky formální, často bránila své nemocné chování. Váha byla s výkyvy pro

nedodržování režimu. Nejčastěji se jednalo o manipulaci s jídlem, utajenou fyzickou aktivitu a přepíjení. Propustky povolovány dle nárůstu a udržení váhy. Tento pobyt trval necelé 3 měsíce k dosažení cílové váhy. Vzhledem k neuspokojivému psychickému stavu jsme doporučili pokračovat v hospitalizaci, ale rodiče i pacientka si přáli dimisi. K propuštění jsme připravili cílený motivační plán s plánem nárůstu váhy k 60 kg, který podepsala pacientka i rodiče. Váha při dimisi 54,2 kg, amenorrhea. V ambulantním vedení pacientka nedodržovala motivační plán. Se školní docházkou měla opět stravovací režim sama více pod kontrolou a ubírala na porcích. Váha stagnovala. U pacientky přetrvávaly tendence k obraně nemocného chování, strach z opuštění nemoci, manipulace a přepíjení se. Psychoterapeutická péče byla nepravidelná. Pacientka ji často vynechávala kvůli škole. Pro pokles na váze odmítla kontrolu u lékaře. Postupně došlo opět ke zhoršení psychického stavu. U pacientky pokračovala pokleslá nálada s úzkostnými propady, pocity viny při příjmu jídla, myšlení zahlceno obsahy vyplývající z poruchy příjmu potravy, horší koncentrovanost, sebepoškozování k úlevě od tenze po jídle. Psychiatrickou medikaci odmítala. Rodiče byli zoufalí, sami viděli, že to doma nezvládají, a přáli si hospitalizaci. Pacientka doma už skoro nejedla.

III. Hospitalizace: Váha 52,1 kg při 176 cm (BMI 16,8). Při příjmu byla pacientka bez náhledu na svůj aktuální stav, úzkostná a negativistická. Nutná intervence psychologem. Váha po převážení nalačno byla 50,1 kg při 176 cm (BMI 16,2). Jelikož se jednalo o opakovanou hospitalizaci, tak jsme vytvořili plán péče s odstupňovanými privilegii dle nárůstu váhy. Cílovou váhu jsme si stanovili dle předchozího motivačního plánu na 60 kg. Při seznámení se s cílovou váhou měla pacientka silný afekt, byla opoziční vůči lékaři a smlouvala se zdravotním personálem i s rodiči. Rodiče o plánu taktéž informováni, že začátku nejisti, ale po vysvětlení lékařem plán péče podporovali. Poté již zklidněna, přijala plán péče a cílovou váhu. Pacientka při této hospitalizaci souhlasila s nastavením medikace ve formě antidepresiva mirtazapinu. V režimu pacientka spolupracovala lépe, dodržovala daný jídelníček a plán péče. Váha narůstala.

Propustky probíhaly uspokojivě s nárůstem váhy. Na oddělení vyhledávala i jídlo navíc po ostatních pacientech. Pacientku bylo nutno usměrnit ohledně přejídání a korigovat nárůst váhy. Spolupráce byla celkově významně lepší než na předešlých hospitalizacích. Ke konci pobytu pacientka udávala, že se cítila psychicky lépe, byla méně podrážděná a měla více energie. Začala mít občas i chuť k jídlu, spánek udávala kvalitnější. Zlepšení stavu přisuzujeme nárůstu váhy a medikaci. Váha při dimisi 61,4 kg (BMI 19,8). Doba hospitalizace byla 6 týdnů. Pacientka je nadále sledována v naší ambulanci a dochází na psychoterapie. Stav ale přetrvává kolísavý.

Diskuze

Z kazuistiky vyplývají následná úskalí v léčbě mentální anorexie. U pacientů s MA se často setkáváme s odmítáním psychiatrické medikace, která může zvyšovat chuť k jídlu. O těchto účincích medikace jsou v dnešní době pacienti velice dobře obeznámeni a při malé motivaci k vyléčení jsou k psychiatrické medikaci často negativističtí. V kazuistice jsme nejprve přistupovali k antidepresivu SSRI, ale pro GIT diskomfort jsme medikaci vysadili. Toho času se jevilo prospěšnější minimalizovat neschopnost příjmu potravy než užívání medikace, u které si nejsme jisti dostatečného efektu. Malá účinnost SSRI antidepresiv u pacientů s MA je způsobena neschopností ovlivnit serotoninergní systém při nedostatečném příjmu tryptofanu (prekursoru serotoninu) a snížené extracelulární koncentraci serotoninu a denzity serotoninových receptorů u pacientů s nízkou hmotností (5). Při opětovném nasazení medikace přicházela v úvahu úzkostně-depresivní symptomatika, farmakologická anamnéza a negativistický postoj pacientky k psychiatrické medikaci. Po opakované edukaci pacientky jsme přistoupili k mirtazapinu, ke kterému byla pacientka zprvu také odmítavá, ale následně na tuto medikaci přistoupila.

Pacienti s MA často nedodržují léčebný režim, a to signalizuje jejich malou motivovanost k vyléčení. Nejčastěji se setkáváme s utajenou fyzickou aktivitou, s manipulací s jídlem a zvýšeným příjmem tekutin před vážením. Nutné je pacienty opakovaně edukovat o nebezpečnosti takového chování zejména přepíjením, kdy

v nejkrajnějších případech hrozí otrava vodou. Během pobytu na našem oddělení či v ambulantním vedení bereme za optimální nárůst na váze 0,5–1 kg za týden. Dle nárůstu, či poklesu váhy korigujeme porce a fyzickou aktivitu. Při první hospitalizaci si stanovujeme cílovou váhu orientačně. Jedná se o 10. percentil hmotnostní křivky k věku a pohlaví. Při dobré spolupráci pacienta a stabilizaci stavu může být pacient propuštěn před dosažením cílové váhy a veden ambulantně. Při rehospitalizaci si stanovujeme cílovou váhu, kterou pacient dosáhne k propuštění. Stále se jedná o 10. percentil hmotnostní křivky. Při dalších opakovaných hospitalizacích vytváříme plán péče s postupně zavedenými motivačními privilegii dle váhy. Cílová váha je mezi 10.–25. percentilem hmotnostní křivky, kdy bereme v úvahu hmotnostní rezervu. Doba hospitalizace je dle stavu pacienta a často trvá 1–3 měsíce.

Během hospitalizace jsou pacienti edukováni, že váha k propuštění není jejich zdravá váha. Pacientky vedeme k tomu, že zdravá váha je váha, na které pravidelně menstruuji bez hormonální antikoncepce. Zde je důležité zmínit i spolupráci s dětským gynekologem. Pacientky směřujeme na gynekologické vyšetření při primární i sekundární amenorrhee. Započatá gynekologická dispenzarizace nám následně pomáhá se sledováním menstruačních cyklů. U chlapců je to složitější a držíme se převážně hmotnostních tabulek. Na akutním oddělení dětské psychiatrie je psychoterapeutická péče u mentální anorexie sekundární a převážně podpůrná. V ambulantním vedení i za hospitalizace klademe důraz na edukaci rodičů a pacientů ohledně dopadu podváhy na somatický stav a dlouhodobé následky. U pacientů je vždy nutná stabilizace stavu a nárůst váhy. S nárůstem váhy se normalizuje myšlení, prožitky a u pacientů doporučujeme následnou péči ve formě pravidelné ambulantní individuální a nejlépe rodinné psychoterapeutické péče.

Závěr

Poruchy příjmu potravy se rozvinou během několika měsíců a obvykle trvají přibližně šest let. V dětské psychiatrické ambulanci se tedy jedná o dlouhodobou problematiku, při které je důležitá spolupráce s praktickým lékařem pro děti a dorost, psychologem, nu-

tričním poradenstvím, dětským gynekologem a případně ještě s dalšími odborníky, kteří mají pacienta v péči (6).

I když je princip vyléčení víc jíst a přibrat na váze logický, zavedení změny jídelních návyků a omezení pohybu je v praxi pro pacienty a jejich rodiny velmi složitý. Je

důležité si uvědomit, že strach z přibývání na váze je u pacientů s MA stejný jako strach ze smrti u ostatních. To je často vede k sabotáži léčebného procesu. Dochází k narušení rodinné dynamiky kvůli častým konfliktům ohledně stravování. Rodiče jsou často vyčerpaní a svolují k vyhubému jed-

nání ve formě hledání nekonfliktní cesty k řešení onemocnění. Svolují k negativním reverzům, zkouší více odborníků, konzultací. Bohužel často přicházejí na to, že krátká, nekonfliktní, jednoduchá či „bezbolestná“ cesta k vyléčení mentální anorexie neexistuje (3).

LITERATURA

1. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34(6):515-524. [cited 2025 Feb. 20] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8500372/>.

2. O'Dwyer AM, Campion. Eating disorders 9.2. Anorexia nervosa. *Practical Psychiatry for students and trainees*.

2022; p. 108.

3. Krch FD. Mentální anorexie. Druhé, přepracované vydání. Praha: Portál; 2010.

4. Hambleton A, Pepin G, Le A, et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10(132). [cited 2025 Apr. 3] Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2>.

s40337-022-00654-2.

5. Papežová H, et al. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání – Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta a.s. 2018.

6. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Hosák L, Hrdlička M, Libiger J, et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 2015; p. 278, 285.