

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Lucie Holubičková

Užívání návykových látek jako sebemedikace u poruch příjmu potravy

Addictive substance abuse as a self-medication in eating disorders.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. PhDr. **Kamil Kalina** CSc.

Praha
2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 17.7.2019

Lucie Holubičková

.....

Identifikační záznam

HOLUBIČKOVÁ, Lucie. Užívání návykových látek jako sebemedikace u poruch příjmu potravy. [Addictive substance abuse as a self-medication in eating disorders]. Praha 2019. 124. stran. 4. přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Kalina, Kamil.

Poděkování

Moje poděkování patří především panu doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za jeho odborné vedení, poskytování rad, podkladů a doporučení během konzultací. Velmi oceňuji jeho zájem a pravidelnou komunikaci po celou dobu psaní závěreční práce. Dodával mi nejen podnětné rady ale také pozitivní energii a sílu pokračovat.

Dále nesmím opomenout poděkovat Mgr. Gabriele Rolové a PhDr. Miroslavu Bartákovi, Ph.D. za nabídku pomoci a poskytnutí rad během psaní práce. Na závěr bych také chtěla poděkovat okruhu mých nejbližších, kteří mi byli velkou oporou a případně mi také poskytli osobní pohled na předloženou práci či jiná doporučení.

Děkuji všem.

Abstrakt

Východiska: Diplomová práce se zabývá vztahem mezi užíváním návykových látek a poruchou příjmu potravy. Zejména se zaměřuje na fenomén sebemedikace návykovými látkami u žen, které mají zkušenost s poruchou příjmu potravy. Teoretická část poskytuje ucelený obraz o zkoumané problematice, podložený domácími i zahraničními výzkumy v dané oblasti. Empirická část vychází z kvalitativního sběru dat a je složena z kombinace krátkých případových studií a tematické analýzy.

Cíle: Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat a zjistit, zda ženy, které trpí poruchou příjmu potravy, užívají návykové látky, včetně alkoholu, za účelem sebemedikace. Dále si práce klade též za cíl zjistit, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými formami poruch příjmu potravy a vzorcem užívání návykových látek.

Soubor: Výzkumný soubor tvořilo 10 žen ve věkovém složení 19 – 38 let, které mají zkušenost s poruchou příjmu potravy.

Metody: Pro účely výzkumu bylo zvoleno metody polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data byla představena pomocí krátkých kazuistik. Kazuistiky byly pro lepší orientaci výzkumníka doplněny o časové osy a testovou baterii, která byla složená z dotazníků AUDIT, DAST a FTND. Data byla následně analyzována prostřednictvím tematické analýzy.

Výsledky a závěr: Výsledky interpretují odpovědi na výzkumné otázky. Výzkumné šetření však nepřineslo žádné převratné výsledky, spíše došlo k potvrzení existence určitého vztahu mezi užíváním návykových látek a bojem s poruchou příjmu potravy. Nemocné poruchou příjmu potravy užívají návykové látky mimo jiné i za účelem zmírnění projevů nemoci. Studie také potvrdila, že k užívání návykových látek nejvíce inklinují osoby bojující s mentální bulimií, které nadužívají převážně alkohol. Dále bylo potvrzeno, že osoby bojující s poruchou příjmu potravy mají zvýšené riziko vzniku závislosti a vzniku jiné komorbidity. Kazuistiky dokreslují celkový pohled na zkoumanou problematiku.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy – mentální anorexie - mentální bulimie – duální diagnóza – sebemedikace – užívání návykových látek

Abstract

Introduction: The thesis deals with the relationship between substance use and eating disorder. In particular, it focuses on the phenomenon of self-medication substance abuse among women who have experienced an eating disorders. The theoretical part provides a comprehensive picture of the studied issue, supported by Czech and international research in the area. The empirical part is based on qualitative data collection and consists of a combination of short case studies and thematic analysis.

Objectives: The main aim of the thesis is to map out and find out whether women who suffer from eating disorders use addictive substances, including alcohol, for the purpose of self-medication. The thesis also aims to find out whether there is a difference between the different forms of eating disorders and the pattern of substance use.

Sample: The research sample consisted of 10 women aged 19 - 38 years who have had experiences with eating disorders.

Methods: The method of semi-structured interview was chosen for the purpose of the research. The data obtained were presented using short case reports. The case studies were supplemented by a timeline and a test battery, which consisted of AUDIT, DAST and FTND questionnaires for better orientation of the researcher. The data were subsequently analyzed through thematic analysis.

Results and Conclusion: Results interpret answers to research questions. However, the research did not produce any breakthrough results, but rather the existence of a certain relationship between substance and the fight against eating disorders. Persons suffering from eating disorders use addictive substances, among other things, to alleviate the symptoms of the disease. The study also confirmed that the most likely to use substance abuse is those who are fighting bulimia nervosa, who are mostly overusing alcohol. Furthermore, it has been confirmed that those struggling with eating disorders are at increased risk of addiction and other co-morbidities. The case studies illustrate the overall view of the researched issue.

Key words: eating disorders - mental anorexia - mental bulimia - dual diagnosis - self-medication - substance abuse

Obsah

A. Úvod.....	8
B. Teoretická část.....	10
1. Poruchy příjmu potravy	10
1.1. Mentální anorexie (Anorexia nervosa)	12
1.2. Mentální bulimie (Bulimia nervosa).....	14
1.3. Záchvatovité přejídání	15
1.4. Etiologie poruch příjmu potravy	16
1.5. Prognóza a mortalita.....	20
2. Návykové látky	21
2.1. Závislost.....	21
2.2. Škodlivé užívání (F1x.1)	22
2.3. Psychosociální faktory ovlivňující vznik a rozvoj závislosti	23
3. Komorbidita a duální diagnóza	27
3.1. Etiologie vzniku duálních diagnóz	28
3.2. Sebededikace	29
3.3. Vztah mezi poruchy příjmu potravy a návykové látkami	30
C. Výzkumná část.....	33
4. Vlastní výzkum	33
4.1. Výzkumný problém	33
4.2. Cíl práce	33
4.3. Charakteristika výzkumného vzorku	34
4.4. Typ výzkumu a výzkumný plán	36
4.5. Metoda sběru dat.....	37
4.6. Způsob zpracování analýzy dat	37
4.7. Etické aspekty.....	39
4.8. Limity výzkumu	40
4.9. Výsledky	41
4.10. Sumarizace výsledků.....	104
4.11. Diskuze.....	108
Závěr.....	111
D. Seznam zdrojů	113
E. Přílohy.....	

A. Úvod

Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění, kterými se zabývám už řadu let. Díky mnohaletému zájmu, angažovanosti a osobnímu vztahu k dané problematice jsem měla možnost poznat řadu jedinců, kteří bojovali a obětovali jim prakticky celý dosavadní život. Jejich svět se zúžil jen na potřeby mentální anorexie nebo mentální bulimie. Z počátku bylo jídlo nástrojem úlevy, kontroly, komunikace s okolím, a hlavně regulátorem emocí. Postupem času se stalo pro nemocné posedlostí, stejně jako drogová závislost. Vztahem mezi poruchou příjmu potravy a závislostmi se odborná veřejnost zabývá už řadu let a na dané téma bylo vydáno několik odborných prací, ale i přesto zůstává ve vzduchu spousta nevyřešených otázek a otazníků.

V rámci zkušeností s ženami bojující s poruchou příjmu potravy jsem se často setkávala i s kombinací užívání návykových látek. Zajímavým fenoménem příběhů nemocných byl fakt, že problém s užíváním začal vznikat až po zkušenosti s poruchou příjmu potravy a díky vlivu drog se měnil průběh samotného onemocnění. Dokonce jsem se setkala i s případy, že užívání či závislost na nějaké návykové látce nahradila samotnou poruchu příjmu potravy nebo snížila ataky nemoci. Z druhé strany se objevoval i opačný fenomén. Podobné příběhy se o pakovaly a mne začalo zajímat, jakou souvislost může mít užívání návykových látek s poruchou příjmu potravy v souvislosti s teorií samoléčby.

Téma má upozornit na aktuálnost, závažnost a rizikovost vzájemného vztahu výše zmiňovaných patologických jevů. Upozornit na psychosociální důsledky z nich vyplývajících. Zvýšit povědomí o možných etiologických faktorech způsobující vznik duální diagnózy.

Hlavním cílem této diplomové práce je prozkoumat a popsat, zda nemocní (v našem případě ženy) kteří mají zkušenost s poruchou příjmu potravy, užívají návykové látky, včetně alkoholu za účelem sebemedikace špatného psychického stavu, na který může mít vliv výše zmiňované duševní onemocnění.

V teoretické části práce je přiblížena samotná problematika poruchy příjmu potravy, její formy a faktory ovlivňující vznik onemocnění. V další části práce definuji pojmy jako škodlivé užívání nebo závislost, nezapomenou také zmínit etiologické faktory, které čtenáři pomohou přiblížit a porovnat podobnost či odlišnost možného vzniku jak závislosti, tak poruchy příjmu potravy. V poslední části teoretické části se zabývám problematikou duálních diagnóz a hlavně vztahem mezi poruchou příjmu potravy a užíváním návykových látek. Věnuji se teorii sebemedikace, která je doplněna o různé zahraniční i domácí výzkumné studie zabývající se podobným tématem.

Praktická část popisuje metodologii výzkumu, výzkumné otázky, cíle, výzkumný vzorek, metody sběru dat, etiku a výsledky. Při vyhodnocení výsledků vycházím z krátkých kazuistik participantek, abych čtenářům přiblížila životní „mikro příběh“ nemocných. Dané příběhy rozeberu pomocí tematické analýzy, díky jejichž tématům odpovídám na všechny výzkumné otázky. Nedostatky práce popisuji podrobněji v diskuzi, kde dále kriticky uvažuji nad výsledky a na závěr dávám doporučení pro další zkoumání.

B. Teoretická část

1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 prohlášeny světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se, že na celém světě bojuje s nějakou formou poruchy příjmu potravy kolem osmi milionů lidí. V naší republice se výše zmiňované psychogenní onemocnění týká přibližně každé dvacáté mladé ženy, což je důvodem, proč se dané problematice věnuje čím dál tím více pozornosti a výzkumné činnosti (Papežová, 2010).¹

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a žen. Mezi nejznámější formy onemocnění patří mentální anorexie a mentální bulimie. I přes určitou odlišnost jsou si tyto poruchy velmi podobné. Obě spojuje nadměrný strach z tloušťky a výrazná pozornost věnována vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. U obou poruch se vyskytují i další společné psychopatologické znaky, jako jsou nízké sebevědomí, sociální a psychické problémy nebo somatické obtíže, které jsou závislé na způsobu kontroly tělesné hmotnosti (Krch, 2005). U mentální anorexie je nerizikovějším obdobím vzniku onemocnění období puberty a adolescence, tj. mezi 14-18 rokem. Mentální bulimie začíná většinou později, v mnoha případech po atace mentální anorexie. V Historii nemocných se velmi často objevují obě onemocnění, které se vzájemně prolínají (Novák, 2010). Přesná příčina není známá, vzniká v interakci působení několika faktorů, které přiblížím později. Samotný nástup nemoci bývá plíživý, nenápadný a těžce rozpoznatelný pro okolí jedince. Odhalení poruchy je obtížné, protože většina postižených si svůj problém nechce přiznat. Nadměrnou pohybovou aktivitou a nízkokalorickou stravou někteří z nich racionálně odůvodňují tvrzením, že chtějí žít zdravým životním stylem. Dokonce i ti, kteří jsou na pokraji smrti, si vytvářejí různá racionální odůvodnění, proč nejíst. Nemocné se pravidelně schovávají za lživá tvrzení a v některých případech se i stává, že přechází do patologické lhavosti i v jiných oblastech jejich života. V případě mentální bulimie, nemocné dokážou chorobu tajit i desítky let. Přes závažnost zejména anorektických příznaků představují nemocné s poruchou příjmu potravy velmi různorodou skupinu s různými průběhy (Krch, 2005).

¹ Výskyt PPP u chlapců a mužů je poměrně vzácný, i když v posledních letech narůstá. Zjištěný počet nemocných chlapců a mužů k počtu dívek a že je v poměru 1:10 až 1:20. Proto v dalších částech diplomové práce budeme o nemocných hovořit převážně v ženském rodě.

Život nemocného je životem v kruhu patologického přisunu potravy, který si vytvořil. Za všech okolností se snaží zoufale zhubnout a obětuje tomu vše. Jediná možnost, jak může prožívat emoce, vlastní hodnotu, je držet dietu a hubnout nebo záchvatovitě se přejídat a zvracet. Má pocit, že když mu v tom zabráníte, tak ztratí vlastní identitu a nic jiného mu nezbude (Cohen, 2002). Z tohoto důvodu se pak stává, že nemocné se choroby nejsou schopné samy zbavit, mají zvnitřněnou roli nemocné dívky, která se bojí uzdravit, protože už neví, jak se žije život bez kamarádky, jménem „*Porucha příjmu potravy*“.

S dlouhodobým průběhem onemocnění se zhoršuje psychický stav nemocných, přibývá zejména závažných depresivních příznaků, které bývají spojené s pokusem o sebevraždu. Krch (2005) kromě jiného zdůrazňuje nebezpečí, které se skrývá v užívání psychoaktivních látek jako alkohol a drogy.

V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) jsou poruchy příjmu potravy označeny jako syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59).

Mezinárodní klasifikace nemoci dělí poruchy příjmu potravy následovně:

- F 50 – Poruchy příjmu potravy
- F 50.0 – Mentální anorexie
- F 50.1 – Atypická mentální anorexie
- F 50.2 – Mentální bulimie
- F 50.3 – Atypická mentální bulimie
- F 50.4 – Přejídání spojené s psychologickými problémy
- F 50.5 – Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
- F 50.8 – Jiné poruchy příjmu potravy
- F 50.9 – Poruchy příjmu potravy NS

Pro účely práce si stručně nastíníme jen základní formy poruchy příjmu potravy.

1.1. Mentální anorexie (Anorexia nervosa)

Mentální anorexie se vyznačuje extrémním hladověním. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) je to „porucha vyvolaná úmyslným snižováním váhy, které si způsobuje postižený sám tím, že se vyhýbá většině jídel a užívá další způsoby snižování váhy jako vyprovokované zvracení, užívání laxativ, diuretik, nadměrné cvičení“ (Hartl & Hartlová, 2009).

Pro nemocné je obtížné, v některých případech až nepředstavitelné, udržet si zdravou tělesnou hmotnost. Pohyb ručičky na váze směrem nahoru je spojen s děsivými představami. Nemocné neztrácejí chuť k jídlu hned. Dochází k postupnému omezování množství stravy. Snaha snížit a udržet si co nejnižší váhu se u mentální anorexie liší od hladovky, hlavně tím, že lidé držící půst s ním přestávají, když dosáhnou váhového cíle (Papežová, 2012). U mentální anorexie je váhový cíl jen na počátku. Postupně si zvykají na nízkou hmotnost, žádná není dostatečná, začnou být závislé na snižování váhy. Z tohoto důvodu jsou schopné zhubnout na smrtelnou váhu, která je u každého individuální, o to větší riziko mentální anorexie představuje.

Jak už bylo řečeno, onemocnění postihuje zejména mladé dívky (v 90 %) v pubertě či adolescenci. Nemoc vypadá na první pohled důsledkem jedné příčiny (například touhou vypadat jako modelka), ale jak už bylo výše zmíněno jedná se o chorobu multifaktoriální. Mezi rizikové znaky možného vzniku mentální anorexie řadíme například touhu po dokonalosti, velkou sebekritičnost, snahu zalíbit se druhým, nestálost, puritánství a asketismus. Nemocné se mohou snažit trestat za situace a okolnosti, které neumějí řešit (Papežová, 2018). Bývají i zmatené. Na jedné straně sice slyší často své blízké, kteří je úpěnlivě prosí, aby toho nechaly, na druhé straně právě dostatečně se najíst je jediná věc, kterou nejsou schopny pro nikoho udělat, i když na tom závisí jejich život.

Rizikovitost a nebezpečnost mentální anorexie zmiňuje ve své knize i Leibold (1995), který tvrdí, že mentální anorexie má podobné důsledky jako toxikomanie. Také vede k vážným psychickým a sociálním problémům, které vše ještě zhoršují. Mezi ně patří společenské osamocení, euforické stavy, abnormálně vystupňovaný pocit nadřazenosti, ale také deprese s pocity viny, hanby a selhání. Tyto problémy se v průběhu nemoci mohou stát tak závažnými, že někteří pacienti vidí pro sebe východisko v pokusu o sebevraždu.

Podle MKN-10 se mentální anorexie definuje těmito příznaky:

1. „Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň, nebo BMI 17,5 a nižší. U prepubertálních pacientů není splněn očekávaný hmotností přírůstek.
2. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících pro-

středků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

3. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny.“ (Krch, 2005)

Diagnostický a statistický manuál duševních onemocnění, Americké psychiatrické asociace (dále jen DSM – V) přidává ještě dva podtypy mentální anorexie:

1. **Nebulimický (restriktivní) typ** – u pacienta trpícího anorexií nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
2. **Bulimický (purgativní) typ** – u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání

Většina českých i zahraničních odborníků se shoduje na tom, že mentální anorexie je výrazem strachu z dospělosti. Dívky se obávají fyziologických a psychických změn, které nastávají v pubertě. Obavy z budoucnosti a hledání vlastní identity je dovádí ke strachu ze separace, strachu nést odpovědnost za vlastní rozhodnutí. Často utíkají do nemoci z důvodu touhy po pozornosti a péče rodičů, touha zůstat například „*tatínkovo malou holčičkou*“ (Novák, 2010).

1.1.1. Atypická mentální anorexie

V tomto ohledu nesmíme opomenout krátce zmínit tento typ mentální anorexie, který splňuje některá diagnostická kritéria, ale celkový klinický obraz neopravňuje k výše zmiňované diagnóze. Například některý z klíčových faktorů jako strach z tloustnutí nebo ztráta menstruace nejsou přítomny, ale výrazný váhový úbytek a chování, směřují k redukci váhy ano. Tato diagnóza by neměla být použita, pokud má pacient nějakou somatickou chorobu spojenou s hubnutím (MKN-10, F50, 2014).

1.2. Mentální bulimie (Bulimia nervosa)

Hall & Cohn (2003) definují mentální bulimii jako „posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb“.

Bulimie často nastupuje na místo anorexie, ať už léčené, nebo neléčené. Hlavně z důvodu ztráty kontroly nad jídelními návyky. Společným rysem je touha po nezdravé, nereálné štíhlosti. Drtivá většina žen i mužů tuto svoji závislost, která ovládá jejich myšlení, tají. Pacienti si většinou zachovávají normální hmotnost nebo mají mírnou nadváhu, proto nemoc není tak viditelná. Pokud jde o jídlo a cvičení, pacienti s bulimií se nedokážou držet svých vzorců chování tak úzkostlivě, jako lidé s anorexií, což opět ztěžuje odhalení poruchy (Krch, 2008).

Podle Papežové (2018) je důležitým kritériem pro identifikování přejídání pocit ztráty kontroly. Během přejídání jedí lidé také výrazně rychleji. Jedinci trpící bulimií jedí při záchvatu přejídání dokonce až dvakrát rychleji oproti zdravím jedincům. Objevuje se obvykle u pacientek mezi osmnáctým a pětadvacátým rokem, ale vyskytují se také případy třináctiletých, nebo naopak čtyřicetiletých nemocných.

Podle MKN-10 se charakterizuje mentální bulimie těmito příznaky:

1. „Opakované záchvaty přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase zkonsumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost)
3. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik a diuretik.
4. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost)“ (Krch, 2005)

DSM – V rozděluje ještě mentální bulimii na dva podtypy:

1. **Purgativní typ** - u tohoto typu pacient opakovaně užívá zvracení, laxativa, nebo diuretika, aby zabránil zvyšování hmotnosti
2. **Nepurgativní typ** - k hubnutí využívá přísné diety nebo intenzivní pohyb (Krch, 2008).

1.2.1. Atypická mentální bulimie

V tomto ohledu opět nesmíme opomenout krátce zmínit i atypickou formu nemoci, která taktéž splňuje některá kritéria mentální bulimie, ale celkový klinický obraz tuto diagnózu nedovoluje. Například, mohou se objevovat opakující se záchvaty přejídání s nadměrným užíváním laxativ, ale bez markantní změny váhy, nebo mohou být nepřítomny některé typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla (MKN-10, F50, 2014).

Mentální bulimie sebou nese spoustu negativních důsledků a rizik. Hall & Cohn (2003) se ve své publikaci zabývají například úzkým vztahem mezi mentální bulimií a závislostmi. Mimo jiné zdůrazňují, že mentální bulimie je obzvláště zákeřným a svazujícím onemocněním proto, že je ve srovnání s alkoholismem a drogovou závislostí nesprávně vnímána jako méně nebezpečná. Jídlo je vždycky po ruce a jíst na veřejnosti, třeba i ve spěchu je na dnešní dobu běžné a obecně přijatelné. Okolí si nevšímá náznaků volání o pomoc ani patologického jídelního chování. Archetypálně bereme jídlo jako zdroj života, který léčí, konejší, představuje lásku a bezpečí. Pro bulimičky představuje ale, děsivou drogu, kterou nedokážou mít pod kontrolou. Krátkodobě bulimické záchvaty prostřednictvím jídla řeší vnitřní problémy, zaplňují prázdnotu a často chybějící lásku. Dlouhodobě mají ale zničující následky.

Podle výše popsané problematiky je rozdíl a hranice mezi anorexií a bulimií často nejasná, formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou, pravidelně se i desítky let střídají. Někdy je i anorexie doprovázena zvracením v důsledku strachu z navýšení hmotnosti (pacientky s anorexií považují za přejezení jakoukoliv velikost porce). Smíšené projevy anorexie a bulimie násobí zdravotní problémy s nimi spojené (Papežová, 2018).

1.3. Záchvatovité přejídání

Vedle výše jmenovaných je důležité zmínit i další typ poruch příjmu potravy, pro který se také užívá anglický název „*binge eating*“, tedy záchvatovité přejídání neboli psychogenní přejídání. U této poruchy se vyskytují opakované epizody přejídání bez hladovek nebo vyvolávaného zvracení, cvičení nebo užití projímadel. Během jedné epizody člověk zkonzumuje velké množství potravin (i jídlo, které mu nechutná, ale když začne jíst, nedokáže přestat, dokud není plně nasycen), přestože nemá hlad ani chuť. Jídlem může zahánět nudu, zklamání, osamělost nebo nervozitu. V epidemiologii poruch příjmu potravy bývá záchvatovité přejídání fází přechodu mezi mentální anorexií a bulimií (Papežová, 2010). U nemocných můžeme pozorovat touhu po jídle, podobně jako u toxikomanů, čili tzv. craving, stav neodolatelného bažení po návykové látce (Leibold, 1995).

1.4. Etiologie poruch příjmu potravy

V posledních letech vznikla se zvyšujícím se zájmem o problematiku poruch příjmu potravy celá řada teorií a hypotéz o možných příčinách podílejících se na rozvoji poruch příjmu potravy. Tak jako jsou odlišné tyto teorie, liší se i terapeutické přístupy k léčbě a mnozí odborníci se ve svém pojetí neshodnou (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Vědci se domnívají, že pro výskyt anorexie a bulimie existuje celá řada příčin, včetně sociálních, osobnostních i rodinných faktorů. Pro vývoj diagnózy poruch příjmu potravy je nutné, aby spolupůsobilo více faktorů. Všechny příčiny onemocnění se sice doposud nepodařilo vysvětlit, ale ty nejdůležitější jsou dnes už s jistotou známy a my je stručně shrneme podle biopsychosociálního modelu (Atkinson et al., 2003).

Z biologického hlediska je jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů samotné ženské pohlaví. Podle Hsu (1996) onemocní ženy některou z poruch příjmu potravy až 10x častěji než muži. Zhruba 90 % všech postižených tvoří ženy, přednostně věková skupina mezi 15 a 55 lety (Leibold, 1995). Tento aspekt je ovlivněn zvýšeným ženským zájmem o svou hmotnost a množství tělesného tuku, často determinovaným společenským tlakem na reprezentativnost žen (Krch, 2005). Někteří autoři také zmiňují, že vznik poruch příjmu potravy může být vysvětlován v kontextu odmítání dospělé ženské role, ženského těla a sexuality. Touha po štíhlosti byla vnímána jako touha po chlapeckém asexuálním těle a vyhublost jako útek před ženskými proporcemi a sexualitou (Krch, 2008).

Rizikovitost vzniku onemocnění ovlivňuje také věk. Významné rozdíly ve vnímání vlastního těla byly zjištěny již u dívek i chlapců mladšího školního věku, ovšem nejvíce rizikovým změnám z hlediska vzniku výše zmiňovaného onemocnění dochází v pubertě a adolescenci (Leibold, 1995).

V souvislosti se vznikem a rozvojem poruch příjmu potravy odborníci dále upozorňují na určité osobnostní rysy a psychické vlastnosti, které se vyskytují již před onemocněním, a mohou být pro rozvoj poruch příjmu potravy rizikové. Podle Strobera (1981) anorektičky více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy. Výrazněji vyjadřují pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou méně asertivní a více inhibované v interpersonálních vztazích. Jejich temperament popisuje jako „vyhýbající se“. Mají strach ze spontánnosti, nejsou ochotny riskovat nebo zažívat něco nového. Nadměrná afektivní kontrola, rigidita a perfekcionismus u mentální anorexie a afektivní nestabilita a snížená sebekontrola u bulimiček bývají také nejčastěji zdůrazňovány jako možné rizikové faktory.

Někteří autoři předpokládají, že jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy, nebo specifické poruchy osobnosti.

Záhadou ale zatím zůstává, zda typické povahové rysy nemocných poruchou příjmu potravy jsou příčinou, nebo následkem onemocnění. Nadměrný váhový

úbytek sám o sobě způsobuje známé psychické problémy, jako jsou změny osobnosti, deprese, úzkost, náladovost, obsedantní myšlenky, podrážděnost, pocit neschopnosti a uzavřenost (Krch, 2005). Podle Hsu (1996) kolem 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Znamky deprese jsou obvykle výraznější u bulimie. Bulimičky občas uvádějí, že používají přejídání a pročišťování ke snížení hladiny úzkosti (Peggy, 2001). Podle Bednářové, Yamatové & Papežové (2010) se ve vyšší míře váže porucha příjmu potravy se sebepoškozováním. U jedinců s poruchou příjmu potravy je sebepoškozování přítomné v 54 - 61 %. Jiní autoři uvádějí, že je sebepoškozující jednání u poruch příjmu potravy přítomno až u 25 – 55 % pacientů. Otázkou je, zdali náhodou nejsou tyto patologické projevy osobnosti projevem premorbidní poruchy osobnosti, jejichž diagnostika u poruch příjmu potravy bývá v klinické praxi zanedbávaná, přitom v častých případech bývá porucha příjmu potravy špatně diagnostikovaná a je projevem probíhající poruchy osobnosti.

Z několika málo studií tento fakt vyplývá, u dívek s mentální anorexií byly častěji nalezeny premorbidní poruchy osobnosti, výrazně se objevovala obsedantně – kompulzivní porucha (Rastam, 1992). Podle Papežové (2018) se poruchy osobnosti vyskytují u poruch příjmu potravy až v 69%, blíže však nehovoří, o jaké typy poruch osobnosti se jedná. O bližší specifikaci se zajímal Pearson et al. (2014), který tvrdí, že zastoupení poruch osobnosti se pohybuje od 32% (hraniční porucha osobnosti u mentální bulimie a anorexie purgativního typu) až po 50% (vyhýbavá porucha osobnosti u mentální anorexie restriktivního typu).

Pearson et kol. (2014) dodávají, že jakákoliv porucha osobnosti zhoršuje průběh souběžné poruchy příjmu potravy. Ve větší míře se autoři zabývají vlivem hraniční poruchy osobnosti, která výrazně zvyšuje rizikovitost možného vzniku poruch příjmu potravy. Dle autorů zvyšuje puzení k hubenosti, zvyšuje deformaci tělesného schématu, osobní nevykonnost, potíže s mezilidskou důvěrou, strach z dospívání a přijetí dospělé role. Daná komorbidita rapidně komplikuje a prodlužuje léčbu a také zvyšuje pravděpodobnost remise.

Jako další rizikový faktor, který může způsobit výše zmiňované onemocnění je negativní zkušenost, která psychicky zasáhne a ovlivní jedince, zahrnující například zneužití, závislost a jiné problémy v rodině, přechod na jinou školu apod. Tyto kritické životní události mohou vést k pocitům méněcennosti a neschopnosti, zvláště pokud není možné je kontrolovat a ovládat. Výsledkem může být právě snaha tyto pocity překonat kontrolou a zdokonalením svého těla (Švédová & Míčová, 2010).

Papežová (2018) potvrzuje daný rizikový faktor. Podle ní obvykle vzniku mentální anorexie i bulimie předchází závažná životní událost, která ovlivní vývoj jedince už od počátku. V neurovývojovém modelu poruch příjmu potravy

z hlediska stresových faktorů Papežová (op.cit) dvě riziková období:

- 1) Rané dětství, ve kterém může docházet například k narušení attachmentu nebo k různým traumatickým událostem, které mohou vést k vývoji zranitelnosti osobnosti s nižší schopností adaptace a zvládnání stresu.
- 2) Období adolescence, kde mimo vývojové úkoly přicházejí i hormonální změny, což je hlavně pro dívky velmi rizikovým faktorem, viz výše.

Společný výskyt nebo interakce stresujících životních událostí a afektivních nedostatků jako jsou nízká sebeúcta, depresivní nálada, anhedonie, úzkostnost a dráždivost, které jsou rizikové převážně v těchto obdobích, mohou být zvláště patogenní v případě mentální bulimie (Novák, 2010). Z těchto důvodů slouží často poruchy příjmu potravy jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí, nedostává se jim „něčeho, co zrovna potřebují“, například v období dospívání jim chybí pozornost rodičů nebo dostatečné přijetí matkou či otcem. Z tohoto důvodu je pro pochopení možné etiologie poruch příjmu potravy důležité zmínit teorii tzv. sociálního porodu, který vychází z konceptu Chvály & Trapkové (2017).

Tzv. sociální porod souvisí s vývojem dítěte v sociálním prostředí rodiny. Dítě prochází jednotlivými stupni vývoje, přičemž každá fáze vyžaduje určitým způsobem nové rodinné uspořádání, které bude dítě sytit a které mu dá prostor, aby se zavčas přesunulo do fáze následující. V separačním procesu sociálním porodu, rozlišují tři fáze: anorektickou, bulimickou a odpoutání se od rodiny.

První fáze nastává se začátkem puberty, kolem 12 let. Dívky v té době po biologické stránce začínají mít menstruaci a psychologicky jsou zasvěcovány do ženství, které nyní dokážou již dospěleji přijmout (Chvála & Trapková, 2017). Vyvrcholením této fáze je separace od matky. Tuto fázi nazývají jako anorektickou, neboť ji považují za kritickou pro rozvoj mentální anorexie, a to za předpokladu, že dojde k problémům ve vztahu matka – dcera, či dojde k vývojové stagnaci, která neumožňuje postup do další fáze směrem k otci. V tuto dobu dítě potřebuje akceptující zralou a empatickou matku, která ho zasvětila do ženského světa. Dívka se například od matky učí vaření, oblékání, ale také postojům k mužům. Matka s dcerou by spolu měly trávit hodně času, i času důvěrného. Pokud se dcera matkou dostatečně nasytí, chce od ní pryč, dělat si věci po svém, tedy dojde ke zdravé separaci. Když se tak nestane, dochází ke vzniku psychopatologie, v našem případě k onemocnění mentální anorexií (Chvála & Trapková, 2017).

Podstatou druhé, bulimické fáze, je přiblížit se více otci jako mužské postavě. Dívka se tím učí být přijímána muži a otec jí také může zprostředkovat důležité vztahové dovednosti. Měla by s ním trávit více času o samotě a pocítit od něj přijímající lásku muže k ženě. To vše v bezpečném asexuálním prostředí, které je možné pouze v tomto zcela jedinečném vztahu otec – dcera. Přiblížení k otci

předchází vzdalování se od matky (Chvála & Trapková, 2017).

Kocourková (2018) uvádí, že otec je pro dítě vzorem individuace, vymanění se ze symbiózy s matkou, a zároveň má být pomocí pro svou ženu vyrovnat se s osamostatněním jejich dítěte (In Papežová, 2018). V této fázi nastávají mnohá rizika, které mohou vyústit až v bulimickou stagnaci, která často produkuje právě symptomy mentální bulimie. K tomuto stavu dochází ve chvíli, kdy otec s dcerou nesprávně komunikuje, chová se k ní stejně jako k matce, nedochází mezi nimi ke správné zdravé intimitě, která má připravit dceru na následný zdravý vztah ke svému budoucímu partnerovi.

Poslední fáze separace souvisí už se samotným vyvázáním se z rodiny, osamostatněním. Rodiče tu pomyslně zavíjí sociální dělohu. Dítě se nyní stává dospělým v psychosociální rovině (Chvála & Trapková, 2017). Jinými slovy daný koncept sděluje, že pro zdravý vývoj jedince je důležité uspokojení potřeby vztahů s oběma rodičovskými postavami. A nedostatečné nasycení v rizikovém období se může projevit jako psychická porucha, v našem případě zmiňovaná porucha příjmu potravy.

Papežová (2018) vycházející ze své klinické praxe uvádí, že nemocné dívky opravdu zmiňují jako významný impulz pro rozvoj nebo zhoršení onemocnění období odchodu od rodiny nebo blízkých, často z důvodu studií nebo pobytů v zahraničí. Což se může vázat právě k narušené separaci. Vlivem rodinného prostředí na nemocné poruchou příjmu potravy se zabýval i Hajný (in Kalina, 2015) a potvrzuje zkušenost Papežové. V anamnéze jeho pacientek s poruchou příjmu potravy často vyvstávají některé události z rodinného prostředí, které pro ně znamenaly značnou zátěž. Mezi takové události řadí například závažné příhody v rodině, přestěhování, přechod na druhý stupeň, rozvod rodičů, příchod nového sourozence nebo odchod z domova.

V souvislosti s výchovou a rodinným kontextem někteří autoři dávají důraz na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče, empatie a některé nedostatky v rodičovské péči (Krch, 2005). Tyto aspekty mohou zapříčinit narušení separačního procesu jedince a následného vzniku poruch příjmu potravy. Společným znakem těchto dívek je ve velké míře snaha odvděčit se svým rodičům, docílit toho, aby se cítili dobře (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Už samotný výskyt anorexie nebo bulimie je v rodinné anamnéze nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor. Mezi sourozenci nemocných je uváděn výskyt anorexie nebo bulimie v rozmezí 3 až 10% (Papežová, 2012).

Dalším významným faktorem přispívajícím ke vzniku poruch příjmu potravy je vliv vrstevníků a kamarádských skupin. Adolescentní dívky si osvojují jisté postoje a chování (dietetické chování, zneužívání projímadel) od svých vrstevníků, obojí buď na základě povzbuzování, nebo výsměchu, pramenícího z nedodržení

vrstevnických norem. Na druhou stranu je třeba mít na paměti, že všichni vrstevníci nejsou stejnou měrou zaujatí dosahováním štíhlé postavy, tudíž nelze automaticky předpokládat nepříznivý vliv kterékoliv kamarádské skupiny (Novák, 2010).

1.5. Prognóza a mortalita

Poruchy příjmu potravy jsou závažné a život ohrožující nemoci. Jejich léčba je velmi složitou záležitostí, a ne vždy přinese uspokojivé výsledky. Mentální anorexie i mentální bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda bez remise, ale mohou se také stát celoživotní součástí života nemocného. Jedná se o heterogenní skupinu poruch s proměnlivým průběhem i prognózou, čemuž odpovídají i výsledky studií, které ale mají často rozporuplné výsledky (Krch, 2005). Mezinárodně uznávané diagnostické manuály informují a zdůrazňují, že mortalita u mentální anorexie je vyšší než 10 %. Smrt bývá obvykle v důsledku hladovění, sebevraždy, nebo v důsledku metabolického rozvratu (DSM-V).

Jiná zahraniční literatura pak uvádí, že bulimie má lepší prognózu než anorexie a přibližně polovina pacientek uvádí zlepšení po léčbě (Herzog et al., 2006). Tato informace může svádět k představě, že je mentální bulimie benigní záležitostí. Je potřeba zdůraznit, že rovněž pacientky trpící mentální bulimií umírají. Ve studii Huase et al. (2012), která se zabývala úmrtností na mentální bulimii, vyšlo najevo, že i tito pacienti mají zvýšené riziko úmrtí. Nejčastější příčinou smrti byla sebevražda. Z deseti pacientů, u nichž bylo úmrtí registrováno, jich spáchalo sebevraždu 6. Podle Neumarkera (2000) je celková mortalita na poruchu příjmu potravy jednou z nejvyšších mezi všemi psychiatrickými onemocněními.

2. Návykové látky

Psychoaktivní látky provázejí lidský život od pradávna. Od počátků přechodně osvobozovaly člověka od pout nelákové skutečnosti a problémů s ní související. Pomáhaly při uvolnění stresu a útěku od skutečnosti. Za tyto dočasné a prchavé chvílky blaženosti, které stresující události v životě člověka neřešily, musely a musíme doposud draze zaplatit. Cena může v konečném důsledku vystoupat až na cenu našeho vlastního života. Užívání těchto látek často vede k návyku, kterého se obtížně zbavujeme, protože vyvolává mimořádně příjemné stavy a přechodně nás zbavuje starostí. Z těchto důvodů se staly návykové látky součástí společenského života i s jejich důsledky. V naší společnosti rozdělujeme návykové látky na legální a nelegální, dle společenské tolerance a kulturní podmíněnosti. Největší tolerance je zejména k užívání alkoholu, tabáku a poslední dobou i k užívání marihuany. Nejvíce ovlivňuje společenské dění alkohol, který patří k důležitým společenským rituálům. Výrazně proalkoholní je naše Česká republika, která se řadí v tomto ohledu na přední příčky světového žebříčku. Tento aspekt může být velmi rizikový nejen pro vznik závislosti, ale také pro její možné vyléčení. Být abstinentem se často váže s nepochopením okolí. Více o působení návykových látek si povíme níže.

2.1. Závislost

Závislosti a návyky jsou součástí života každého z nás. Od narození jsme na někom nebo něčem závislí. Na vzduchu, matce, potravě, dotyku či vodě. Závislost je stav, kdy jsme podmíněni nějakou okolností nebo situací v takové intenzitě, že ji potřebujeme ke své existenci. Je to přirozená věc, ale vše, co je přirozené může jednoduše zmutovat do patologického. Takto se to v našem případě stalo se závislostí na návykových látkách. Na vzniku závislosti se podílí vždy mnoho faktorů, prakticky vše, co nás determinuje. Patří sem rodina, přátelé, společnost, média nebo i naše osobnost. Spoustu faktorů ovlivňuje naši závislost, ale také naše závislost poté ovlivňuje i ty dané faktory, hlavně rodinu a blízké okolí. Je to nemoc, která neničí jen daného jedince, ale celý jeho „svět“

Syndrom závislosti (F1x.2) lze definovat podle MKN – 10 jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“ (Nešpor, 2007)

Závislost můžeme také chápat jako životní styl, který se projevuje určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12 měsíců.

Těmito znaky jsou dle Nešpora (2003):

- Silná potřeba získat a užívat tuto látku. Tento stav bývá označován jako bažení či craving.
- Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání
- Růst tolerance
- Abstinenční syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky
- Užívání látky na úkor jiných, dřívějších zájmů a potěšení
- Potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu. Mnohdy mu její užívání vadí, chtěl by jej omezit nebo dokonce přestat, ale sám to nezvládá

2.2. Škodlivé užívání (F1x.1)

Ne v každém případě trpí člověk užívající návykové látky syndromem závislosti. Z tohoto důvodu se užívá dle MKN – 10 termín „*škodlivé užívání*“. Jedná se o vzorec užívání návykových látek, který poškozují somatické i duševní zdraví člověka, ale stále se nejedná o syndrom závislosti. Škodlivé užívání ovlivňuje nejen jedince, ale i jeho okolí a přináší sebou různé nepříznivé sociální důsledky, mezi které můžeme zařadit například ztrátu zaměstnání, dluhy, manželské problémy apod. Aby mohl získat jedinec diagnózu škodlivého užívání, musí být u něho prokázáno poškození zdraví následkem užívání návykových látek. Škodlivé užívání není diagnostikováno v situacích, kdy jedinec trpí jinou specifickou poruchou způsobenou užíváním drog, psychotickou poruchou nebo je u něho přítomen syndrom závislosti (Nešpor, 2003).

Definice škodlivého užívání dle Americké klasifikace DSM – IV je oproti výše uvedené charakteristice dle MKN – 10 zjednodušená, klade důraz na škody v interpersonální a sociální oblasti a z tohoto důvodu je diagnóza prokazatelnější u většího počtu jedinců. Aby jedinec splňoval diagnózu škodlivého užívání, stačí, když se u něho projeví alespoň jedno z následujících kritérií, mezi které patří:

- Selhávání v některé z životních rolí v důsledku užívání návykové látky
- Opakující se rizikové užívání
- Opakující se právní problémy, které souvisí s návykovou látkou
- Pokračování v užívání návykové látky, i přes přetrvávání sociálních nebo mezilidských problémů.

Takto jsou formulovány i položky v DSM – V. Jinými slovy, ten kdo v důsledku užívání alkoholu selhal v zaměstnání, ale nedošlo u něho doposud k poškození tělesného či duševního zdraví, může mu být diagnostikováno škodlivé užívání dle definice DSM IV ale ne podle MKN – 10 (Nešpor, 2003).

2.3. Psychosociální faktory ovlivňující vznik a rozvoj závislosti

2.3.1. Faktory související s účinkem návykové látky

Z různých výzkumů na téma možného vzniku závislosti se sledovalo a částečně potvrzovalo, že lidé užívají návykové látky a stávají se na nich závislími, hlavně pro samotné účinky drog. Změněné vědomí díky účinku návykové látky pomáhá člověku řešit různé psychicky náročné stavy nebo mu dodává něco, po čem jedinec touží. Příkladem může být náhlá odvážnost, vzdor, vzpoura, únik, uvolnění, moc, odmítnutí přítomného nebo schopnost bojovat.

Podle Frouzové (2003) převážně lidé zneužívají návykové látky z těchto jejich disponujících účinků:

- Umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými.
- Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl života.
- Zbavují nepříjemného stavu, akutního či permanentního, jako například emocionální bolesti, pocitu nemilovanosti, apatie, pocitu selhání, bezmoci, frustrace, samoty, nejistoty či nízkého sebevědomí, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy.
- Vyvolávají slast, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky.
- Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně užívají. Usnadňuje přizpůsobení.
- Pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí (In Kalina et. al, 2003).

2.3.2. Faktory související s prostředím

Vztah vzniku závislosti a prostředí, ve kterém žijeme je vždy důležitou komponentou při uvažování nad možnou etiologií vzniku. Ovlivňuje nás možná dostupnost návykové látky (její cena, distribuce, kvalita). Nezbytným faktorem je i pohled společnosti na užívání dané drogy, tedy otázka legálnosti, nelegálnosti či tolerance. U nás mezi legální návykové látky patří alkohol, cigarety a určité léky na předpis. I přes diskutabilní téma je snadná dostupnost legálních drog faktorem zvyšující počet užívajících, hlavně mezi mladistvými (Janík & Dušek, 1990).

2.3.3. Sociální faktory

Různé situace v našem sociálním prostředí nás mohou v kombinaci například s osobnostními faktory viz níže predisponovat ke vzniku závislosti. Mezi tento okruh sociálních faktorů řadíme například rozvrácené rodiny, riziková parta vrstevníků, nezaměstnanost, chudoba, sociální vyloučení, špatné rodinné prostředí nebo kriminální subkultura (Nerad & Neradová, 1998).

2.3.4. Osobnostní faktory

Dalším možným činitelem při tvorbě závislosti je samotná osobnost užívajícího. Představuje individuální spojení duševních i tělesných vlastností člověka, které se vytvářejí v průběhu individuálního vývoje a projevují se ve společenských vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého jednotlivce svérázná a má dynamický charakter.

Osobnost se vyvíjí na základě vrozených dispozic a v dalším průběhu jí dotvářejí získané vlastnosti. Proto se při vzniku závislosti nesmí zanedbávat význam dědičných faktorů. Závislost na alkoholu se spíše rozvine u jedince, jehož rodič byl také. Jde tu nejen o získanou zkušenost, která působila v průběhu vývoje po narození nýbrž i při narození (Například fetální alkoholový syndrom u dětí, jejichž matky v době těhotenství požívaly alkohol (Janík & Dušek, 1990).

Během posledních let vzniklo mnoho vědeckých studií, které se zabývaly typickými rysy závislého jedince. Dosud provedené studie však nepotvrdily existenci osobnosti, která by byla k užívání předurčena. Je však možné vymezit psychické faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti.

Z různých studií zde uvedeme výzkum Vágnerové (2004), která uvádí na základě výzkumu V. Vojtíka a V. Břicháčka (1981) některé psychické vlastnosti, zvyšující pravděpodobnost užití návykové látky. Mezi ně řadíme:

Emoční prožívání – Tento stav je typickým nedostatkem vnitřní pohody, zvýšenou dráždivostí, labilitou, častým napětím, úzkostí až depresí s pocitem generalizované frustrace.

Rozumové hodnocení – K užívání návykových látek inklinují jedinci s extrémním a neadekvátním sebehodnocením, nízkou sebedůvěrou, obtížně se orientující v situaci, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sami sebe ani okolní realitu.

Odchytky v oblasti autoregulace - Mezi charakteristické rysy patří nižší sebekontrola, tendence k impulzivité a nezdrženlivému chování. Dále neschopnost odložit uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb související se systémem rychlé odměny. Dalším faktorem je zvýšená touha po vzrušení a vyhledávání rizikových situací.

Rigidita reagování - Závislí jedinci se nedovedou poučit ze zkušenosti, mají tendenci užívat stále stejné a situaci neodpovídající chování. Výsledkem bývají další neúspěchy, které posilují pocit frustrace.

Jedinci, kteří jsou majitelé těchto vlastností, se častěji dostávají do stresových situací. Jsou častěji nejistí, labilní, nedovedou se dobře orientovat a mají nízkou frustrační toleranci. Největší riziko spočívá v neschopnosti psychicky zvládat i naprosto běžné situace. Droga se stává přijatelným prostředkem řešení, protože jej poskytuje hned a bez námahy. Z tohoto důvodu je možné snadno propadnout závislosti (Vágnerová, 2004). U těchto jedinců na základě své výzkumné činnosti Nešpor (2003) dodává ještě emocionální labilitu a nízkou frustrační toleranci, jež

doprovází nejčastěji plachost, zvýšená zranitelnost, infantilismus, hypochondrie, zvýšená závislost, hypersenzitivita a úzkostnost. Dále pak ještě zmiňuje rysy jako zvýšená extroverze, hyperaktivita, zvýšená dráždivost a impulzivita.

Jeřábek (2008) tvrdí, že závislý jedinec se často nevyzná sám v sobě, necítí se bezpečně, nemá pocit zakotvenosti v životě a ve vztazích, má křehké a pochroumané já, prožívané emoce jsou pro něj nepřijatelné až nežádoucí. Neví, jak s nimi pracovat, proto užívá nezralých a patologických obran. Realitu vnímá a zpracovává zkresleně a nepřiměřeně. Občas se stane, že jedinec není schopen prožívat emoce jiným způsobem než návykovým chováním (In Kalina et al., 2008).

2.3.5. Rodinné faktory

Hajný (2015) udává, že z psychologického hlediska jsou nezanedbatelně důležité rodinné vlivy, které mohou působit na jedince, jak protektivně, tak rizikově. Různé výzkumné studie zabývající se vztahem mezi závislými a jejich rodiči hovoří o hyperprotektivitě, nadměrné angažovanosti rodičů, přehnaně ochraňujících tendencích, tak i o chladném a lhostejném postoji v tomto druhu vztahu (In Kalina et al. 2015). Někdy se může stát, že rodina nějakým způsobem podporuje závislost jejího člena. Rizikovitost vzniku závislosti stoupá ve chvíli, kdy je někdo ze členů rodiny také závislý. Další velký balík tvoří samotná výchova jedince. Rizikem mohou být neurčené hranice a pravidla v rodině, málo času věnované dítěti, nedostatečná citová vazba nebo zvýšená kontrola a přísnost. Velmi rizikově se jeví i časté stěhování nebo izolace rodiny od společnosti. Výrazný vliv na rozvoj závislosti má postoj rodiny k dítěti, zdali má nějaká přehnaná očekávání či dítě podceňuje (Nešpor, 2007).

V rodinných záznamech se často vyskytují různé traumatizující události jako jsou sebevraždy, násilí, psychické onemocnění, rozvod rodičů, úmrtí, chronické partnerské konflikty nebo znásilnění.

Nejvýznamnější faktory, které jsou pro rodinu závislých typické jsou dle Hajného (2015)

- Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte
- Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem
- Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi
- Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině
- Závislost v rodině
- Patologická separace

2.3.6. Faktor traumatizace

Kudrle (2003) uvádí, že vyrovnání se s traumatickou událostí je těžký úkol pro každého z nás. Všichni jedinci si volí individuální cestu, díky které jsou schopni přežít a trauma zvládnout. Bohužel užívání návykových látek je jedním z obranných mechanismů, který je častým projevem v cestě při potlačení nebo momentálního vyřešení traumatu. Pro dospívající, kteří mají za sebou některé z velice stresujících životních traumat jako je znásilnění, sexuální zneužití v dětství nebo zažívají ve své rodině domácí násilí, se drogy z počátku mohou zdát jedním z mála aspektů života, jež mohou mít pod kontrolou. Při posuzování vlivu traumatu na závislost musíme brát ve zřetel věk, kdy k události došlo a její intenzitu. Jako ve většině případů, i tady platí, že čím mladší věk při traumatické události, tím náročnější budoucí dopad na jedince. Trauma může způsobit jiný pohled na svět daného jedince, zničit vztah k sobě samému i k ostatním. Ničí vazby i vztahy a důvěru mezi lidmi. Způsobuje strach i z prožitků, může zapříčinit nenávist ke svému tělu, nízké sebevědomí, neschopnost uspokojení či prožitku štěstí. Události se mohou myšlenkovitě vracet a cesta drogy může být jediná forma k potlačení a uvolnění. Návykové látky působí, ale jen krátkodobě a je nutné pokračovat v jejich užívání, aby docházelo neustále k disociaci. Vznik postupné závislosti a neschopnosti přestat s návykovým chováním způsobuje další a mnohdy horší nebo opakující se traumatické události a dochází k retraumatizaci. V této fázi se může jedinec cítit trochu v bludném kruhu, ze kterého není schopen vystoupit (In Kalina et al., 2003).

3. Komorbidita a duální diagnóza

Problematika duálních diagnóz a komorbidit není novým fenoménem, ale v posledních letech se zmíněné téma stává stále častěji předmětem odborných debat a výzkumů. Tento aspekt může ovlivňovat pravděpodobně rostoucí počet osob, trpící nějakou komorbiditou nebo možná zvýšení počtu udělování diagnóz. Ze začátku bych chtěla definovat rozdíl mezi komorbiditou a duální diagnózou.

Psychiatrickou komorbiditu definujeme podle Světové zdravotnické organizace jako výskyt dvou či více psychických poruch u jedné osoby (WHO, 2004) Nositelé této diagnózy nejsou novou klientelou, ale klientelou nově rozpoznávanou. V minulosti částečně unikali pozornosti nebo nebyli přijímáni do léčby závislosti právě pro psychiatrickou anamnézu, což se v současnosti mění. Diagnostika či rozpoznatelnost komorbidní poruchy je velmi složitou záležitostí a je k tomu potřeba mít rozsáhlé znalosti v oblasti psychologie a psychiatrie. Špatná či zanedbaná diagnostika jedné poruchy vede k prodloužení a zkomplikování celého procesu léčby. Může to způsobit předčasné vypadávání či neúspěch léčby. (Kalina, 2008). Z tohoto důvodu je potřeba časně diagnostiky a vytvoření individuálního léčebného plánu. Tyto aspekty také poukazují na nutnost léčby obou poruch a rozvoj diferenciálních terapeutických konceptů (Chládková & Miovský, 2017).

Výskyt problému s návykovými látkami je častější u osob s psychiatrickou diagnózou než u běžné populace (Kalina, 2008). V Evropě se odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky (EMCDDA, 2004). tato kombinace onemocnění se nazývá duální diagnóza. Vždy jde o „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (EMCDDA, 2004). Nejčastěji se v praxi setkáváme s kombinací návykové nemoci a poruchou osobnosti, úzkostnými a depresivními poruchami dále s různými psychotickými poruchami a v posledních letech rozšiřujícími poruchami příjmu potravy (Kalina a Minařík IN Kalina et al., 2015). Obecně lze říct, že duševní problémy zvyšují pravděpodobnost vzniku problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci a možnou léčbu.

3.1. Etiologie vzniku duálních diagnóz

Příčiny vzniku duální diagnózy se podle Miovské, Miovského & Kaliny (2008) mohou vyskytovat v těchto variantách:

1. Psychické problémy existovali dříve než užívání návykových látek, ale nebyly zaznamenány a léčeny. Špatný duševní stav poté vede sebemedikaci pomocí užívání návykových látek a hrozí zvýšené riziko rozvoje závislosti.
2. Užívání návykových látek může duševní onemocnění vyvolat. Jinými slovy se psychické onemocnění může rozvinout jako důsledek užívání návykových látek či vlivem nepříznivých okolností způsobených abúzem.
3. Poslední varianta předpokládá, že duševní onemocnění a závislost na návykových látkách vychází z jedné základní příčiny, a to například z nějaké poruchy osobnosti či stresové poruchy, která mohla vzniknout vlivem traumatizace v dětství.

V praxi je komplikované odlišit, které ze dvou souběžně probíhajících onemocnění bylo primární. Stávající výzkumy kauzálních vztahů mezi duševními poruchami a poruchami způsobeným užíváním návykových látek jsou prozatím neprůkazné. Přirozeně dochází k interakci obou poruch.

Při zamyšlení nad etiologií obou onemocnění budeme vycházet z podkladu společných faktorů, kterými jsou podle NIDA (2010):

- Překrývající se genetická vulnerabilita – Společná genetická výbava může jedince disponovat k duševní poruše i k závislosti.
- Překrývající se spouštěče - Nízká frustrační tolerance, stres nebo trauma jsou společné faktory, které mohou vést jak k duševní poruše, tak i k závislosti, převážně u osob s genetickou zranitelností.
- Zapojení podobných oblastí mozku – Některé oblasti mozku jsou ovlivněny zneužíváním návykových látek i duševní poruchou (Například ty, které jsou spojené s procesem odměny nebo stresem).
- Společná riziková stádia vývoje – Zneužívání návykových látek i duševní onemocnění jsou vývojovými poruchami, které obvykle začínají v dětství či dospívání. V této době mozek prodělává dramatické vývojové změny. Časně užití návykové látky může změnit fungování mozku takovým způsobem, který zvyšuje riziko vzniku duševní poruchy, stejně jako brzké příznaky duševního onemocnění může zvýšit zranitelnost vůči zneužívání návykových látek.

O společných etiologických faktorech hovoří i Chládková & Miovský (2017) podle nichž má velký vliv dysfunkční rodina, prostředí, podobnost v neurofyziologii i spouštěčích onemocnění.

3.2. Sebemedikace

Při uvažování nad duálními diagnózami nesmíme opomenout zmínit pojem „*sebemedikace*“ čili teorii samoléčby, která vychází z psychodynamických teorií a je známa již od Sigmunda Freuda. Patří mezi teorie vzniku závislosti vycházející z předpokladu, že duševní problémy a prožívané trápení stojí za vznikem závislostního chování. Duševní problémy mohou vznikat dřívějšími negativními zkušenostmi v interakci příslušnou genetickou výbavou, přičemž osobám nesoucí tyto těžkosti, může závislostní chování poskytnout úlevu od averzivních prožitků, které jsou jejich příčinnou. Tímto způsobem může docházet k neutralizování afektu, oslabování negativního afektu, rozptýlení nebo kompenzaci pozitivním afektem (West, 2013; Khantzian, 1997). Autoři tím chtěli upozornit na zvýšenou náchylnost k závislostem u osob, kteří trpí nějakou formou psychických problémů, jako jsou například deprese, úzkosti nebo poruchy příjmu potravy. Tito jedinci jsou nejen náchylnější, ale také mají menší šanci na zotavení a zvýšenou pravděpodobnost relapsových stavů. Návyková látka jim slouží jako berlička, úleva od těžkých psychických stavů. Pomáhá jim uniknout do jiného, pro ně „bezpečnějšího světa“.

Jinými slovy se při klinicky průkazné sebemedikaci návykovými látkami nejedná o užívání za účelem vzrušení a získání nových, intenzivnějších zážitků, ale o užívání za účelem snahy o opětovné navození homeostázy a stavu duševního klidu.

Podle Khantziana (1997) osoby, které dlouhodobě prožívají stres, který je způsobený neschopností zpracovávat emoce, reagují na první zkušenosti s drogami úlevně, což je pro ně zkušeností, která vede k opakovanému užití návykové látky a vzniku rizika závislosti. V teorii sebemedikace je také důležitý faktor mezilidských vztahů, protože právě v nich jsou tito zranitelní jedinci neustále vystavováni náročným emotivním stavům, se kterými se nejsou schopni vyrovnat. Tento fenomén může u nich v budoucnu způsobit uzavření se odtažením od blízkých osob a odcizení od vlastního já. S ohledem na danou teorii se závislosti nevážou jen s vyhledáváním potěšení, ale také s touhou dosáhnout pocitů klidu a bezpečné interakce nejen v mezilidských vztazích, ale i kontaktu sám se sebou.

V odborné literatuře se uvažuje i o existenci souvislosti mezi typem užívané látky a druhem duševního onemocnění. Například se uvádí, že opiáty bývají užívány k rozpouštění stresu či potlačení bolesti. S ohledem na téma práce je pro nás významný účinek benzodiazepinů a alkoholu, který patří mezi nejčastější návykovou látku sebemedikačně užívanou u depresivních klientů a také u nemocných poruchou příjmu potravy. Kokain a další stimulantia nemocní užívají ke snížení závažnosti depresivních stavů, rozvolňuje zábrany nebo podporuje velikášství u narcistně orientovaných osobností. Extáze může potlačovat například symptomy úzkostné poruchy a zlepšovat pohled sám na sebe (EMCDDA, 2004)

3.3. Vztah mezi poruchy příjmu potravy a návykovými látkami

Úzký vztah mezi poruchou příjmu potravy a užíváním návykových látek je podle výše zmíněného evidentní. Návykové chování a poruchy příjmu potravy se často vyskytují společně buď jako duální porucha nebo mohou navazovat jedna na druhou (Papežová, 2012). Dle některých autorů je dokonce porucha příjmu potravy určitou formou závislostního chování, protože jejich rysy splňují kritéria závislosti. Společným rysem poruch příjmu potravy a jiných závislostí jsou psychické charakteristiky jako impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost, nezdrženlivost nebo silná touha po konzumaci potravin (Krch, 2005). Znaky tohoto druhu chování související s konzumací potravy můžeme sledovat z klinického hlediska hlavně u záchvatového přejídání a mentální bulimie. Jídlo přináší jedinci okamžité uspokojení, okamžitou odměnu, proto má takové chování tendenci být opakováno a z dlouhodobého hlediska se stává návykem (Vacek & Vondráčková, 2014).

Obě tyto poruchy výrazně narušují psychosociální život daného jedince, jsou spojeny s nadměrnou pozorností, kterou věnují jídlu, alkoholu nebo psychoaktivním látkám. Často vedou nemocného k podvádění a do izolace od okolí apod. Podobně jako užívání psychoaktivních látek slouží poruchy stravování ke zvládnutí stresu a regulaci emocí. Při zamyšlení nad paralelou obou onemocnění je nutné zmínit že dalším společným rysem obou poruch je křehká hranice mezi normou a patologií a různé zjednodušené postoje nebo předsudky ze strany nemocných i jejich okolí (Krch, 2005).

Další autor, který chce poukázat na návykovost poruchy příjmu potravy je Nešpor (2007, s. 42), který ve své publikaci udává, že „*mentální bulimie je formou závislosti. Jako hlavní důvody uvádí ty, které mají blízko k bažení, tzv. craving, zároveň jmenuje „neodolatelnou touhu“ a „neustálé zabývání se“ jídlom*“. Tyto faktory blízce připomínají faktory charakterizující závislost. Proto je podle něho důležité varovat pacientky před dalšími druhy závislostí, především na alkoholu a jiných návykových látkách. Rizikovitost vzniku závislostí je u takto nemocných vyšší než u ostatní populace. Obdobný pohled zmiňuje i Kudrle (2003), který poukazuje na obdobné psychologické znaky závislosti u poruch příjmu potravy jako u uživatelů návykových látek. Nalézáme u nich nutkavost v jednání, které vede ke krátkodobému uspokojení i přes mnohdy závažné důsledky na všech dimenzích života jedince. Když dojde k přerušování daného patologického chování, vznikne nová touha v něm pokračovat. Dochází nejen k izolaci, touze, zvyšování tolerance, zanedbávání všeho ostatního, ale také k trestní činnosti (In Kalina et al. 2003). Například u mentálních bulimiček dochází ke krádežím potravin. Mají pocit neustálého nedostatku něčeho, co nedokáží pojmenovat, vnitřní prázdnotu zaplňují jídlom (Papežová, 2012).

Zda-li mají patřit poruchy příjmu potravy mezi závislostní poruchy je v

současnosti velmi diskutované téma, které je doposud neprůkazné. Spíše je jedná jen o velmi úzký vztah mezi závislostí a poruchami příjmu potravy.

Dle Papežové (2012, s. 35) může *„závislost na návykových látkách poruše příjmu potravy předcházet, vznikat při jejím léčení nebo existovat současně. Vznikne často ze snahy řešit alkoholem nebo jinou návykovou látkou zvýšenou chuť k jídlu, jídlo nahradit drogou pro získání lepší kontroly nad stravou nebo snášet lépe restriktci jídla“*

V klinické praxi se nejčastěji setkáváme s komorbiditou mentální bulimie a závislosti na alkoholu. Kalina a Minařík (2015) tuto zkušenost potvrzují. A dodávají, že další často uváděnou látkou je metamfetamin ve spojení s mentální anorexií pro jeho anorektické účinky. Ze zahraničních studií o dané problematice hovoří například Národní centrum pro závislost a zneužívání návykových látek (CASA), které ukázalo, že přibližně 35 procent všech žen trpících alkoholismem také trpí poruchou příjmu potravy (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2003).

Když bychom srovnávaly poruchy příjmu potravy mezi sebou, tak pravděpodobnost vzniku závislosti na některé návykové látce včetně alkoholu je až 7x vyšší u osob trpících mentální bulimií než u osob trpících mentální anorexií (Papežová, 2012). Podle výzkumu, který dlouhodobě sledoval 250 bulimiček a 89 bulimiček s abúzem alkoholu, zjistili výraznější zlepšení v průběhu léčby a méně chorobných příznaků u bulimiček, u kterých nebyla prokázána závislost na alkoholu (Krch, 2005). Na toto téma v Německu proběhl výzkum, který srovnával pacienty s restriktivní a bulimickou formou mentální anorexie a bulimičky s anorektickou historií a bez ní. U všech tří bulimických skupin výzkumníci zjistili signifikantně vyšší životní prevalenci abúzu psychoaktivních látek než u anorektické skupiny a běžné populace (Krch, 2005). Další výzkumná studie udává, že ženy trpící mentální bulimií udávaly častěji zkušenost s marihuanou, amfetaminy, sedativy nebo kokainem než ženy trpící mentální anorexií (Lacey, 1993).

Chládková (2015) na základě vlastní kvalitativní studie upozorňuje také na spojitosti mezi poruchou příjmu potravy a užíváním návykových látek. Nejčastější výskyt se projevoval u nemocných mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním. Účastnice tohoto výzkumu, tedy dívky s poruchou příjmu potravy udávaly, že převážně užívaly návykové látky pro jejich sebemedikační účinek. Ale zároveň se shodly, že obojí je „závislost“, která má relativně shodné rysy, převážně u mentální bulimie. Z výzkumu dále vyplynulo, že dívky trpící mentální bulimií a anorexií purgativního typu mají větší sklon k užívání návykových látek a alkoholu než zbytek vzorku. Závislostní chování je u bulimických dívek až 7x vyšší než u anorekticek.

S ohledem na kouření se udává také rozdíl mezi jednotlivými formami nemoci.

Kouření mezi ženami s mentální anorexií je méně rozšířeno než u bulimiček. Tento fakt vyšel najevo i přes známou snahu regulovat váhu za pomoci nikotinu. Motiv potlačení chuti k jídlu se vyskytl, ale nebyl nejsilnější, zvládnání stresu za pomoci kouření cigaret, který se objevuje spíše u bulimiček, byl vědecky významnější (George & Waller, 2005). Výzkumná studie, která se zabývala účinkem alkoholu a kouření na chutě žen s poruchou příjmu potravy přinesla zajímavé výsledky. Ženy trpící bulimií udávaly snížení chuti k jídlu v souvislosti s kouřením a zvýšení apetitu v souvislosti s alkoholem. Ženy s mentální anorexií udávaly, že tyto návykové látky nemají vliv na jejich chuť k jídlu (Bulik et al., 1990).

Odůvodnění proč návykové látky mají výraznější vliv na ženy s mentální bulimií, než na ženy s mentální anorexií může spočívat v rozdílných rysech nemoci. Anorektické dívky se více izolují od společnosti než bulimické, tudíž se méně dostávají do styku s experimenty s návykovými látkami. Tento fakt je způsoben sníženou citlivostí anorektických dívek na psychosociální odměnu (George & Waller, 2005).

Je důležité dodat, že při dlouhodobém zkoumání a sledování poruch příjmu potravy, je závislost na psychoaktivních látkách pokládána za negativní prognostický aspekt a možný sebemedikační efekt, jak už někteří autoři udávali výše.

Podle Kaliny & Minaříka (2015) užívání návykových látek může pomáhat v potlačení problémů s poruchami příjmu potravy. Ty se poté opět projevují po několika týdnech abstinence. Pacientky se mohou pomocí užívání stimulantů zbavit pocitu hladu nebo díky vlivu konopí odstranit strach z jídla. Mentální anorektičky v častých případech nahrazují jídlo alkoholem, kvůli rychlému zdroji energie (In Kalina et al., 2015).

C. Výzkumná část

4. Vlastní výzkum

Tato část práce je zaměřena na zpracování vlastního výzkumného šetření, kde je definován cíl práce, výzkumný problém, výzkumné otázky, ale také typ výzkumu a výzkumný plán. Dále obsahuje popis charakteristiky výzkumného vzorku, metody sběru dat a popisuje charakteristiky analýzy dat. Následně je provedena tematická analýza, její vyhodnocení a sumarizace výsledků celého výzkumného šetření.

4.1. Výzkumný problém

Tématem komorbidity závislosti na návykových látkách s onemocněním poruchou příjmu potravy se začíná zabývat čím dál, tím více odborníků a stoupá i její význam v klinické praxi. V klinické praxi už bylo provedeno dosti výzkumných studií, ze kterých bylo zjištěno, se kterým typem výše zmiňovaných komorbidit se setkáváme nejčastěji. Ale už není dosti prozkoumán jeden z prvků, který vede ženy trpící poruchou příjmu potravy k užívání návykových látek, včetně alkoholu, čili prvek sebemedikace. Tento fenomén bývá jedním z rizikových faktorů právě pro vznik komorbidity.

4.2. Cíl práce

Jak již bylo výše zmíněno, práce se zabývá užíváním návykových látek u žen, které aktuálně trpí některou z forem poruch příjmu potravy. S danou problematikou se začínáme setkávat čím dál častěji a může změnit klinický pohled na poruchy příjmu potravy. Špatná diagnostika může zkomplikovat a prodloužit dobu léčení, má vliv na průběh i na prognózu daného onemocnění. Z tohoto důvodu jsem si zvolila jako hlavní cíl diplomové práce zmapovat a zjistit, zda ženy, které trpí poruchou příjmu potravy užívají návykové látky, včetně alkoholu, za účelem sebemedikace. Dílčím cílem bude též zjistit, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými formami poruch příjmu potravy a vzorcem užívání návykových látek.

Na základě stanovených cílů jsme si vytvořili několik výzkumných otázek:

- 1) Užívají ženy trpící poruchou příjmu potravy návykové látky z důvodu zlepšení jejich psychického nebo fyzického stavu v průběhu onemocnění?
- 2) Jaké důvody vedou ženy trpící poruchou příjmu potravy k užití nějaké návykové látky, včetně alkoholu?
- 3) Liší se vzorce užívání a preference návykových látek u jednotlivých forem onemocnění?

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen 10 ženami ve věku 19-38 let, v kompenzovaném somatickém stavu, u kterých byla diagnostikována některá z forem poruch příjmu potravy, v jejímž důsledku absolvovaly specifickou léčbu. Všechny dotazované měly minimálně středoškolské vzdělání. Z toho tři mají úspěšně zakončené vysokoškolské studium a tři aktuálně studují vysokou školu. Až na zmiňované studentky jsou všechny participantky zaměstnané na různých pracovních pozicích. Zajímavou skutečností bylo, že dvě participantky pobírají plný invalidní důchod. Jedna z důvodu chronické poruchy příjmu potravy a druhá kvůli fyzickému onemocnění očí. Dokonce jedna participantka má momentálně podanou žádost o invalidní důvod z důvodu chronické poruchy příjmu potravy zkombinované se závislostí na alkoholu. Ale i přes tyto skutečnosti jsou všechny zaměstnané minimálně na ¾ pracovní úvazek. Až na 3 účastnice výzkumu, všechny pracují nebo chtějí být zaměstnané v pomáhajících profesích. Mezi účastnicemi se například objevila studentka medicíny, psycholožka, vychovatelka nebo absolventka nelékařského zdravotnického oboru. Participantky pocházejí z různých koutů České republiky a jedna ze Slovenska. Aktuálně žijí buď v Praze, nebo v jiné regionální metropoli.

Pro tuto práci bylo klíčové vybírání do výzkumného vzorku. Vzhledem k tématu práce a jejímu specifickému cíli bylo přistoupeno k metodě prostého záměrného účelového výběru. Stanovili jsme si soubor určitých kritérií, podle kterých byly účastnice do výzkumu vybírány na základě vhodnosti a samozřejmě jejich dobrovolnosti k účasti na výzkumu (Miovský, 2006). Mezi kritéria byla zařazena diagnóza poruchy příjmu potravy, plnoletost, absolvovaný nějaký druh léčby poruch příjmu potravy (ať už ambulantní nebo pobytový) a jakákoliv zkušenost s nějakou návykovou látkou. Vzorek jsme získali prostřednictvím podpůrné skupiny na sociální síti, kde se sdružují nemocné poruchou příjmu potravy. Na tomto místě se podporují v léčbě, předávají si různé zkušenosti, kontakty na odborníky, či se scházejí i v reálném životě. Osloveny byly ty dívky, se kterými se výzkumnice již dříve setkala nebo s nimi v minulosti spolupracovala v důsledku psaní bakalářské práce na podobné téma.

Účast participantek byla překvapivá. Bylo osloveno 15 žen a všechny byly velmi ochotné a otevřené sdělit svůj příběh. Z časového a ekonomického hlediska byl počet zúžen na 10 participantek.

Participantka	věk	vzdělání	Oblast zaměstnání	Bydliště	Diagnóza	Druh léčby	Užité NL
K1. Lucka	25	SŠ	Pomáhající profese	Praha	F50.0 F50.2 F10.2 F60.3	Ambulantní Stacionární Pobytová	Alkohol THC MDMA Kokain
K2. Kamila	26	VŠ	Pomáhající profese	Praha	F50.0 F50.2	Ambulantní	Alkohol THC
K3. Eva	27	VŠ	Pomáhající profese	Praha	F50.0 F50.2 F41.0	Ambulantní Pobytová	Alkohol Nikotin Léky Kokain
K4. Lenka	25	VŠ	Studentka Pomáhající profese	Praha	F50.0	Ambulantní	Alkohol Nikotin Léky THC MDMA
K5. Simona	22	SŠ	Ekonomický obor	Praha	F50.0 F50.2	Ambulantní	Alkohol Nikotin Léky
K6. Jana	19	VŠ	Studentka Pomáhající profese	Regionální metropole	F50.0 F50.2 F32.2	Ambulantní Pobytová	Alkohol Nikotin Léky
K7. Klára	26	VŠ	Ekonomický obor	Regionální metropole	F50.0 F50.2	Ambulantní Pobytová	Alkohol Nikotin
K8. Dana	25	SŠ	Pomáhající profese	Krajské město	F50.0 F50.2	Ambulantní	Alkohol Nikotin Pervitin
K9. Ivana	38	SOU s maturitou	Služby	Praha	F50.2 F60.3 F10.2	Ambulantní Stacionární Pobytová	Alkohol Léky
K10. Zuzana	28	VŠ	IT	Praha	F50.8 F60.3 F40.1	Ambulantní Stacionární Pobytová	Alkohol Nikotin MDMA THC SPEED Kokain

(Tabulka č. 1 – výzkumný vzorek)

Pozn.:

F50.0 – Mentální Anorexie

F50.2 – Mentální Bulimie

F10.2 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, syndrom závislosti

F60.3 – Emočně nestabilní porucha osobnosti

F41.0 - Panická porucha

F32.2 - Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

4.4. Typ výzkumu a výzkumný plán

S ohledem na téma diplomové práce a stanovené výzkumné cíle byl zvolen kvalitativní přístup výzkumu a sběru dat. Kvalitativní přístup můžeme obecně charakterizovat jako určitou strategii zkoumání, která se zabývá nekvantifikovatelnými jevy a vlastnostmi, popisuje vnitřní i vnější realitu a zkušenosti pomocí kvalitativních metod technik pro sběr dat. Je charakteristický a často využívaný právě pro jeho zaměření na jedinečnost, neopakovatelnost různých jevů a fenoménů (Miovský, 2006). Tento způsobu zkoumání nám pomáhá získávat větší vhled a porozumění do zkoumané problematiky, objevování nových souvislostí a specifických pohledů na realitu a lidskou zkušenost, včetně integrace jevů do celku (Maňák & Švec, 2004).

Pro účely tohoto výzkumu byla vybrána jako metoda polostrukturované interview. Tento druh interview je jeden z nejrozšířenějších postupů pro získávání dat formou dotazování, a to hlavně proto, že vyvažuje nevýhody vycházející z nestrukturovaného či strukturovaného interview. Jeho technická příprava je, ale o to více náročná. Je tvořen z předem připravených okruhů otázek, které jsou koncipovány tak, aby obsahovaly potřebné položky ke splnění výzkumného záměru a odpovídaly tak výzkumným otázkám. Pořadí okruhů otázek můžeme během interview dle situace a potřeby měnit, což tvoří přirozenější atmosféru během rozhovoru a zároveň pomáhá udržet jistou strukturu, aby nedocházelo k příliš velkým tematickým odbočkám. Interview je také vhodné obohatit doplňujícími otázkami, s jejichž pomocí dochází k eliminaci možného zkreslení odpovědí a upřesňování doposud získaných dat. Tyto doplňující otázky bývají často tematicky seskupeny okolo jádra interview, které je tvořeno klíčovými otázkami celého rozhovoru směřující k naplnění výzkumných cílů (Miovský, 2006).

V rámci výzkumného plánu byl rozhovor tvořen participanty různého věku a vzdělání s ohledem na charakteristiku a sběr výzkumného vzorku, jehož specifikace jsou uvedeny níže. Před zahájením samotného rozhovoru byla sestavena jeho osnova viz. příloha č. 1, která obsahovala seznam otevřených otázek, které byly seskupeny do tematických okruhů směřující k cíli samotného výzkumu. Tematické okruhy byly zaměřeny hlavně na motivaci a okolnosti, které vedou participanty k užívání návykových látek. Rozhovor byl doplněn, jen pro orientaci výzkumnice, kombinací několika standardizovaných dotazníků, které zjišťují, do jaké míry mohou mít participantky potíže, kromě poruchy příjmu potravy, i s užíváním návykových látek. Do baterie dotazníků byl zařazen dotazník AUDIT viz. příloha č. 2, orientační dotazník ke zjištění míry potíží s užíváním alkoholu Dalším byl Fagerströmův test závislosti na nikotinu viz. příloha č. 3 a poslední dotazník na užívání nealkoholových drog DAST viz. příloha č. 4, zkrácená verze. Vždy byl využit takový orientační dotazník, který se vázal na látku užívanou participantem. Dále v rámci lepší orientace ohledně motivace a okolností

vedoucí k možné sebemedikaci návykovými látkami, byla s participanty vytvořena časová osa, která vede k lepšímu porozumění a pochopení daného způsobu chování. Během rozhovorů docházelo ke změně pořadí jednotlivých otázek, ale jádro dotazování zůstalo zachováno.

4.5. Metoda sběru dat

Sběr dat probíhal, jak již bylo výše zmíněno, pomocí polostrukturovaného interview, který je nejvhodnější metodou pro zkoumání hlavního cíle této diplomové práce. Tento typ výzkumu nám dává možnost většího porozumění zkušenosti a hloubkový popis případů. Umožňuje určitou flexibilitu pro zachycení fenoménů spojených se zkoumanou problematikou a zároveň umožňuje celému dotazování udržet pevný rámec, který zajišťuje určitou míru standardního postupu u všech účastníků výzkumu (Miovský, 2006).

Sběr dat probíhal v rámci dvou měsíců a zapojily se do něho participantky, které mají osobní zkušenost s poruchou příjmu potravy a zároveň i s užitím nějaké návykové látky.

Rozhovory byly prováděny na takových místech, aby byl zachován určitý klid a osobní komfort účastnic. Byla volena místa, která byla v blízkosti účastnic, aby se cítily co nejbezpečněji a v důvěrně známém prostředí. Rozhovor se dotýkal velmi citlivých témat a bylo potřeba vytvořit bezpečný prostor, ve kterém se participantky budou cítit co nejlépe, protože jak píše například Miovský (2006) pocit bezpečného prostředí může do jisté míry ovlivňovat to, jak s námi budou účastnice spolupracovat a do jaké míry se nám otevřou.

4.6. Způsob zpracování analýzy dat

Pro lepší ilustraci a pochopení získaných dat byly využity dvě metody kvalitativního výzkumu. První metodou je kazuistika, díky které dochází k představení jednotlivých případů výzkumu. Krátké příběhy jsou rozděleny do tematických úseků, které slouží k hlubšímu pochopení souvislostí případu. Jako druhá metoda byla zvolena tematická analýza, která zkoumá, systematicky odhaluje a v důsledku různých symbolů propojuje jednotlivé příběhy. Kombinace zmíněných metod pomáhá ke kvalitnější analýze získaných dat.

4.6.1. Kazuistika

Případová studie je jednou z kvalitativních metod, která pracuje s jednotlivými případy, slouží k přehlednému uspořádání faktů a snaží se postihnout všechny známé aspekty, které následně analyzujeme. Jedná se o standardní metodu umožňující postihnout některé důležité souvislosti a fenomény, které nejsou na první pohled zjevné, a díky tomu dochází k hlubšímu pochopení celého případu (Miovský, 2006). Pro účely tohoto výzkumu jsou kazuistiky pouze doplňkem pro lepší zpracování tematické analýzy a jsou zaměřeny jen na fenomény vázané na výzkumné otázky. Z tohoto důvodu nebudou hlouběji rozpracovány.

4.6.2. Tematická analýza

Tato metoda, slouží k systematickému odhalování a uspořádávání různých fenoménů či symbolů, které se vyskytují v datovém souboru. Jedná se o velmi flexibilní metodu, která pomáhá k utváření určitých vzorců nebo témat, které mohou jednotlivé položky datového souboru propojovat. Tento druh analýzy pomáhá výzkumníkovi prozkoumat obsahy, které prostupují celým datovým souborem, umožňuje, ale i zaměřením se na konkrétní aspekty jednotlivého. Umožňuje odhalit témata, která nejsou na první pohled viditelná, ale velmi důležitá pro celkový obraz zkoumaného (Braun & Clarke, 2012).

Tematická analýza byla vybrána z důvodu rozmanitosti a komplexnosti kvalitativních dat s jemnými odchylkami. Z tohoto hlediska se jeví být vhodným nástrojem k postihnutí důležitých kódů výzkumných dat.

Můžeme u ní nalézt řadu výše zmíněných výhod, ale i nástrah. Jako možný ohrožující faktor se zdůrazňuje role výzkumníka jakožto aktivní složky přemýšlející o datech, hledajíc v nich souvislosti, kterým se snaží porozumět a interpretovat je. Ale pohledy na tytéž věci, informace či události se nemusejí jevit každému člověku stejně (Ferjenčík, 2000). Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby výzkumník vždy věděl, co dělá, proč, kam a za jakým účelem míří nebo k jakému cíli směřuje. Z tohoto důvodu je velmi důležité stanovení si, co je tématem výzkumu, co hledáme, ale zároveň musíme být připraveni a otevřeni změnám a přehodnocením, které mohou během šetření nastat.

Tematická analýza je proces, který se skládá ze šesti částí, u kterých dochází k neustálému navracení se k předchozím bodům a následný postup vpřed (Braun & Clarke, 2012).

Podstatou první fáze je důkladné seznámení se s daty. Jedná se tedy o opakované čtení přepisů, poslouchání nahrávek, sledování videonahrávek, záleží na formě, kterou byla data sebrána. Opakováním je zajištěno důkladné poznání dat, které vede k následnému kritickému uvažování nad jednotlivostmi výpovědí, ale i celkem. Pomocí tohoto aktivního poznání datového souboru hledáme významy, vzorce a utváříme kódy.

Druhá fáze je postavena na prvotní analýze dat čili generování kódů. V tomto úseku hledá výzkumník zajímavé rysy, které se vážou k odpovědi na výzkumné cíle. Tyto úseky označuje určitými kódy, což jsou stručné zkratkovité označení pro určitý datový úsek, který může mít popisný nebo interpretační charakter. Výzkumník označuje vše, co mu přijde důležité a směřující k odpovědím na výzkumný cíl.

Ve třetí fázi hledá výzkumník konkrétní témata, opakující se vzorce, která vylézají na povrch při generování vytvořených kódů. Dochází tedy ke třídění a porovnávání kódů do potenciálních témat. Tyto témata musí být vždy vytvořena tak, aby poskytovala odpověď na předem stanovené výzkumné otázky. Zároveň

by měly směřovat k hloubkovému poznání. Z tohoto důvodu je důležité, aby analýza obsahovala velké množství různých kódů, které sice působí jednotlivě, ale měly by spolu utvářet propojený celek. Díky tomuto postupu můžeme zajistit dostatečně hluboké poznání.

Ve čtvrté fázi dochází k přezkoumávání jednotlivých téma a ujasňování si hranic mezi nimi. Výzkumník opakovaně pročítá a prochází jednotlivé formy sběru datového souboru (např. text, video, nahrávka apod., kterým byl přidělen kód). Díky tomu dochází ke kontrole a zvažování, zda jsou vybraná témata smysluplná a směřující k odpovědím na výzkumné otázky. Při kontrole může dojít k nalezení nedostatků, které vedou následně k redefinování témat, díky čemuž se zvyšuje kvalita analýzy zkoumaného problému.

Pátá fáze je o znovu hledání smyslu témat, které už jsou definována. Hledá a znovu si definuje, proč je „toto“ téma označené zrovna „takto“ apod. Hledá významy každého z nich, a zdůvodňuje si jejich důležitost.

Závěrečná fáze je fází konečnou, jejímž cílem je vypracování finální analýzy a samozřejmě sepsání závěrečné zprávy, jejímž stěžejním bodem je formulování odpovědí na výzkumné otázky (Braun & Clarke, 2012).

4.7. Etické aspekty

Etické aspekty patří mezi klíčové prvky při plánování a realizaci studie (Ferjenčík, 2000). Vstup participantek do výzkumu byl realizován na základě dobrovolnosti. Před každým rozhovorem byly účastnice seznámeny s účelem výzkumné práce, s průběhem dotazování a způsobem provedení rozhovoru. Rozhovory byly se souhlasem každé účastnice zaznamenávány na záznamové zařízení, z něhož byly následně přepsány. Výslovný souhlas participantek byl součástí nahrávky. Všechny účastnice byly informovány o tom, jakým způsobem bude s nahrávkou i přepisem naloženo, o možnosti kdykoliv rozhovor ukončit a také došlo k ujištění o anonymizaci obsahů, jež by mohly vést k identifikaci účastnic (získaná data budou sloužit pouze k účelům diplomové práce, jména byla změněna a osobní údaje nebudou nikde uváděny). Po zpracování dat dojde k jejich likvidaci.

Práce je napsaná tak, aby se při jejím čtení účastnice výzkumu nemusely cítit zahanbené nebo očerněné.

4.8. Limity výzkumu

U výzkumů, ať se jedná o kvalitativní nebo kvantitativní přístup, se setkáváme vždy s různými úskalími a riziky. Mezi rizikové faktory této práce můžeme zařadit například nedostatečně reprezentativní výzkumný vzorek, kvalitativní povaha výzkumu způsobuje, že nemůžeme odvozovat zobecnitelné výsledky. Mohlo docházet k záměrnému zkreslení odpovědí účastnic za účelem jejich lepší pověsti a obavy z větší stigmatizace, nedůvěra v autora výzkumné studie, nejasná interpretace nebo následný chybný přepis ze záznamu (Ferjenčík, 2000). Podrobněji jsou limity práce uvedené v diskuzi.

4.9. Výsledky

4.9.1. případové studie

V následující části diplomové práce představím jednotlivé případové studie. Zpracování každé kazuistiky se drží následující osnovy:

1. Diagnóza
2. Sociodemografické údaje
3. Rodinné prostředí
4. Zájmová činnost
5. Vztahy
6. Psychické problémy
7. Zkušenosti s návykovými látkami
 - Výsledky screeningových dotazníků na problémy s návykovými látkami
8. Terénní poznámky
9. Časová osa

K1: Lucka, 25 let

Diagnóza

- Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)
- Závislost na alkoholu (F10.2)
- Hraniční porucha osobnosti (F60.3)

Sociodemografické údaje

Lucka pochází z Krajského města ze Severu Čech, ale 5 let žije v Praze, kde v současnosti pracuje na ¾ úvazek v bankovním průmyslu. Nedokončila vysokou školu, protože začala pracovat s dětmi. Byla to práce, která jí naplňovala. Vzhledem ke zvyšujícím se psychickým problémům musela nastoupit na léčení a poté práce zanechala. Během léčení si zažádala o invalidní důchod a v současnosti pobírá plný invalidní důchod z důvodu chronické poruchy příjmu potravy.

Rodinné prostředí

Je jedináček a pochází ze zaopatřené rodiny, kde jí nikdy nic nechybělo. Sama o sobě tvrdí, že byla rozmazlený spratek, který měl vše, co si přál. Osamostatnila se v 18. letech po maturitě. Nejdříve šla pracovat do Irska, poté nastoupila na vysokou školu v Praze, kde nakonec zůstala. Ve chvíli, kdy rodina zjistila, čím si prochází, podporovala jí v uzdravení například formou častých návštěv.

Lucka tvrdí, že má skvělou rodinu, která při ní stojí ve všem, co dělá a vždy se na ně může obrátit. Kdykoliv měla problém s přítelem, navracela se domů.

Zájmová činnosti

Lucka je od dětství aktivním člověkem, který se věnoval hlavně hudbě a sportu. Hraje na několik hudebních nástrojů, zpívá, skládá si vlastní písničky, a dokonce natočila pár demo nahrávek, kde se doprovází na klávesy. Hudba je něco, co jí psychicky pomáhá, nejvíce skládá právě ve chvílích, kdy má existenční problémy. Psaní, četbu a tvorbu muziky bere jako své přirozené antidepresivum. V současnosti se dokonce snaží prosadit na poli pop-music, začala spolupracovat s jedním producentem. Do toho se po léčení začala intenzivně věnovat józe a spiritualitě.

Vztahy

Vztahy jsou Lucky třináctá komnata. Je hodně společenská a upovídaná, většinu svého

života se pohybovala mezi lidmi, neumí být sama. O kamarády neměla nouzi a mezi vrstevníky převážně zapadala. Od 15. let měla hudební kapelu, se kterou trávila převážnou většinu času a prožila si klasickou pubertu. Starosti ji přidělávaly milostné vztahy, často se dostávala na úplné dno. Vyhledává si partnery, kteří jí nějakým způsobem ubližují už od počátku sexuální kariéry. V různých vztazích je od 17. let, když se nad tím zamýšlí, má vztahy od doby bulimie, ve fázi anorexie je nepotřebovala, a raději byla sama a nevázala se. Fáze bulimie v ní probouzela velký zájem o sex a promiskuitu. Měla problém s věrností, i když vztah chtěla, tak potřebovala zakázané věci a hodně tvrdého sexu, který jí často partneři nemohli poskytnout. Až tedy na poslední vážnou známost, které věrná byla. Nejvíce jí poznamenal poslední vztah, přítel, se kterým byla od 21. let, s nímž začala hodně pít, dokonce bylo období, kdy ani jeden nechodil do práce a jen pili. Mluví o tom, jako o velké destruktivní lásce, mysleli si, že spolu do roka zemřou. Jejich životní styl byl otřesný a nebezpečný. Jak se milovali, tak se nenáviděli. Život na houpáče. Když od něho chtěla Lucka odejít, uplácel jí jídlem „*utratil spoustu peněz za potraviny, které sloužily k bulimickému záchvatu, tím, že jsem po jídle toužila, ocenila jsem jeho iniciativu*“. Hrozně ho milovala a miluje dodnes, ale nedokázala od něho odejít, a to by také jeden z důvodů, proč se nechala zavřít do protialkoholní léčebny, věděla, že jinak se zcela zblázní. V léčbě si uvědomila, že s ním být nemůže, ale stále ho miluje. V současnosti se snaží soustředit sama na sebe spíše než na vztahy, ale hrozně jí bývalý partner chybí. Zkoušela si najít přes různé seznamky někoho jiného, ale každý je na ni moc hodný, což jí nevyhovuje. Občas přemýšlí o návratu do bývalého partnerství, ale ví, že by určitě začala pít. V současnosti žije sama v Praze jen s kočkou a říká, že je spokojená. Je důležité zmínit, že právě vztah ke zvířatům ji v dost ovlivňuje, svou kočku bere jako největšího parťáka, díky kterému se necítí sama.

Psychické problémy

Lucka se potýkala s psychickými problémy ještě před propuknutím poruchy příjmu potravy, kterou má diagnostikovanou od 14. let. Okolo třináctého roku se začala postupně sebepoškozovat. Od mala byla hysteričtější a měla posunuté hranice oproti ostatním vrstevníkům, ale nic výraznějšího se u ní neprojevovalo. Vše začalo mentální anorexií, kterou trpěla od 14. do 17. let, v té době docházela jen k psycholožce. Poté přešlo hladovění do záchvatovitého přejídání a plivání jídla, které rozžvýká. Z důvodu silných výčitek se začala postupně nutit do zvracení. Od 18. let už to pojmenovává jako mentální bulimii. V té době už i přestala docházet k psycholožce, byla plnoletá a rodiče ji nemohli nutit. Hlavně si všichni mysleli, že se dala do pořádku, protože najednou začala jíst a přibírat, nikdo netušil, že je to z důvodu počínající mentální bulimie. Po maturitě odjela pracovat do Irska, kde byla relativně spokojená, ale začala hodně „pařit“ a pít alkohol. Po 4 měsících se musela vrátit a nastoupit na vysokou školu do Prahy. V tomto období se naplno projevila mentální bulimie. Najednou byla v cizím městě, ve škole, která jí nebavila a cítila se úplně sama. Tato situaci jí pomalu dovedla k přejídání a následnému zvracení, a do toho dost pila alkohol. V té době se hrozně nenáviděla a začala se intenzivně sebepoškozovat. Kdykoliv byla sama, přejídala se a zracela, dle jejích slov to byla jediná chvíle, kdy dokázala prožívat nějaké emoce. Bála se je projevit, tak se raději přejídala a zracela. Nevěděla, kam patří, chtěla být opět anorektička, ale nedokázala v sobě najít dostatečnou vůli nejíst. Totální zoufalost jí dohnala k pokusu o sebevraždu, předávkovala se léky, chvílku ležela na psychiatrii, ale když se vrátila do reality, začalo vše znovu. V 21. letech se rozhodla požádat o odbornou pomoc a začala pravidelně docházet k psychologovi. Ambulantní péče nebyla úspěšná, stále pravidelně zracela, přejídala se a pila alkohol. Podle jejích slov si v té době ještě ani neuvědomovala, že má problém s alkoholem. Ve 22. letech se rozhodla nastoupit do stacionární léčby poruch příjmu potravy. Tento druh péče nebyl také úspěšný *„Stacionář není vůbec vhodný pro bulimičky, ale jen pro anorektičky, byla jsem vzorná pacientka, ale léčba mě akorát navedla opět k druhému extrému, hlavně když jsem viděla hubenější spolupacientky“* Po léčbě začala hubnout a spadla do mentální anorexie. V této fázi byla relativně spokojená, ale moc dlouho to nevydrželo. Ve 23. letech si našla vážnou známost, se kterou spadla do mentální bulimie a do závislosti na alkoholu. Přítel byl „alkoholik“, pili spolu každý den, propili všechny své peníze. V té době se také zintenzivnil průběh mentální bulimie. Byla jen opilá nebo měla záchvat přejídání *„nejdříve jsem měla berličku anorexii, tu pak vystřídala moje druhá berlička bulimie, a abych mohla o berlích chodit, potřebovala jsem to zapít alkoholem“*. Ve 24. letech si uvědomila, že už to dál nejde. Začala přibírat, vlivem alkoholu i přejídání, ale nedokázala si jej odepřít. Mezi dívky s poruchou příjmu potravy už nechtěla, tak se přihlásila na stacionář

pro léčbu závislosti na alkoholu, který kvůli nedostatečné vůli přestat pít nedokončila. Přihlásila se tedy do klasické protialkoholní léčby. Ze začátku pro ni byla léčba náročná, hlavně vlivem místních pravidel. Odborníci říkali, že to nezvládne až do konce, měla silné výkyvy nálad a těžce se přizpůsobovala. Ale, na tento popud se „hecla“ a léčbu úspěšně dokončila. Během pobytu jí diagnostikovali hraniční poruchu osobnosti. Na poslední hospitalizaci nedá dopustit, nejvíce jí pomohla. Hlavně si tam uvědomila, že nemá tolik problém s alkoholem jako s mentální bulimií. Začala pořádně pít v 17. letech, v době vzniku bulimie, začala před záchvaty přejídání utíkat do hospody. Když pila, tak nezvracela. Nebo se opíjela po bulimickém záchvatu, právě proto, aby zapomněla na selhání a v klidu usnula. Ve fázi mentální anorexie nebylo užívání alkoholu tolik intenzivní, ale když pila, tak o to méně jedla. V současnosti dochází na doléčování poruch příjmu potravy, stále občas zvrací, ale sama říká, že pro sebe už je vyléčená, má to v hlavě uspořádané. V měsíci má více dní, kdy nezvrací než, co zvrací, a to je pro ni největší úspěch. Začíná mít sama sebe opět ráda a opět se jí navrácí dřívější sebevědomí. Uvědomila si, že se celý život škatulkovala do různých „šuplíčků“, snažila se být někým, někam patřit. V současnosti to bere jinak, nechce se za něčím hnát, ale dávat si jen malé cíle, nepotřebuje někým být, ale jednoduše jen být, být spokojená, nic si nezakazovat. Tyto aspekty hodnotí jako největší protektivní faktor za cestou k vyléčení.

Zpětně tvrdí, že *„MB je mnohem horší než závislost na alkoholu, zničí vaši psychiku mnohem více. Bez alkoholu žít dokážete a spouštěčům se vyhýbat, ale bez jídla? To je všude kolem vás, je to věc, která lidi sblízuje apod.“* V době bulimie měla hrozně silné suicidální myšlenky, nenáviděla se, chtěla být opět anorektička, ale nedokázala se ovládat.

Zkušenosti s návykovými látkami

Jak už bylo výše naznačeno, Lucka má diagnostikovanou závislost na alkoholu. V současnosti abstínuje. Z důvodu potvrzené závislosti, jí nebyl proveden diagnostický dotazník AUDIT. S jinými návykovými látkami moc zkušeností nemá. Zkoušela asi 2x marihuanu, 1x MDMA a 1x kokain.

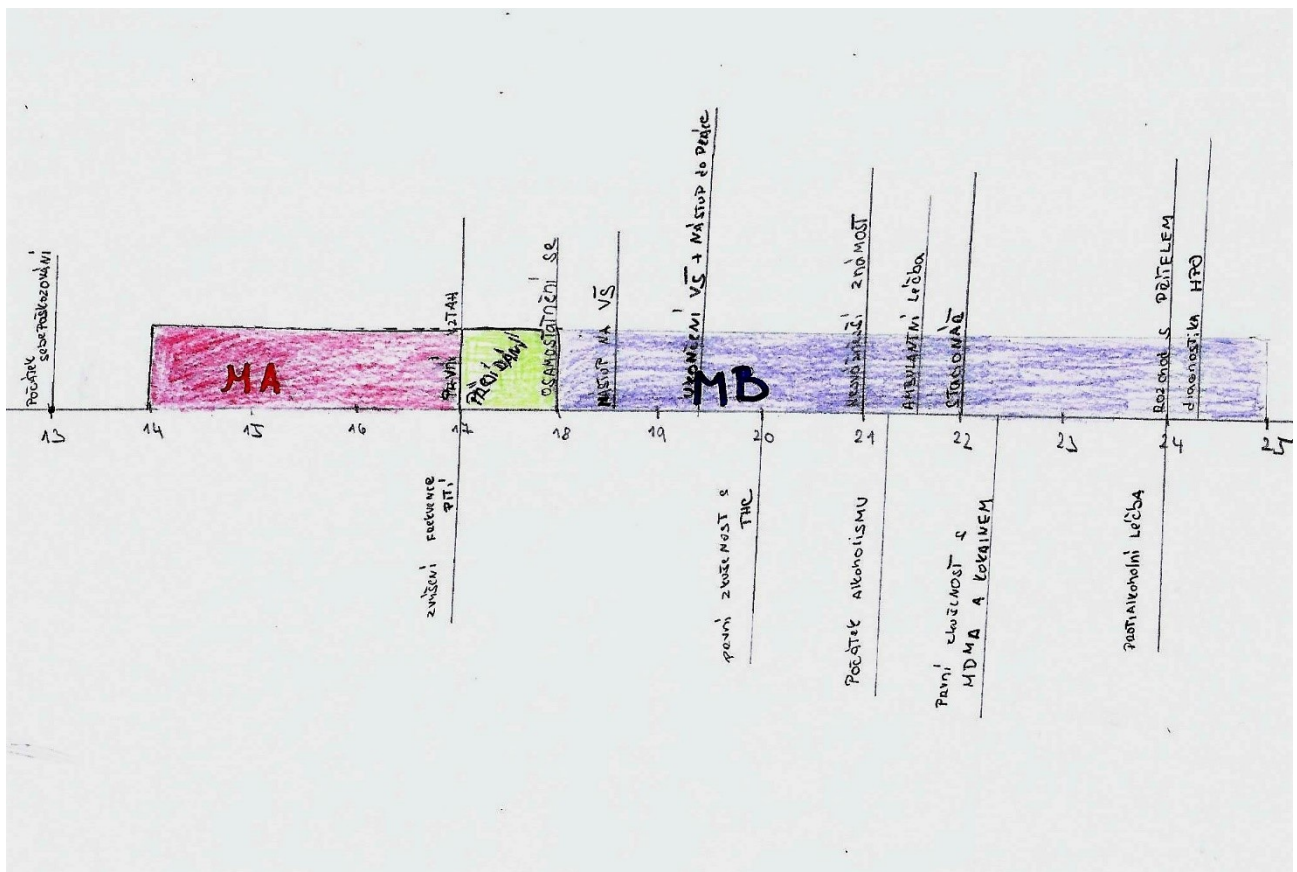
Drogy jí moc nezaujaly a ani nikdy nezačala kouřit. Z výše uvedených jen jednorázových experimentů nebyla potřeba dělat diagnostické dotazníky.

Terénní poznámky

Lucka byla velmi otevřená a sdílná, nebála se o sobě říct cokoliv. Rozhovor probíhal v čajovně, kde bylo v okolí dost lidí, ale ani tak se nebála a mluvila dost nahlas. Rozhovor byl spíš přátelským popovídáním, mluvila velmi rychle a ke konci rozhovoru vyšlo na povrch pár intimních informací, jenž nebudu dále sdělovat. Byla jsem první osoba v jejím životě, které je sdělila a chtěla se o nich i

dále do hloubky bavit. Během rozhovoru se mezi námi vybuchovalo důvěrné prostředí, díky němuž byla ochota vyprávět svůj příběh příjemnější pro obě strany. Na Lucce mě zaujal její pozitivní přístup k životu. Celou dobu se usmívala, i když mluvila o závažných věcech. Na všem si našla něco pozitivního, proto i ke konci rozhovoru konstatovala, že je v současnosti šťastná. Díky léčbě našla sama sebe a konečně si může užívat. Přesně tyto slova by toužila sdělit, dalším ženám, které bojují s poruchou příjmu potravy.

Časová osa



(Obrázek č. 1 – časová osa)

K2: Kamila, 26 let

Diagnóza

- Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)

Sociodemografické údaje

Kamila vyrostla v regionální metropoli, ale v současnosti žije v hlavním městě, kde pracuje v centru pro léčbu závislostí. Po prvním neúspěšném studiu vysoké školy se nakonec stala absolventkou nelékařského zdravotnického oboru.

Rodinné prostředí

Kamila pochází z úplné rodiny, ale v jejích 14. letech se rodiče rozvedli. Matka si našla nového partnera a odešla od rodiny. Je ze dvou dětí, bratr (o deset let starší) byl v době rozvodu rodičů na vysoké škole a domů skoro nejezdil. Kamila zůstala v domě sama s otcem, se kterým má dodnes skvělý vztah, je to její nejlepší kamarád, ale zároveň autorita. S matkou nikdy moc nevycházela „*matka mi nikdy moc neprojevovala lásku, spíše mě jen kritizovala a ponižovala*“. Matka byla neustále nespokojený člověk, který se nikdy nesmířil se stárnutím, a hledala si stále mladé partnery. Kamila se už od 13. let starala o domácnost, vařila, pekla, uklízela apod. Otec chodil do práce. S matkou se vídala celkem často, bydlela pár minut od nich, ale nemluví o ní hezky. Z druhé strany se zase, díky matce začala léčit s poruchou příjmu potravy. I když podle ní tuhle zákeřnou chorobu nikdy nepochopila a brala jí spíš jako věc, která jednoduše pubertou přejde. Většinu času byla na nemoc sama, neměla se o tom, kromě odborníků, s kým bavit. Matce se svěřovat nechtěla, otec byl muž, s nímž o ženských tématech mluvit nechtěla, a s prarodiči se nestýkala. Jediný, komu se o tom svěřovala, byla kamarádka, která si také procházela poruchou příjmu potravy a její bývalý přítel. Když pak přešla do stádia mentální bulimie, které trvalo roky, věděli o tom jen přátelé. Rodiče to doposud nikdy nezjistili.

V současnosti žije mimo rodinu, ale za otcem jezdí moc ráda, s matkou se schází maximálně na obědy. Bratr už má novou rodinu, je hrdá teta, která jezdí často na návštěvy. Při vzpomínkách na dětství si nevybaví moc negativních vzpomínek, údajně bylo idylické. Rodiče se před dětmi ani moc nehádali, o to větší šok byl pak rozvod v Kamily pubertě, i když sama přiznává, že byla ráda za odchod matky.

Zájmová činnost

Kamila je sportovně založená, v dětství hrála závodně tenis, lyžovala a běhala. Sport je aktivita, která specifikovala i její nemoc. V období mentální anorexie

cvičila x hodin denně, až do vyčerpání. V období mentální bulimie nesportovala vůbec. V současnosti je sport její zdravá strategie zvládnání stresových situací a záchvatů přejídání. Ve volných chvílích se věnuje literatuře a poezii, kterou sama vytváří, vypisování se z pocitů a úzkostí je pro ni největší terapii. Občas dokonce dochází na autorské čtení do různých Pražských kaváren.

Vztahy

Kamila je vztahově založená. Nikdy nestřídala partnery, je rodinným typem člověka. První vážnou známostí byl spolužák z gymnasia, který sám trpěl mentální anorexií. Ze začátku se mu snažila pomoci, ale nakonec to skončilo u vzájemného podporování se v hubnutí a v mentální anorexii. Byl to intenzivní vztah, hodně hádek, bojů ale také lásky. Vztah skončil ve chvíli, kdy odjel její partner na pobytovou léčbu na dětskou psychiatrii. Uvědomila si, že jí jen stahoval, a vše bylo založené jen na patologii. Moc dlouho sama nevydržela, a našla si po pár měsících další vážnou známost, která trvala asi tři roky. S dalším přítelem začala bydlet a plánovali si rodinu, nakonec to nevyšlo, začal pracovat v zahraničí a vztah na dálku nefungoval. Po pár měsících si našla posledního přítele, se kterým byla další 4 roky, ale nakonec to také nevyšlo.

V současnosti žije sama, randí, a říká že je spokojená. Po prvním partnerovi žádný jiný o problému s poruchou příjmu potravy nevěděl. I když s přítelem žila, dokázala vše utajit. Ve všech případech byla žena, která se přizpůsobovala vztahu a kdykoliv byla s přítelem, kamarádi šli stranou. Snažila se budovat rodinné prostředí, jak sama o sobě tvrdí, chovala se jako žena v domácnosti, byla na to zvyklá z domova.

Přátel měla kolem sebe dost, ale má problém se někomu otevírat, spoustu věcí si dusí v sobě. Myslí, si že to způsobila její matka, která v dětství důvěru narušila. O mentální bulimii nemluví skoro s nikým. Ví o tom, jen špetka přátel, kteří se jí snažili pomoci.

Psychické problémy

Kamila byla od dětství úzkostnějším dítětem, ale hrozně samostatná. V období 13. let se sebepoškozovala na zápěstí, aby se zbavila určitého nátlaku, nikdo to nikdy nezjistil. Poruchou příjmu potravy začala trpět v 16. letech, v prvním ročníku gymnázia. V té době chodila se spolužákem, který bojoval s mentální anorexií, snažila se mu pomoci, dávala pozor, aby něco snědl. Nedokáže vysvětlit, jak se tak stalo, ale poté se karty obrátily, začala hubnout s ním. Stmelovalo je to, byla najednou ráda, že zhubla a mentální anorexie byla na světě. Doma si všimli, že nejí, výrazně cvičí, tak jí vzali k lékaři, kde jí byla diagnostikována mentální anorexie. Začala pravidelně docházet ambulantně na psychiatrii, k psychologovi a brát medikaci. Mezitím jejího přítele hospitalizovali, a ona si začala nemoc

připouštět. Cítila, že je něco špatně. Ze začátku se léčit nechtěla. Asi v 18. letech, po maturitě se přestala léčit, dostala se na normální váhu a měla pocit, že už léčbu nepotřebuje. Držela se rok, po maturitě se odstěhovala do Jižních Čech na první vysokou školu, ale na koleji se začala přejídat a zvracet. Spadla do mentální bulimie.

Najednou si připadala jako v pasti závislosti, nedokázala se nepřejídat a kvůli mentální bulimii nebyla schopná ani studovat, nedokázala vydržet ve škole, pořád měla nutkání se přejídat. Už jí na ničem jiném nezáleželo. Připadala si jak závislá. To byl popud k tomu, aby opět vyhledala odbornou pomoc a šla se léčit s poruchou příjmu potravy. Nechala školy a nastoupila do stacionáře pro léčbu poruch příjmu potravy. Stacionář nezafungoval a bojovala s bulimií dál. Ve 20. letech se přihlásila ke studiu adiktologie, táhl jí k tomu její úzký vztah k závislosti na jídle. Mezitím pravidelně docházela ambulantně k odborníkům a brala medikaci. Začala na sobě hodně pracovat, i když se občas přejídala, tak jí přesun do Prahy a celkový nový život pomáhal. Studium jí dovádělo k pochopení sama sebe, dokázala být na sebe pyšná. Našla si nové přátele a koníčky, začala chodit do společnosti a nemoc se začala zlepšovat.

V současnosti se občas stane, že nějaký záchvat přejídání přijde, ale snaží se na to povznést a učí se různým strategiím zvládnání. Našla se v práci, ale i z důvodu její pracovní pozice na sobě pracuje, stále bere léky a dochází k psychologovi. Připadá si už stabilnější a zralá na započítí psychoterapeutického výcviku, který bere jako jednu z dalších možností, jak na sobě zapracovat a vyřešit si určité problémy.

Když by porovnávala pocity během fází nemoci, tak anorexie byl zážitek moci, dobrého pocitu sama ze sebe, něco zvládne, najednou si více rozuměla s okolím a přítelem, byla pořádná, cílevědomá. Ale v době bulimie neměla vůli vůbec k ničemu, sama sebe nenáviděla, najednou nebyla schopná studovat a plnit si své povinnosti, přejídala se i v bývalé práci, a celkově se zanedbávala. Připadala si jak závislá na návykových látkách. Ale zase si díky bulimii začala více užívat života, více „pařit“, více si užívat pozornosti mužů a sexu, být spontánní a společenější. Teď o sobě tvrdí, že se nachází na cestě vyléčení a začíná se mít ráda.

Zkušenosti s návykovými látkami

Kamila poprvé zkusila návykovou látku ve 13. letech. Zkoušela kouřit, ale nechutnalo jí to. Drogy nikdy nezkoušela. Akorát v době bulimie občas užila THC, po záchvatu přejídání a zvracení, aby usnula a zaspala výčitky. Tento proces sebemedikace občas volí i v současnosti, z tohoto důvodu byl pro lepší orientaci a zjištění rizikivosti užívání THC, vyplněn screeningový dotazník DAST. Získala 3 body, nachází se tedy ve stádiu střední úrovně problémů s drogami.

Větší problémy jí způsobuje užívání alkoholu. V době mentální anorexie vůbec

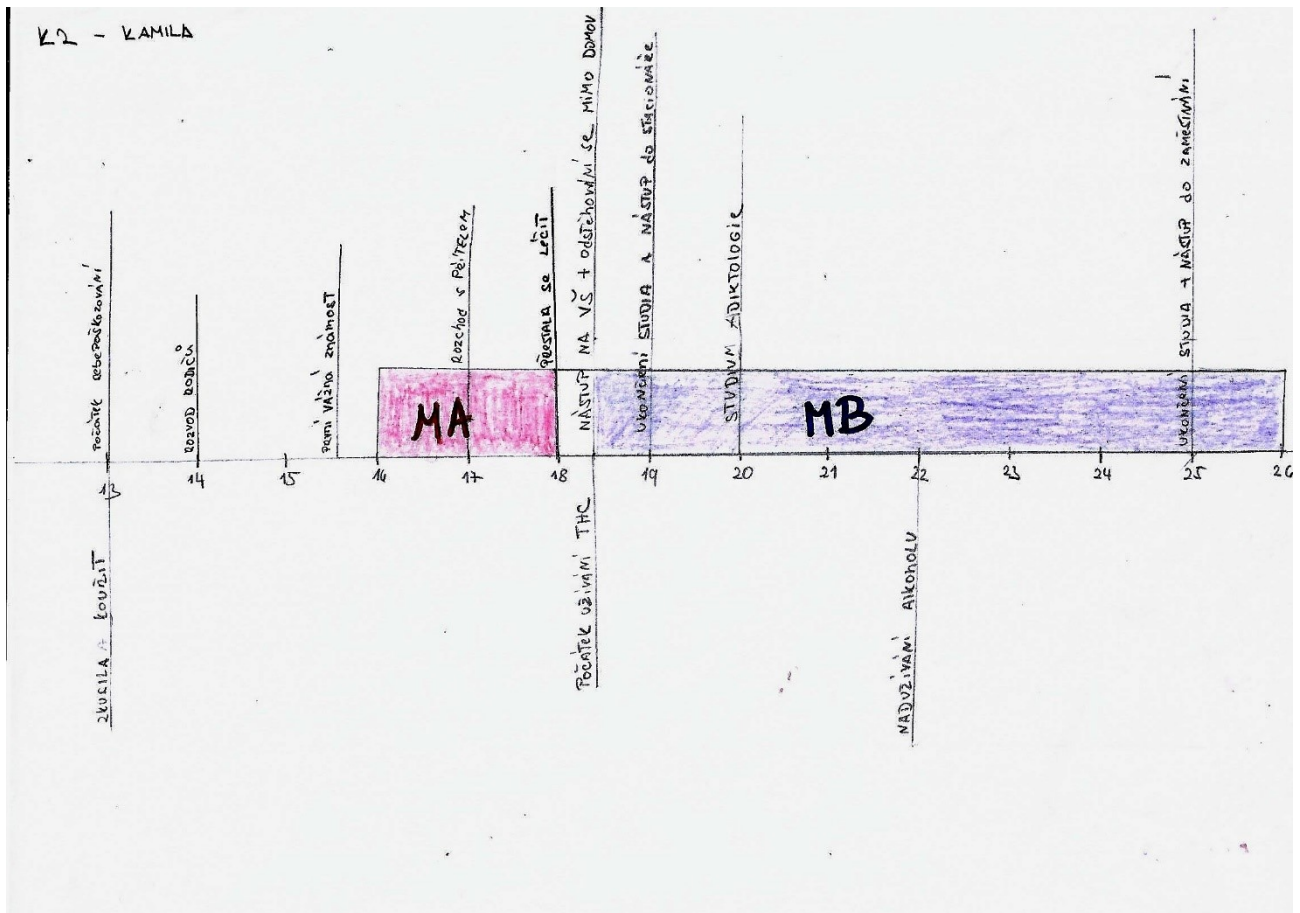
nepila, ale když přešla do bulimie, začala pít více, hlavně o samotě. Pila několikrát týdně, brala to jako únik od depresivních myšlenek, díky tomu se tolik nepřejídala, raději si dala pár skleniček vína. Když měla největší nutkání, šla s kamarády do hospody. Problém s alkoholem nastal ve 22. letech, snažila se bulimie zbavit, tento aspekt, ale vedl ke zvýšení frekvence pití. Aby zabránila záchvatu, šla do hospody, když se vrátila, šla rovnou spát, opilost jí zabránila v záchvatu přejídání. Když nikam nešla a přejedla se, dala si po bulimickém záchvatu sama láhev vína, aby se zbavila výčitek. Do toho občas užila THC a šla spát. Vždy si říkala, že od zítra bude dobře. Ale druhý den to začalo znovu. V té nejhorší fázi pila skoro každý den. Psala si o tom i deníček, kde popisovala svoje pocity během záchvatů.

Při zhodnocování minulých situací uznává, že díky pití se rapidně snížila frekvence bulimických záchvatů. Tyto aspekty řešila na terapii a snažila se nacházet různé strategie, a ve chvíli, kdy se začala zlepšovat bulimie, přestávala i tolik pít. Tento aspekt zjistila až zpětně, alkohol se nesnažila omezit, ale už neměla potřebu. Pila hlavně víno a občas slivovici. V současnosti pije jen v rámci společenských příležitostí. I přes tento aspekt v dotazníku AUDIT na zjišťování problémů s alkoholem získala 12 bodů, což svědčí o stále vyšším riziku vzniku možné komorbidity závislosti na alkoholu a poruchy příjmu potravy.

Terénní poznámky

Kamila velmi stála o účast ve výzkumném šetření. Naše schůzka se uskutečnila prakticky ze dne na den. Na místo setkání přišla o půl hodiny dříve a ještě než jsme se posadily, začala mi vyprávět o jejím životě. Během rozhovoru byla otevřená, neměla problém odpovědět na jakoukoliv osobní otázku. Zajímalo jí, zda-li mám také zkušenost s poruchou příjmu potravy. Vyprávěla i přes náročné téma rozhovoru, jak je na tom skvěle, kde všude se angažuje v boji proti poruše příjmu potravy a jak je ráda, že si nemocí prošla. Po rozhovoru stála o další společnou schůzku a možnost si opět popovídat.

Časová osa



(Obrázek č. 2 – časová osa)

K3: Eva, 27 let

Diagnóza

Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)
Panická porucha (F41.0)

Sociodemografické údaje

Eva pochází z Okresního města ze Severu Čech, ale nyní žije v Praze. Vystudovala psychologii, a ještě donedávna působila v jedné psychologické ambulanci. V současnosti je na nemocenské a má podanou žádost o invalidní důchod z důvodu chronické poruchy příjmu potravy.

Rodinné prostředí

Eva je z úplné rodiny, je nejmladší ze tří sester, dělí je desetiletý věkový rozdíl. Rodiče jsou starší, a Evu rozmazlovali, byla benjamínek rodiny, proto si často pokládali otázku, proč zrovna ona je ta problémová a její sestry jsou „normální“. Rodina trávila dost času společně, neměli moc peněz, na dovolenou jezdili pod stan a za turistikou. Eva na dětství vzpomíná hrozně ráda. Scházeli se pravidelně i s širším rodinným okruhem. Eva byla všude nejmladší, věkově nejbližší měla k o šest let starší sestřenici, která ale v sedmnácti náhle tragicky zemřela. Tím, jak celá rodina držela pospolu, společně prožívali problematické události. Například bratr otce Evy byl alkoholik, který se odmítal léčit, a vybavuje si, že v jejím dětství u nich strýc nějaký čas pobýval a otec ho hlídal, aby nepil. Pak v jejích 16. letech strýc zemřel v důsledku užívání alkoholu. Tragické události rodinu stmelovali, a scházejí se pravidelně doposud, až na Evu, která se rodině vyhýbá a sama neví proč. Rodiče bydlí v domě společně s jejími sestrami a jejich rodinami.

V době mentální anorexie s rodiči manipulovala prostřednictvím nemoci, hrála na city a díky tomu měla volnější režim oproti sestrám v jejím věku. Eva mohla vše, jen aby jí bylo dobře. I přes to, se rozhodla na pár měsíců v 17 letech odstěhovat k bratranci, protože neustále dávala rodině najevo, že do ní nepatří a vyčítala jim své utrpení s poruchou příjmu potravy a svou nechuť žít. Nesmířila se, že jí rodina posílá na různé léčby a dost to dávala matce najevo, byla slovně agresivní a schválně jí psychicky ubližovala. Postupem let se za to začala stydět, ale ví, že už to nejde vrátit. Na vysokou školu odešla do Prahy, po studiích už se domů nevrátila, rodiče jezdí navštěvovat tak jednou za měsíc. Říká, že si to nedokáže pojmenovat, ale od doby, co se odstěhovala z rodného města, tak se její stav zlepšil. Dost mluvila o tom, že nerozumí, jak tak fajn rodina jako jejich může mít patologickou dceru jako je ona.

Zájmová činnosti

Eva pochází ze sportovní rodiny, otec byl předseda lyžařského oddílu, a všichni jsou milovníci lyžování. Kromě různých druhů sportu se Eva aktivně věnuje hudbě, hře na hudební nástroje a zpěvu. Skládá si písničky a občas vystupuje po hospodách. Její největší zálibou je pes, kterého si pořídila hned, jak odešla od rodiny. Jezdí s ním na výlety a dává mu někdy přednost před lidmi. Intenzivně vyhledává adrenalinové sporty jako paragliding, horolezectví, ferraty apod. Říká, že se potřebuje cítit někde na hranici nebezpečí, pomáhá jí to v uvědomění si hodnoty života.

Vztahy

Tato oblast dělala Evě velké problémy. Už jako malá holka mezi děti moc nezapadala, byla hodně svá. Moc kamarádů neměla, na základní škole zažila šikanu a nikdo se tam s ní nebavil. Když si našla kamarádku, tak se na ní hodně upínala. Připadala si hrozně sama, a ve chvíli, kdy začala trpět mentální anorexií, kamarádi si jí začali všimnout, jejich lítost a obavy jí uspokojovaly. Kluci o ni moc zájem nejevili a ona jim neuměla dát najevo žádné city.

Vše se změnilo na střední škole, najednou měla partu kamarádů, se kterými se baví dodnes. Jezdili za ní i do nemocnic a všichni ví o jejím problému s poruchou příjmu potravy. Od té doby se na přátele upíná, a dává jim přednost i před partnery.

První známost si našla ve 20 letech, žila s ním pár let, ale psychicky jí týral. V jednu chvíli dala všemu přednost před ním, a nakonec od něho odešla. Nechce se vztahu více bavit, je to její třináctá komnata, ze které se stále nedostala. Byl to člověk, se kterým na sobě byli závislí, stahovali se vzájemně, oba měli psychické problémy, ale nikdy nikoho jiného nebyla schopná milovat. Kdykoliv od něho odešla, střídala sexuální partnery. Neumí být ve vztahu, neumí si ani představit s někým žít a mít děti. Je smířená, že bude do konce života sama se psem. Hodně flirtuje a muži o ní jeví zájem, užívá si pozornosti, kterou v dospívání neměla.

Sama o sobě tvrdí, že si tím kompenzuje minulost, ale z druhé strany se bojí, že kdyby přibrala, že se už nikomu líbit nebude. Neumí být sama, proto většinu času tráví s přáteli. Hodně jí v tomto ohledu změnila Praha, ve které najednou začala být společenská, nikdy nechodila tak často na různé společenské akce jako v současnosti, nevydrží doma skoro ani jeden večer. Ale říká, že od té doby je jí psychicky lépe. Má několik různých skupinek přátel, mezi kterými „lítá“ a neví s kým dřív někam zajít. Z druhé strany se cítí hrozně sama a nedokáže si to vysvětlit. Stále si připadá, že nikam nepatří, vyhýbá se své rodině, má spoustu přátel, ale nikdo z nich neví o bulimii, všichni jí mají jen za anorektičku, s čím se netají, neví, jestli chce nebo nechce mít přítele. Vztahy jsou pro ni důležitým aspektem, ale jen povrchově, do hloubky duše si nikoho nepustí.

Psychické problémy

Eva je labilnější už od dětství, pamatuje si situace, kdy jako dítě chtěla být nemocná nebo mít nějaký handicap. Už v 11 letech brala rodičům kinedril nebo neurol aby mohla spát. Ve 12 letech se začala řezat a sebepoškozovat, od té doby také udává neustále myšlenky na sebevraždu. Cítí se vnitřně hrozně prázdná, nikam nepatří, i když má kolem sebe spoustu skvělých lidí. Trpí dyslexií a dysgrafií, měla vždy pocit, že je hrozně hloupá, na prvním stupni se s maminkou hodně učila, ale nikdy jí nešla čeština, tak se kvůli tomu trápila, ale pak se ukázalo, že to bylo z důvodu poruchy učení. I když později začala mít samé jedničky, ten pocit v ní zůstal, nikdy se už necítila dobrá v ničem. Ať podávala sebelepší výsledky.

Ve 13. letech začala mít problémy s jídlem. Vše začalo, když její maminka měla žaludeční vředy a držela zdravotní dietu. Eva jí v tom nechtěla nechat samotnou a začala jíst stejné věci jako ona. Líbilo se jí, že hubne, i když byla přirozeně štíhlá. Do toho hodně cvičila, několik hodin denně a váha rapidně klesala. Doma si toho ze začátku nikdo nevšímal, brali to jako zdravý životní styl, ale Eva postupně přestávala jíst. Třídní učitelka na základní škole vyzorovala, že se s ní něco děje a upozornila rodiče. Ty jí vzali k lékaři, kde jí byla ve 14 letech diagnostikovaná mentální anorexie.

První léčbou prošla v 15 letech na dětském oddělení v nemocnici. Ale když se vrátila domů, vše začalo znovu. V 16 letech, v prvním ročníku na gymnáziu jí rodiče proti její vůli poslali léčit se na dětskou psychiatrii do Motola, kde ležela 5 měsíců, protože se jí nedařilo přibrat. Moc se jí tam líbilo, nechtěla se vracet zpět. Po návratu domů, začala hubnout.

Po léčbě docházela pravidelně na psychiatrii a k psychologovi. Léčba byla doplněna o rodinnou terapii s matkou, ale nedařilo se jí, hubla a podváděla při vážení. Vždy přesvědčila matku, aby se nemusela léčit. Do toho začaly těžké psychické stavy spojené s pokusy o sebevraždu a depresí. Tím, že byla Eva už plnoletá, tak jí rodiče nemohli nechat hospitalizovat proti její vůli. Během toho studovala gymnázium, ve kterém měla celé 4 roky individuální plán z důvodu špatného psychického stavu. V 18. letech se začala záchvatovitě přejídat a uzavírat doma. Poprvé se přejedla pod vlivem alkoholu. Tato fáze trvala asi půl roku a Eva hodně přibrala. Nedokázala si zvyknout na svou postavu, neschopná se ovládat a upadala do depresí. Týden po maturitě se opět pokusila o sebevraždu, už nedokázala fungovat, strašně se nenáviděla. Sestra jí našla doma předávkovanou a zavolala sanitku. Na psychiatrii ležela asi měsíc. Chvilku byla stabilizovaná, ale po půl roce se opět přejedla a poprvé došlo i ke zvracení. To bylo období, kdy začala studovat vysokou školu a bydlet na koleji. V 19. letech úpadek do mentální bulimie, podle ní začátek pekla, ze kterého se doposud nedostala. Veškerý čas byl naplněn jen záchvaty přejídání, zvracením, lhaním,

večírky, sexem a depresemi. Během této doby vystudovala psychologii, protože si myslela, že jí to pomůže pochopit samu sebe, a také zkušenostmi pomáhat ostatním. Ale čas studia popisuje jako vnitřní peklo. Stále obsedantní myšlenky na jídlo, útky ze školy kvůli bulimickým záchvatům, do toho měla patologický vztah, přítel, který jí podporoval v bulimii a zažívala s ním domácí násilí.

Všechny ty poslední roky byly jako jeden, vše se stále opakovalo. Ale nebyla schopná se začít léčit a znovu někam docházet. Byla znechucená dospíváním, které celé strávila po různých léčbách, měla „milion“ psychologů a jiných odborníků, úplně rezignovala. Přestala brát léky a rozhodla se, že si pomůže sama. Zvládne to i tak. Celé roky se chtěla stát opět tou spořádanou anorektičkou, která cvičí, je pořádná, záleží jí na škole a má silnou vůli. Místo toho byla totálně na dně v bulimickém kabátě. Přestala úplně cvičit, začala být promiskuitní, podváděla přítele, chodila do hospod, experimentovala s drogami, byla nezodpovědná, přestalo jí záležet na úklidu a nějakém řádu. Cítila se hrozně. Jako anorektička na sebe byla pyšná, ale jako bulimička chtěla jen zemřít. Tím, že je přirozeně štíhlá, o bulimii nikdo, kromě rodiny nevěděl, všichni jí mají jen za anorektičku, přitom už 8 let bojuje s bulimií. Bulimické záchvaty ztratili za poslední tři roky na intenzitě, ale stále to nedokáže zvládat sama. Už jí to nebaví a chtěla by začít žít. Proto se rozhodla konečně vyléčit, začala docházet na psychiatrii, a má podanou žádost o hospitalizaci a o invalidní důchod.

Mimo poruchu příjmu potravy a depresí se v jejích 22 letech projevila panická porucha. Dostávala panické ataky a častokrát jí kvůli tomu odvezli do nemocnice. Z tohoto důvodu se jednou léčila v psychiatrické léčebně. V tomto období vylezlo na povrch, že byla v dětství zneužívána. Vůbec si na to nepamatovala, vytěsnila to. Od té doby si tím určité projevy chování vysvětluje a snaží se s tak traumatickou událostí vyrovnat. Často se stávalo, že byla hledaná policií, protože její pokusy o sebevraždu byly v době mentální bulimie celkem časté. V současnosti se její stavy ustálily, už se nesebepoškozuje, nepokouší se o suicidium, ale přiznává, že to pořád v hlavě má. Proto ví, že se musí léčit a pokládá si otázku zda-li je porucha příjmu potravy primární nebo sekundární projev vnitřní patologie. Dále se také vyrovnává se zjištěním, že nebude moci dělat zaměstnání psychologa, které jí během těch let drželo nad vodou, protože školu milovala a hrozně jí bavila.

Zkušenosti s návykovými látkami

Eva je z rodiny, kde se dost pije. Od malička s rodiči jezdila na hory, kde bylo standartní jít večer do hospody. Pila už asi od 13 let, v této době měla otravu alkoholem, jednou to na horách přehnal a odvezli ji do nemocnice. Poté nějakou dobu vůbec nepila. V období mentální anorexie jezdila s přáteli na hory, kde se hodně pilo, alkoholu se kvůli množství kalorií bála, tak nejedla vůbec a pila jen

čistou vodku, dokázala v ní přepít i kluky.

Na takových akcích se odstartovala její fáze záchvatového přejídání. Tam se poprvé přejedla, a začal určitý rituál, vždy když se opila, přejedla se. Přátelé jí ale upozorňovali, že není možné, kolik toho sní, ale zase z druhé strany jí v tom podporovali z důvodu extrémní hubenosti. Alkohol dopomohl k přechodu z anorexie do bulimie. Ve fázi bulimie hraje alkohol velmi podstatnou roli. Sama tvrdí, že je to sebededikace i nyní. Aby se vyhnula bulimickému záchvatu, nemůže zůstat doma, proto chodí skoro každý den s přáteli do hospody, nebo si někoho pozve domů na víno. Nikdy nepije sama, ale zařizuje si to tak, aby to bylo ve společenském kontextu. Alkohol jí pomáhá při myšlenkách na jídlo, je to menší zlo než bulimie „*v opilosti jsem konečně relativně šťastná a připadám si jako normální člověk*“ Občas se stává, že se vrátí opilá domů a přejí se, ale snaží se opít tak aby, šla rovnou spát. V dotazníku AUDIT získala 17 bodů, což znamená velmi vysokou rizikovost vzniku závislosti na alkoholu a možnou komorbidní poruchu.

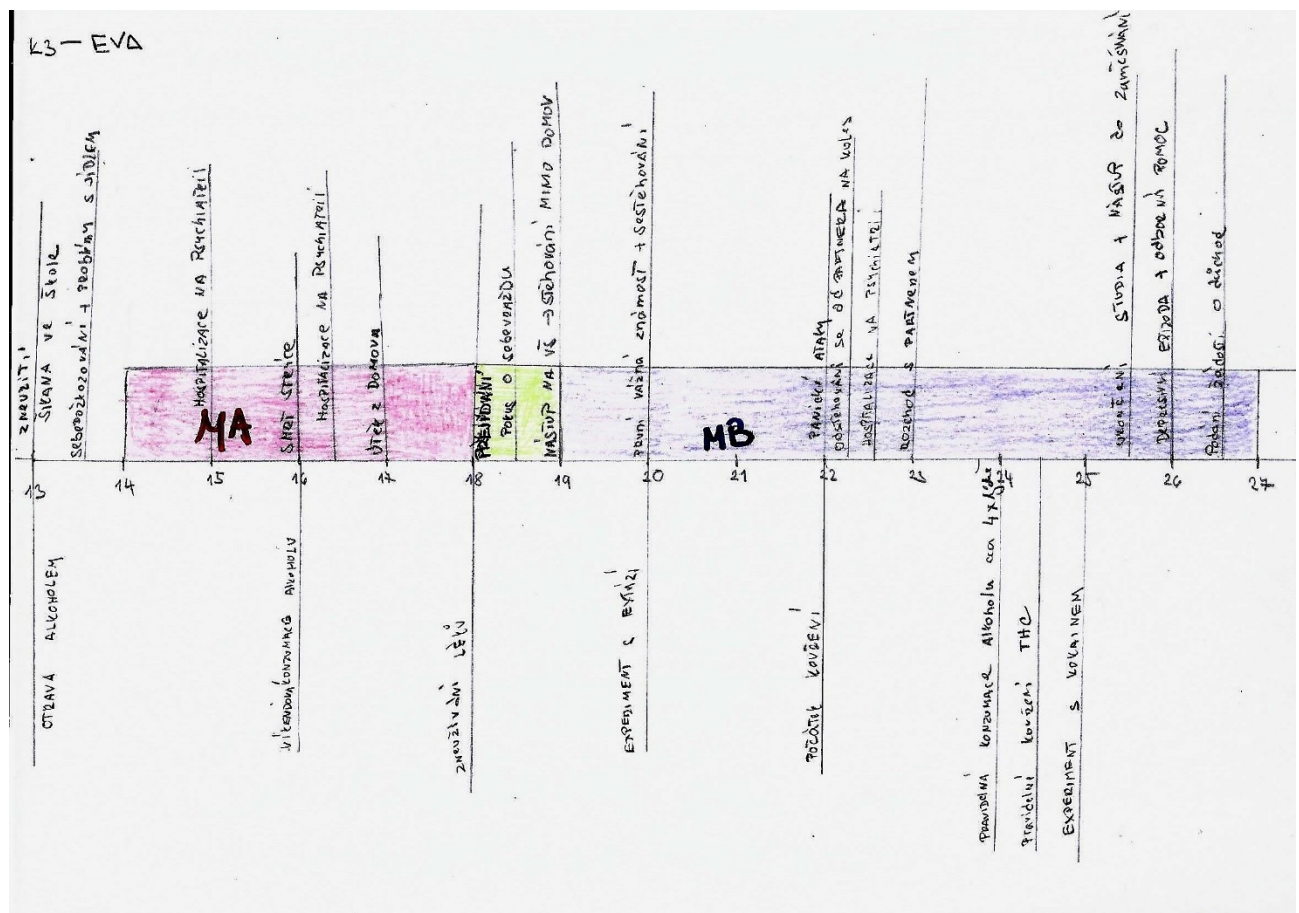
Eva kouří pravidelně od 22 let, zajímavé je že dřív to odsuzovala. Začala kouřit na vysoké škole vlivem stresu „*kouření mě v určitou dobu zachránilo, pomáhalo mi jak na panické ataky, tak i na bulimické záchvaty. Byla a je to jedna z mála věcí, která ve mně dokáže utlumit vnitřní teze*“ Frekvence přejídání se trochu zmenšili, ale vybuodovala si závislost na kouření. Vykouří tak 8 cigaret denně, a většinou kouří po zvracení. Líbí se jí, že díky tomu pozná prázdný žaludek. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 4 body, což značí zatím nízkou úroveň závislosti na nikotinu.

V době anorexie Eva jen pila, ale v období bulimie začala celkově experimentovat. Ve 20. letech zkoušela extázi, bylo jí skvěle, ale už to vyzkoušet nechce. THC začala kouřit asi ve 24. letech, kdy jí to pomáhalo usnout a uklidnit se po záchvatu, kouří opravdu jen ve výjimečných situacích, kdy je jí opravdu psychicky zle. Ve 25. letech zkoušela kokain, ale moc jí to nenadchlo. Nejvíc holduje legálním návykovým látkám, z klasických drog má strach. Jako dítě experimentovala s léky, už asi ve 12 letech kradla rodičům neuroleptika a kinedril, protože věděla, že po nich půjde spát a nebude jí smutno. Dost brala léky i v období záchvatového přejídání ještě před zvracením. Hrozně si vyčítala, že se nedokáže ovládat, aby se uklidnila, vzala si dost léků, aby prospala dny „*Bylo pro mě lepší se nepřejídat a vše zaspat*“ Rodina před ní doma musela léky schovávat, v té době skoro celé víkendy prospala. Experimentování s léky skončilo, když propukla mentální bulimie a nedokáže si vysvětlit proč. Ve screeningovém dotazníku DAST získala 2 body, nachází se tedy ve stádiu nízké úrovně problémů s drogami.

Terénní poznámky

Eva byla velmi ochotná k rozhovoru, který probíhal u ní doma. Zapovídaly jsme se na tři hodiny. Její otevřenost v ohledu na její sexuální zneužití byla překvapivá. Nebála se mi sdělit vůbec žádné informace a také se zajímala, jestli mám sama zkušenost s poruchou příjmu potravy. Hodně jí zajímal můj názor na možnost pobírat invalidní důchod na poruchu příjmu potravy. V současnosti si o něj zažádala, ale přijde jí to ponižující. Zajímavým poznatkem je, že se hodně zajímala o můj pohled na dané onemocnění. Dalším zajímavým fenoménem byla její dobrá nálada, stále se usmívala, i když mluvila o znásilnění. Během rozhovoru přiznala, že v současnosti nemoc vůbec nezvládá. Sice se hrozně těšila, až se sejdeme, ale celý den předtím se přejídala a zvracela, a také mi přiznala, že během rozhovoru jí dost vyvstávala myšlenky na bulimický záchvat. V průběhu rozhovoru také komentovala mou hubenost a vzhled. Chtěla návod, jak to dělám, že jsem hubená.

Časová osa



(Obrázek č. 3 – časová osa)

K4: Lenka, 25 let

Diagnóza

Mentální anorexie – purgativní typ (F50.0)

Sociodemografické údaje

Lenka pochází z Krajského města, ale v současnosti žije v Praze, kde studuje poslední ročník medicíny. Do Prahy šla z důvodu studia na vysoké škole. Domů jezdí tak cca 3x ročně, podívat se za prarodiči, o návratu zpět neuvažuje. Po absolvování medicíny se chce specializovat na dětskou psychiatrii. Už 3 roky působí v dětské psychiatrické ambulanci jako stážistka.

Rodinné prostředí

Lenka pochází z movité rodiny, kde ji finančně nikdy nic nechybělo, mohla studovat v zahraničí, jezdit na různé stáže a pořídít si, co potřebovala. Z druhé strany se cítila dosti osaměla, nemá sourozence a rodiče byli často zaneprázdněni. Rodiče jsou vědci, kteří cestují po světě, proto nebyli často doma. Lenka zůstávala sama doma, a oni přijeli jen občas. Z tohoto důvodu s nimi nemá moc silný vztah, většinu času trávila s babičkou, za kterou občas jezdí. O rodině moc nemluví, rodiče jsou spolu v manželství spoustu let, ale po dětech netoužili, oddali se své práci. Lenka si myslí, že se o ni nikdy nezajímali. Když onemocněla mentální anorexií, byli v zahraničí. Když se dostala do nemocnice, byli za ni jen jednou. V současnosti je vidí max. jednou do roka „*jsou to hrozně inteligentní lidi, kteří ale nemají žádnou emoční inteligenci*“

Zájmová činnost

Lenka je hudebně nadaná, většinu dosavadního života se věnovala hře na housle, jezdila na mezinárodní soutěže po světě, ale z důvodu studia medicíny nemá čas se tomu věnovat. Moc koníčků nemá vzhledem k náročnosti studia, které je její zálibou. Naplno se oddala „*svému poslání*“ se věnovat dětem, které si prošly zneužíváním a dalšími problémy. Veškerý volný čas tráví v psychiatrické ambulanci a pomáhá jedné dětské psychiatričce, kterou poznala díky účasti na táboře, kde byla vedoucím. Dále se věnuje zdravému životnímu stylu a józe, stala se z ní veganka a píše blog.

Vztahy

Lenka nikdy neměla žádnou extra vážnou známost. Má problém se sexuální stránkou a intimitou, hlavně po znásilnění. Říká, že není schopná vztahy tvořit a že je vlastně ani nechce, chce se naplno věnovat práci. Většinu dosavadního

života trávila sama, má dvě kamarádky, na které se může spolehnout, jinak lidi nepotřebuje. Je uzavřený introvertní typ. Občas vyrazila se spolužáky z vysoké školy na nějakou chatu, kde experimentovali s drogami, jinak tráví volný čas jen učením a prací, mezi vrstevníky nechodí.

Psychické problémy

Lenka je uzavřený člověk, který neumí moc projevovat emoce, většinu věcí potlačuje. Při vzpomínce na dětství a dospívání si nepamatuje, že by plakala. I přes to má problém s přijetím sebe sama a vlastním sebevědomím. Připadá si, že jí nikdo nemůže mít rád. První větší psychické problémy datuje do období, kdy začala mít problém s purgativní anorexií. Vše začalo v jejích 13. letech dietami a sebepoškozováním. Ve 14. letech se k půstu přidalo i zvracení. Nikdy tomu ale nepředcházelo záchvatovité přejídání. Nejedla skoro nic, hodně cvičila – klasické rysy mentální anorexie, které splňují přesná kritéria onemocnění viz. teoretická část. Její počínající poruchy příjmu potravy si nikdo nevšiml. Většinu života trávila sama v izolaci nebo na studiích. Nejhorší to bylo v jejích 18. letech, kdy vážila pouze 34 kilo, v tu chvíli byla zrovna na hudební stáži ve Francii, kde neměla přátele, a věnovala se pouze škole, hře na housle a sportu. Ani s rodiči nebyla v kontaktu. Když se vrátila zpět, začala si přivydělávat hlídáním dětí. Dostala se do jedné rodiny, kde ji znásilnil otec od dětí. Dokonce jí i fyzicky napadl, musela být odvezena do nemocnice a vše se řešilo s policií. Tam si všimli, že má obrovskou podváhu a odmítá jíst. Kvůli podezření na anorexii byla chvíli i na psychiatrii, ale tím, že jí bylo 18, tak podepsala reverz. Tato traumatická událost jí natolik poznamenala, že se v 19 letech pokusila o sebevraždu, skončila z důvodu předávkování se léky na psychiatrii. Tam za ní přijeli jednou rodiče. Po návratu domů se začala zajímat o zneužívané děti. Díky tomu se dostala do kontaktu s jednou psychiatrickou, která jí dovedla k tomu, aby se léčila s mentální anorexií. Během let se její porucha příjmu potravy zlepšovala, ale nikdy se z toho pořádně nedostala. Stále občas zvrací, a hlídá si váhu. Ale udržuje se v kompenzovaném stavu. Důvod proč se snaží, je že chce vystudovat medicínu a ví, že když nebude jíst, nebude schopna úspěšně ukončit studium. Při debatě nad suicidem udává, že jeví známky tendencí i teď. Tyto obsedantní myšlenky tlumí pomocí sebepoškozování, kterého se doposud nezbavila. V průběhu onemocnění poruchou příjmu potravy se stávalo, že čím více jedla, tím více se řezala. Je to způsob, jak tlumit vnitřní tlak, i když si uvědomuje, že je to špatně.

Zkušenosti s návykovými látkami

Lenka se během dosavadních let nebála experimentovat s návykovými látkami. Od 18 let zneužívala anorektika a diuretika, nedokázala bez nich fungovat, ale v současnosti už je nepotřebuje. Brala je každý den, kupovala na černém trhu.

Dodávaly ji pocit klidu a potřebnou energii. Od 22 let kouří občas marihuanu, často jí kouřila právě po zvracení, nebo když více jedla, aby na to nemusela myslet. Ve stejném věku zkoušela také extázi, hrozně o tom básní, najednou jí bylo skvěle, ale už to poté raději nezkusila, protože se bála, že by to mohlo sklouznout k něčemu horšímu. Ve screeningový dotazník DAST získala 3 body, nachází se tedy ve stádiu střední úrovně problémů s drogami. Tento aspekt může být rizikový při vzniku komorbidity závislosti na návykových látkách a poruchy příjmu potravy.

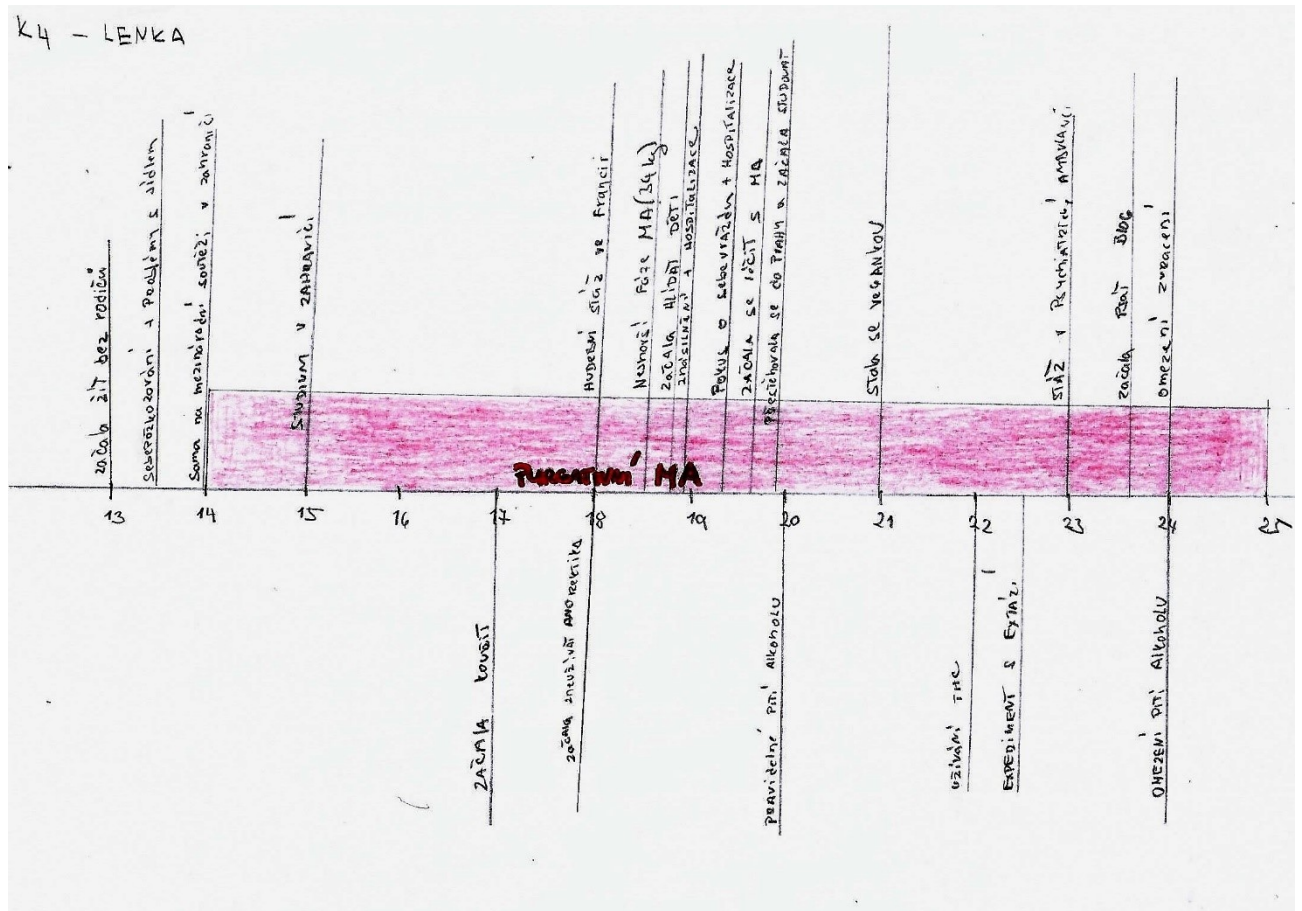
Od 17 let kouří cigarety a v době hladovění a nízké váhy se její frekvence kouření zdvojnásobila. Čím více jedla, méně kouřila. S ohledem na zvracení, vždy kouřila po zvracení. V současnosti kouří nepravidelně. Přibližně udává tak 5 cigaret denně. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 2 body, což značí nízkou úroveň závislosti na nikotinu.

Ve 20 letech začala více pít alkohol, pila skoro každý den, jen výjimečně ne a většinou o samotě. Dávala si pravidelně 2-3 skleničky vína na úkor jídla. Byla potom spokojenější, věděla, že do sebe dostává alespoň nějaké kalorie. Nepřipadala si tak ztracená a díky tomu pak ani nezvracela a nebála se ráno najíst. Alkohol už v současnosti omezila, hlavně kvůli studiu. Skleničku si dá jen výjimečně. V dotazníku Audit získala 6 bodů, což znamená nízkou úroveň možných problémů s alkoholem.

Terénní poznámky

S Lenkou byla skvělá komunikace, rozhovor proběhl prakticky z hodiny na hodinu, hned si udělala čas a pozvala mě k sobě domů. Ze začátku rozhovoru se styděla sdělit svůj příběh a určité informace nechtěla sdělovat prakticky vůbec, například hlubší informace o rodinném prostředí. Ale postupem času se mezi námi vybudovala důvěra a Lenka se začala otevírat, dost času jsme strávily nad průběhem sexuálního traumatu. Lenka je dost uvědomělá slečna a bylo vidět, že jí pomáhá, když o tom může mluvit. Rozhovor proběhl celkem rychle, ale důležité informace byly sděleny. Po ukončení rozhovoru mi Lenka dala na sebe ještě kontakt na sociální síť, kdybych potřebovala něco doplnit nebo kdyby si ona na něco ještě vzpomněla. Nějakou dobu po ukončení rozhovoru mi Lenka psala zprávy, ve kterých mi děkovala za rozhovor, donutilo ji to přemýšlet v pozitivním slova smyslu. Zdůrazňovala důležitost mé iniciativy v boji proti poruše příjmu potravy a celkově důležitost výzkumného šetření. Byla to pro mě jako výzkumníka velmi příjemná zpráva. Zajímavé je, že během rozhovoru byla dost chladná, ale později prostřednictvím zpráv velmi citově otevřená.

Časová osa



(Obrázek č. 4 – časová osa)

K5: Simona, 22 let

Diagnóza

Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)

Sociodemografické údaje

Simona je z Prahy, kde také v současnosti žije. Má středoškolské vzdělání. Studovala semestr na vysoké škole mimo hlavní město, ale po půl roce se vrátila zpět. Obor jí bavil, ale chtěla začít pracovat a žít sama. Pořídila si byt a dva psi. V současnosti pracuje v reklamní společnosti.

Rodinné prostředí

Simona pochází z úplně rodiny. Byla vymodlené dítě, a s rodiči mají skvělý vztah. Má 16. letou sestru, kterou rodiče v batolecím věku adoptovali, protože chtěli druhé dítě. Sestra už je od dětství problémová, dodělala jen základní školu, před rokem utekla z domu a začala brát pervitin. V současnosti se nachází v pobytové léčbě pro léčbu závislostí. Se sestrou se hádala a nikdy si k sobě nevytvořily cestu. S ohledem na problémové chování své sestry, Simona neřekla rodičům, čím si sama prochází, i když ví, že by tu byli pro ni. Neví o poruše příjmu potravy, ani o psychických problémech. Nechce jim přidělovat starosti, vidí, co vše musí dělat pro mladší sestru a snaží se jim být spíše oporou. Často je navštěvuje, ale snaží se dělat, že je vše v pořádku.

Během rozhovoru si uvědomuje, že se při komunikaci s rodiči snažila vyhýbat nepříjemným tématům, právě kvůli sestře, a to už od dětství. Nikdy nemluvila o svých traumatických událostech, šikaně, zneužití apod. Nechce, aby se to rodiče někdy dozvěděli. Simona s rodinou nebydlí, už od střední školy. Nejdříve odešla na kolej a poté do vlastního bytu. Chtěla žít sama a nepřidělovat další starosti. Přiznává, že možná nechtěla, aby ji hlídali kvůli jídlu.

Rodina vypadá na první pohled jako skvěle fungující, všichni se mají rády, ale z druhé strany se členové vnitřně neznají.

Zájmová činnost

Je od dětství vedená ke sportu, kterému se věnuje dodnes. Chodí každý den do posilovny a běhat. Je to pro ni způsob očisty, ale s ohledem na výše zmíněné onemocnění ví, že si v tom musí udržovat určité hranice. Další velkou zálibou jsou její dva psi, kterým věnuje a přizpůsobuje veškerý volný čas, adoptovala je přes jednu organizaci, které občas pomáhá s provozem a propagací. Je umělecky nadaná, skládá hudbu a texty, hraje na několik hudebních nástrojů, maluje a chtěla by začít tetovat. Kreativita a umění je pro ni důležitá strategie zvládnání

stresových událostí.

Vztahy

Simona je extrovertní typ člověk, který jednoduše navazuje povrchní vztahy s čistě sexuálního hlediska. V životě neměla vážnou známost, a říká, že to ani neumí. Neumí si představit s někým žít. Momentálně se schází s partnerem, který pracuje v zahraničí a vrací se do ČR tak maximálně 2x měsíčně, a to jí vyhovuje. Má kolem sebe asi 6 přátel, se kterými tráví volný čas, a jednoho nejlepšího kamaráda, který si první všiml, že se s Denisou něco děje. Volný čas tráví se svými psy, má dva, které adoptovala a říká, že oni jsou její život. Nechce mít děti a rodinný život si nějak neumí představit. Moc často o svých problémech nemluví. O poruše příjmu potravy ví jen její nejlepší kamarád, jedna kamarádka a teď já a odborníci.

Psychické problémy

Simona má záporný vztah ke svému tělu už od dětství. Problémy s jídlem začala mít ve 13 letech, v tomto období se také začala sebepoškozovat. Nenávist vůči vlastnímu tělu byla zintenzivněna po sexuálním zneužití rodinným přítelem, které předcházelo vzniku onemocnění. Nechtěla se mužům líbit, proto se úmyslně přejídala a přibírala. Kvůli tloušťce se jí ve škole posmívali a šikanovali. To vedlo k následnému přechodu do mentální bulimie, už nechtěla být „tlustá“. Kromě sebepoškozování se od 15 let se tetuje a má všude po těle různé piercingy (i na intimních místech). Po základní škole šla studovat střední školu mimo Prahu a žila na intru. Do toho stále trpěla mentální bulimií, ale nikdo si toho nevšiml. Na internátu byl problém s přejídáním a zvracením. Měnil se i její pohled na vlastní tělo a chtěla začít hubnout, tak přestala jíst. V 17 letech jí byla diagnostikována mentální anorexie. První, kdo si všiml, že se s Denisou něco děje, byl její nejlepší kamarád a na jeho popud začala pravidelně docházet ambulantně na psychiatrii a k psychologovi. Doporučení do pobytové léčby vždy odmítla a léčila se jen ambulantně. V současné době se nachází stále ve fázi mentální anorexie, ale už nedochází k žádnému odborníkovi. Hrozně málo jí, dokonce ani nechodí nakupovat. Musí si domu zavát návštěvy, aby se byla schopná najíst. O samotě nejí, ani doma nemá žádné jídlo.

Bulimie se už nikdy nevrátila a o odborné péči už neuvažuje. Když jsme se bavili o pocitech, které měla během fází poruch příjmu potravy, tak udává, že se mnohem hůře cítila, během fáze bulimie *"Neustále jsem si připadala nechutná a neschopná"*. Během fáze anorexie si připadala více sebevědomá, než ve fázi bulimie, dokáže něco, co ostatní ne. V postupný přechod z bulimie do anorexie jí pomohlo spoustu kávy a cigaret, a také strach, že přijde o zuby.

Nejintenzivnější je porucha příjmu potravy v současné době, kdy ztrácí smysl života, chce žít jen pro psy, o které by se neměl kdo postarat, a nechce přidělovat starost rodině. Bojuje se suicidalními myšlenkami, které má od té doby, co trpí výše zmiňovaným onemocněním, cítí, že nemoc jí ovládá. Onemocnění se snažila zvládat i pomocí sebepoškozování, často se řezala místo zvracení, tudíž se více řezala v období anorexie.

Zkušenosti s návykovými látkami

Simona začala kouřit v 17. letech, v době přechodu z bulimie do anorexie. Aby nejedla, dokázala vykouřit třeba i krabičku denně. To platí i dnes, čím méně jí, tím více kouří. Pomáhá jí to hubnout a cítit se lépe. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 6 bodů, což značí vysokou úroveň závislosti na nikotinu. Je hodně závislá na kávě, vypije i 10 hrnků denně. Alkohol pije 3-4 x do týdne. Přiznává si, že se chodí opíjet, aby chvilku nemyslela na to, jak vypadá, a co jí trápí. Sama pojmenovala, že je to její způsob úniku, sebededikace od poruchy příjmu potravy. Nikdy nepije o samotě, ale tahá kamarády do společnosti. Často se stává, že pod vlivem alkoholu začíná být promiskuitní. Užívá si pozornost mužů bez potřeby se citově angažovat. Ve screeningovém dotazníku AUDIT získala 15 bodů, což svědčí o velmi vysoké úrovni rizikovosti možných problémů s alkoholem.

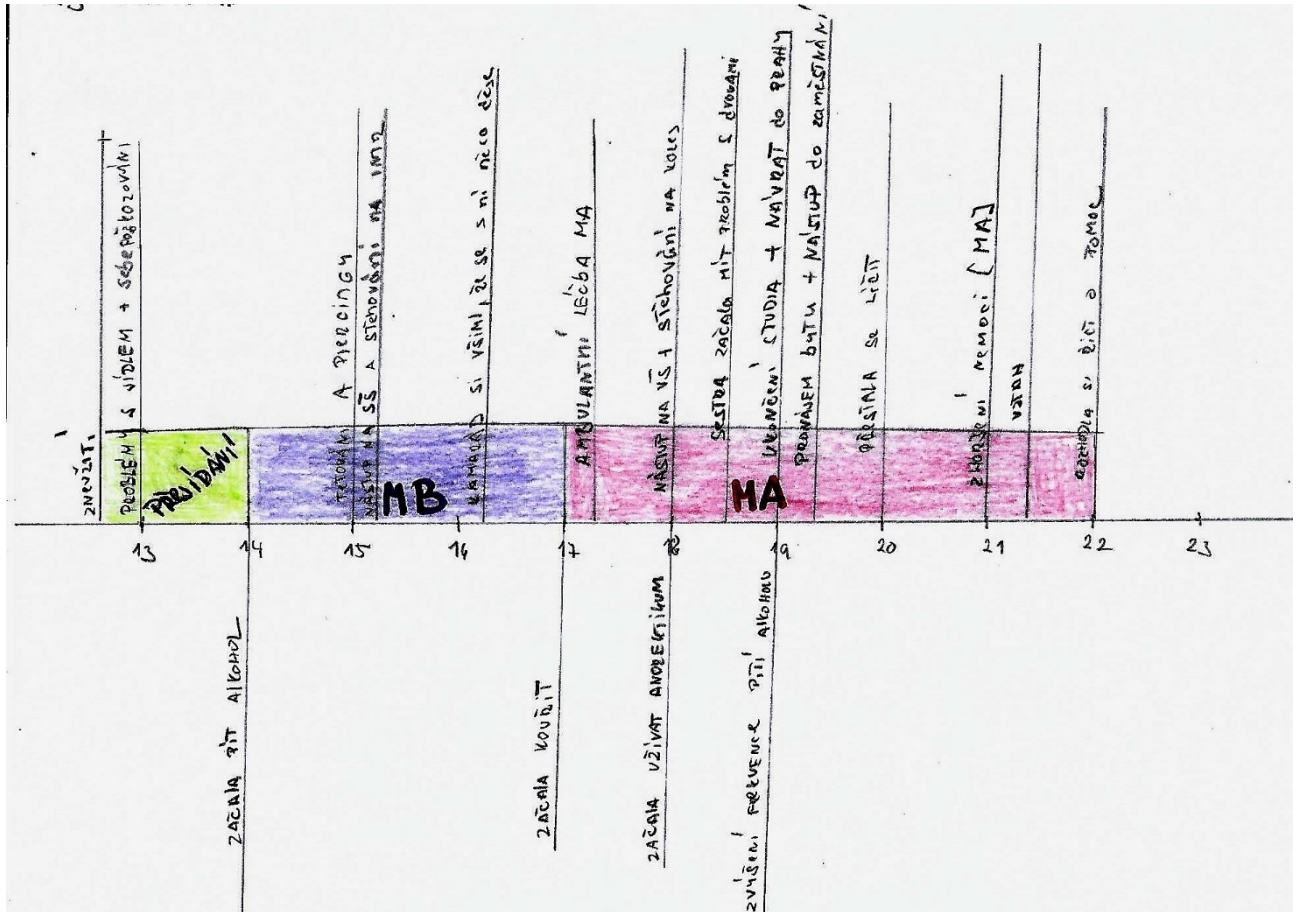
Největší problém má se stimulačním anorektikem, který si kupuje na černém trhu. Bere několik pilulek denně, má je neustále u sebe, dokonce i během rozhovoru byla pod jejich vlivem. Dává jí to energii. Bez nich není schopná fungovat, ani vstát z postele. Frekvence užívání se neustále zvyšuje. Začala je brát asi v 18 letech. Zajímavé je, že o tom dost otevřeně mluvila a zdůrazňovala, že ty léky jsou skvělé apod. S jinými návykovými látkami zkušenost nemá, nelákalo jí to kvůli problémovému užívání sestry. V důsledku častého užívání nelegálních léků získala Simona ve screeningový dotazník DAST 5 bodů, nachází se tedy na hranici stádia střední úrovně problémů s drogami.

Terénní poznámky

Rozhovor se Simonou byl také příjemným zážitkem. Byla jsem opět překvapená velkou otevřeností a sdílností. Nebála se odpovědět na jakoukoliv otázku. Hodně zdůrazňovala situace, kdy nejí. Jak není schopná sama nakoupit a jak to pro ni není důležité. Snažila se, být neustále nad věcí, působit silně, jak vše dobře zvládá. Přitom z druhé strany mluvila o neschopnosti jíst a říct si o pomoc. S poruchou příjmu potravy už bojuje roky, ale až na mě a pár přátel o tom nikdo neví. Intenzivně také mluvila o její závislosti na anorektikách, o tom, kde je kupuje a jak je i v během rozhovoru pod jejich vlivem. Měla jsem pocit, že informacemi o kterých mluví volá o pomoc, nebo možná se mi snažila naznačit, zdali ji nemohu

pomocí nějakým způsobem já. Na konci rozhovoru jsem jí dala pár doporučení ohledně léčby a dalších možností. Poděkovala a chtěla zůstat nadále v kontaktu.

Časová osa



(Obrázek č. 5 – časová osa)

K6: Jana, 19 let

Diagnóza:

Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)
Deprese (F32.2)

Sociodemografické údaje

Jana žije v regionální metropoli. V současnosti bydlí na koleji a studuje první ročník vysoké školy humanitního zaměření. Původně chtěla studovat psychologii, ale s ohledem na své nedořešené psychické problémy jí to nepřišlo vhodné.

Rodinné prostředí

Jana pochází z rodiny, která má předky v Maďarsku. Jejich specifické národnostní rysy dle jejích slov způsobily, že byla šikanovaná na základní škole. O rodině mluví hezky, sourozence nemá, ale s rodiči má hezký vztah. Je na ně fixována, jsou pro ni oporou. Během dospívání se rodiče rozvedli, Brala to velmi těžce, protože ani netušila, že mají mezi sebou problémy. Snažili se o zachování příjemného rodinného prostředí, ve kterém nebudou Janu zahlcovat svými vztahovými problémy. Špatně to snášela, zhoršila se tím její porucha příjmu potravy, začala nadužívat léky a pokusila se o sebevraždu. I když se rodiče rozvedli, stále v nich má oporu, podporují jí ve všech směrem a rozhodnutí v životě. Hned jak zjistili, že má problém s mentální anorexií, začali vymýšlet možnosti léčby, sama vypráví, že má na rodinu štěstí.

Zájmová činnost

Jana se věnovala intenzivně scénickému tanci, ale vlivem psychického onemocnění ztratila chuť nadále pokračovat. Apatie se projevovala na všech úrovních života, jediné, co zvládala, bylo čtení knih a psát o tom, co prožívá. Tvůrčí psaní je aktivita, které se věnuje nadále a pomáhá jí ve zvládnání stresových situací. Je dost existenciálně založená a vnímavá. V současnosti je jejím velkým zájmem studium a psychologie. Zatím si hledá aktivity, kterým by se chtěla věnovat.

Vztahy

I když je Jana vztahově založená, nikdy neměla moc přátel. Je introvertní člověk, který se neumí začleňovat do společnosti. Doposud neměla vůbec žádného partnera. Má pocit, že jí nikdo nikdy nebude mít rád. Hledá si své místo ve společnosti a mezi vrstevníky. Aby zapadla, pila alkohol nebo hubla, nevěděla, jak se jim má přiblížit a co dělat, aby jí vzali mezi sebe. Dle jejích slov jediné

opravdové přátelství měla na psychiatrickém oddělení, které trvá dodnes. Jinak trávila většinu času sama nebo s rodinou.

Psychické problémy

Psychické problémy se u Jany viditelněji projevily na základní škole, kdy přestala jíst, všimla si toho učitelka, která upozornila rodiče na zjevnou změnu chování jejich dcery. Na tento popud vzali Janu k lékaři, který jí následně diagnostikoval mentální anorexii a začala se ambulantně léčit u psycholožky a psychiatricky. Psychické problémy, ale udává už dávno předtím, od 12 let už neměla moc smysl života a sebepoškozovala se.

Před propuknutím mentální anorexie byla ve škole šikanovaná, chtěla se zalíbit, jediné místo, kam zapadla, byla parta holek, které se podporovaly v hubnutí. Aby udělala dojem, přestala úplně jíst.

Ambulantní léčba anorexie moc úspěšná nebyla, do toho už Jana nedokázala ani hladovět, proto se asi v 16 letech začala záchvatovitě přejídat. V tomto období se také rozváděli její rodiče, a ona to špatně nesla. Brala jídlo jako prostředek k potrestání se, jak sama sebe poškodit, ublížit si. V té době se u Evy projevily i depresivní symptomy, izolace od přátel, nedokázala se soustředit na nic jiného než na jídlo. Vše vygradovalo v pokus o sebevraždu. V 17. letech se předávkovala léky a dostala se na dětskou psychiatrii do Motola, kde absolvovala dvouměsíční pobyt.

Léčba nebyla úspěšná, nikdo se moc nezabýval poruchou příjmu potravy, ale jen depresemi. Spřátelila se s jednou „bulimičkou“, která jí poradila, jak zvracet. Po léčbě se vše vrátilo do starých kolejí, Jana se začala ještě více přejídat a aby nepřibírala, začala zvracet. Zajídala problémy doma, přejídala se i z nudy, už si nemohla pomoci. Bulimii tajila a doposud o ní ví jen psycholožka, ke které stále dochází. V současnosti studuje na vysoké škole a bydlí na koleji, kde se její bulimické projevy ustálily, už zvrací cca 1x týdně, sama neví, jak je možné, že se nemoc začala sama od sebe zlepšit. Možným aspektem může být, že na koleji nemá soukromí na přejídání a celkově změnila prostředí.

Zkušenosti s návykovými látkami

Jana začala kouřit v 15. letech, pomáhalo jí to v hubnutí. Frekvence vykouřených cigaret byla mnohem vyšší v anorektické fázi než v bulimické. V anorektické fázi vykouřila klidně i krabičku cigaret. V bulimické fázi kouřila hlavně před záchvatem, protože měla menší chuť. Pomáhalo jí to předcházet záchvatu. Ve fázi anorexie byl pro ni uspokojivý stav malátnosti, který způsobovalo kouření na lačný žaludek. V současnosti udává, že raději bude kouřit než zvracet. Je to menší zlo, jestli jí to pomůže zbavit se bulimie. Vykouří přibližně 8 cigaret denně. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 4 body, což

značí nízkou úroveň závislosti na nikotinu.

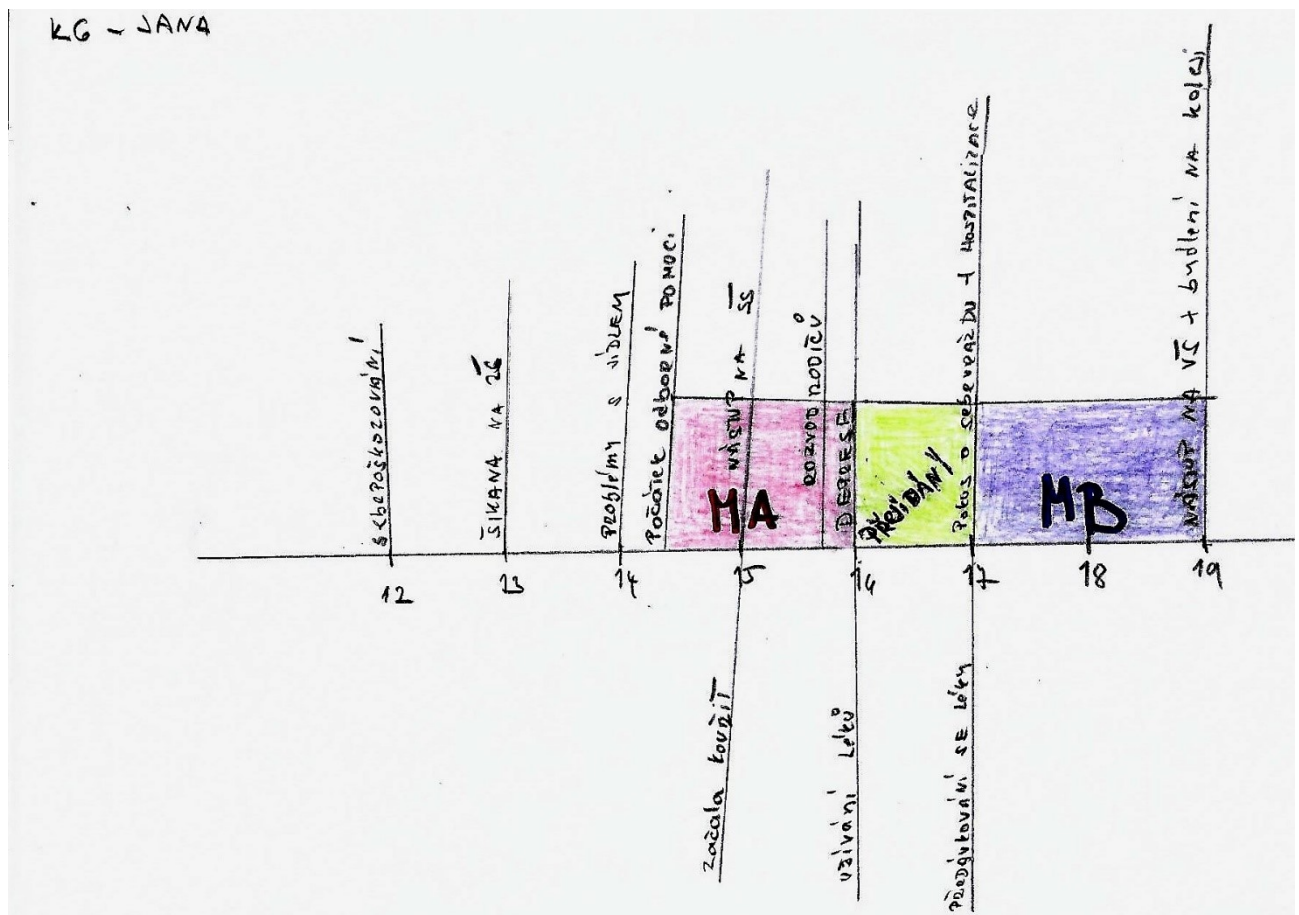
Od 16 let zneužívala různé druhy léků z důvodu otupění mysli. Užívala rivotril, neurol a různá hypnotika, která tajně kradla babičce nebo rodičům. Líbil se jí pocit apatie. Léky začala zneužívat v době záchvatovitého přejídání, vzala si třeba 8 neuroků, aby zaspala výčitky ze záchvatu, nebo aby prospala celý víkend a nemusela se přejídat. Když se na to přišlo, začali rodiče léky schovávat. Když si Jana po záchvatu nemohla vzít léky, ubližovala si jinak, hlavně sebepoškozováním. Musela sama sebe potrestat. S léky přestala po léčbě na dětské psychiatrii, bere jen předepsaná antidepresiva. V důsledku častého užívání nelegálních léků v minulosti by získala Jana ve screeningový dotazník DAST 3 body, nachází se tedy ve stadiu střední úrovně rizikovosti problémů s drogami.

Alkohol moc nepije, protože po něm má záchvaty přejídání. Pro jistotu, ale také vyplnila screeningový dotazník AUDIT, ve kterém získala pouze 2 body. Tento aspekt potvrzuje velmi nízkou rizikovost problémového pití alkoholu. Jiné návykové látky raději nezkoušela.

Terénní poznámky

Jana byla velmi milá a ochotná slečna. Velmi stála o zařazení do výzkumu, dokonce až tak, že byla ochotná jen kvůli rozhovoru dorazit do Prahy. Byla otevřená a sdílná, bylo vidět, že o daném problému nehovoří poprvé. Odpovědi byly strukturované a podnětné. Hezky mluvila o psychických problémech, kvůli kterým ví, že v současnosti není schopná studovat psychologii, ale její touha pomáhat je intenzivní i tak. Sdílení svých zkušeností jí pomáhá v boji se svým onemocněním a ví, že až bude v pořádku, tak bude užitečná ostatním, kteří bojují s tímto typem onemocnění. Dále mi dala kontakt, kdybych potřebovala doplnit nějaké informace.

Časová osa



(Obrázek č. 6 – časová osa)

K7: Klára, 26 let

Diagnóza

Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)

Sociodemografické údaje

Klára pochází z jedné vesničky kousek od regionální metropole. Bydlí s přítelem a pracuje na plný úvazek. Vystudovala vysokou školu ekonomického zaměření na magisterském stupni. V současnosti je spokojená a plánuje v blízké budoucnosti miminko a rodinný život.

Rodinné prostředí

Klára vyrostla v úplné rodině, má starší sestru a mladšího bratra. Pochází z malé vesničky, kde jsou na sebe dosti fixováni a mají mezi sebou dobré vztahy. Se sourozenci spolu moc času netráví. Sestra měla už jiné zájmy a bratr byl zas malinký, ale s rodiči trávil skoro každý večer. Hrozně se těší až bude moc udělat svým dětem hezké rodinné prostředí. Chtíč mít děti je i důvod, proč se chtěla vyléčit z poruchy příjmu potravy. Rodiče byli i první kdo si všiml, že se s Klárou něco děje a dovedli jí k lékaři. Když ležela v Motole, tak za ní rodiče neustále jezdili, sama tvrdí, že ostatní pacientky jí mohly závidět podporu. Málo kdo takovou rodinu měl a někdy si kvůli tomu připadala hloupě. I přes tento aspekt Kláře nejvíce pomohlo osamostatnit se. Doma jí sice podporovali, ale současně brali jako malou nemocnou holčičku, a tak je tomu doposud, i když žije jiným životem. Nemohla si nikdy moc prosadit svůj vlastní názor. Doma žila se stigmatem anorektičky, pod neustálou kontrolou a strachem ze selhání. Když se pak postavila na vlastní nohy, věci se začaly měnit. O mentální bulimii nikdy nikomu neřekla, styděla se za to, rodiče mysleli, že se přejídá, aby nehubla, ale na zvracení nepřišli.

Zájmová činnost

Klára přizpůsobovala svůj volný čas často osobám se kterými ho trávila. Například, rodičům nebo současnému příteli. Tráví čas různým sportem, četbou nebo poslechem hudby. Hledá smysl a naplnění ve vztazích, má problém v tom, že neví, co jí baví. Z těchto důvodů byla dosti ovlivnitelná hlavně v období dospívání. Nemusela navštěvovat žádné kroužky, rodiče jí nechávali volnou ruku ve výběru aktivit, ale na vesnici nebylo moc možností. Volný čas vyplňovala hlavně školou, akcemi s rodinou nebo v současnosti prací.

Vztahy

Klára je od dětství vztahově založená, dívka, která touží po rodině. Měla kolem sebe jen úzký okruh přátel, ale za to tvrdí, že jsou opravdový a hodně jí pomohli během nemoci. Nepotřebovala zapadat do party, ba naopak, ve školním prostředí byla šikanovaná, o to víc si vážila blízkých. Nikdy nepotřebovala střídat kluky a vztahy. Má už několik let vážnou známost, se kterou plánuje svatbu a dítě. Tato oblast je jedna z mála věcí, která jí nedělala problém.

Psychické problémy

Klára je úzkostný, emočně prožívající typ člověka. Fixuje se na lidi okolo sebe a bojí se být sama, ale před poruchou příjmu potravy nějaké vážnější výkyvy v chování a prožívání neměla. Mentální anorexií začala trpět v 16. letech po onemocnění mononukleózou, v té době dost zhubla a musela držet dietu. V hubnutí našla zalíbení, líbila se jí pozornost ostatních. Začala hodně cvičit a omezovala se v jídle. Chodila na střední školu, kde zažívala šikanu. Byla ve třídě jen s dívkami, a ty jí mezi sebe nikdy nepřijaly. Poruchu příjmu potravy pojmenovává jako strategii, jak si psychicky ulevit. Hladovění a cvičení jí dodávaly pocit moci, něco, v čem je dobrá a nepotřebuje na to názor ostatních. Rodiče si všimli, že s Klárou není něco v pořádku a po konzultaci s lékařem ji v 17 letech poslali na dětskou psychiatrii do Motola, kde byla tři měsíce. Po léčbě se vrátila do školy, kde se šikana ještě zesílila a ona se začala záchvatovitě přejídat. Spolužačky jí zesměšňovaly, a připomínaly, že je „*anorektička*“ Přejídání byla její strategie, jak se zbavit této nálepky a přibrat, ale z druhé strany nebyla smířená s přibývajícím váhou. Většinu záchvatů přejídání mívala v noci a pak to šla raději zaspávat. Přibývání na váze psychicky nezvládala, proto začala zvracet. Mentální bulimií trpěla od 18-20 let. Poté se z toho začala dostávat. Porucha příjmu potravy se začala zlepšovat ve chvíli, kdy odešla z domova na vysokou školu a mohla si žít po svém. Ale kdykoliv přijela domů, tak se přejedla. Vadilo jí, že v její rodné dědině jí berou stále jako „*anorektičku*“ a ona chtěla přitom začít znovu. Během studií si našla novou psychiatricku a psycholožku a chtěla se úplně vyléčit. Omezila dojíždění domu, upnula se na jiné věci. Naučila se pracovat se spouštěči. V současnosti preventivně dochází k odborníkům, bere antidepressiva a říká, že už s poruchou příjmu potravy nemá problém. Má normální váhu a nezvrací, je se sebou v rámci možností spokojená.

Zkušenosti s návykovými látkami

Klára je silná kuřačka, kouří od 14 let, ale v době poruch příjmu potravy se frekvence spotřeby zvýšila. Začala kouřit v dospívání, pomáhalo jí to na úzkostné stavy. Její první zkušenost nebyla vázaná na vrstevnickou skupinu, ale „*zapálila*“ si

o samotě. Rodiče jsou kuřáci, a cigarety jim začala brát. Nejvíce kouřila v době bulimie, pomáhalo jí to předcházet záchvatům přejídání. Tehdy dokázala vykouřit i celou krabičku za den. Momentálně kouří méně, cca 10 cigaret denně, stále tvrdí, že jí to pomáhá na úzkosti. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 5 bodů, což značí střední úroveň závislosti na nikotinu.

V 17 letech měla větší spotřebu alkoholu. Pila skoro každý den s rodiči, měli svůj večerní rituál, po celém dnu se sešla s rodiči v obývacím pokoji a dávali si společně víno, u kterého si povídali o všem možném. Vždy padlo několik skleniček vína. Byl to pro ně stmelovací prostředek a každodenní tradice. Kdykoliv se sešli, tak se pilo. Zároveň jí alkohol dopomáhal k tomu, aby se cítila lépe. Jak v kontextu rodinného prostředí, tak i v osobním rozměru. Pomáhal jí zapomenout na problémy, pomáhal jí usnout a nemít výčitky sama ze sebe. Rodiče se jí snažili mít během anorektické fáze dost pod kontrolou. Hlíkali, jestli správně jí nebo tajně necvičí, ale když si s nimi dala večer víno, odvedlo jí to myšlenky od výčitek z podvádění, nebo toho že je mezi nimi nějaké napětí. Co se odstěhovala od rodičů a začala se pořádně léčit z poruch příjmu potravy, tak už skoro vůbec nepije. Občas si dá s přítelem nebo kamarádkou 2 skleny vína, jinak už nemá potřebu se opíjet. Dost o svém dřívějším pití přemýšlí, a uvědomuje si, že měla velký sklon k alkoholismu. Tímto fenoménem se zabývala i v průběhu terapií. Aktuální sklon k závislosti byl screeningově zhodnocen pomocí dotazníku AUDIT. Klára získala 4 body, což svědčí o nízké současné rizikovosti chování s ohledem na užívání alkoholu.

S jinými návykovými látkami zkušenost nemá, proto nebyl vyplněn dotazník DAST.

Terénní poznámky

Klára patřila také mezi participantky, které stály o účast ve studii hlavně s ohledem sdělit svůj příběh. Ani naše vzdálenost nebyl problém a relativně rychle jsme se domluvily na schůzce. Byla otevřená a nebála se mluvit o žádném tématu. Odpovědi byly strukturované a vždy s pozitivním nádechem. Také o problému nehovořila poprvé a velmi jí zaujalo téma výzkumného šetření ve spojení s návykovými látkami. Celou dobu byla pozitivně naladěná a jako jediná z účastnic se může považovat za „vyléčenou“ z poruchy příjmu potravy, to je také jeden z důvodů, který jí vede ve sdělování svého příběhu, aby ukázala, že i tahle cesta je možná. Jako jedna z mála se neangažuje v boji s poruchou příjmu potravy, ale snaží se soustředit na jiné věci, ani nepracuje v pomáhající profesi. O fenoménech mluvila emočně, ale s nadhledem. Jako jedna z mála se vůbec nezajímala, jestli s danou poruchou mám také zkušenost.

Časová osa



(Obrázek č. 7 – časová osa)

K8: Dana, 25 let

Diagnóza

Kombinace mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2)

Sociodemografické údaje

Dana pochází z Krajského města na Severu Čech, kde žije celý svůj dosavadní život. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Po maturitě nastoupila na vysokou, ale v důsledku touhy po osamostatnění školu nedodělala a začala chodit do práce na plný úvazek. Zamilovala se a škola šla stranou, potřebovala peníze a vlastní bydlení. Začala pracovat v dětském domově. Práce, která ji pohltila. Byla spokojená, a našla nový profesní směr, kterým se chtěla ubírat. Dětský domov, ale uzavřeli a musela si najít novou práci. Začala pracovat v kanceláři, ale danou pozici nenávidí, tento aspekt jí dovedl k možnému studiu pomáhající profese na vysoké škole. Práce v dětském domově jí utvrdila v tom, co chce jednou dělat. V současnosti si podala přihlášku na dálkové studium.

Rodinné prostředí

O rodině Dana moc mluvit nechtěla. Vyrostla v úplné rodině, rodiče jsou stále spolu a má o dva roky starší sestru, která bydlí ve stejném paneláku jako ona. Dana se od rodiny odstěhovala ve dvaceti letech, protože šla bydlet s přítelem. Říká, že měla normální bezproblémové dětství, nikdy se moc nehádali a se sestrou v rámci možností vycházela. Rodiče občas navštěvuje a ví, že když by potřebovala pomoc, tak tu pro ni jsou. Akorát si nepřipouští, že by jejich pomoc potřebovala. O mentální anorexii rodiče ví, ale dle Dany tomu nerozumí, tak se s nimi o tom raději nebaví. Se sestrou je v kontaktu pravidelně, bydlí ve stejném patře, ale mrzí jí, že se nevidí tolik, jak by si přála. Nechce sestru otravovat, protože žije s přítelem a nemají na sebe tolik času. Nechce jim zasahovat do života, i když by se toužila svěřit. Myslí, si že tento problém zvládne, že to není moc vážné, aby tím musela zatěžovat okolí.

Zájmová činnost

Dana moc volnočasových aktivit nikdy neměla, bavilo jí tančit, ale u ničeho moc dlouho nevydržela. Sportovat začala až vlivem mentální anorexie. Sama neumí pojmenovat aktivity, které jí baví. Věnovala se hlavně akcím s přáteli a škole. Ráda jezdí na výlety, ale potřebuje mít k sobě osobu, která s ní bude sdílet, jinak jí nic nebaví. Tím, že v současnosti pociťuje silný pocit samoty, tak jí nic nebaví, a volný čas vyplňuje bulimickými záchvaty.

Vztahy

Dana byla už od dospívání vztahově založená. V 15 letech si našla přítele a byla s ním do doby, než si našla dalšího (posledního). Kvůli vztahu se často přizpůsobovala, a dávala do něj vše. Ten poslední jí, ale úplně zničil. S přítelem spolu žili asi dva roky, ale on ji potom opustil kvůli jiné slečně. Od té doby žije sama. Poslední vztah jí způsobil obrovskou bolest, začala brát kvůli tomu antidepresiva, a upadala do deprese, která se projevila poruchou příjmu potravy. V době mentální anorexie o žádný intimní kontakt nejevila zájem, hodně se izolovala a muže k životu nepotřebovala. Ale ve fázi bulimie se přístup obrátil, začala flirtovat, a užívat si mužskou pozornost, hodně chodit do společnosti a užívat návykové látky. I když vyhledává pozornost mužů, tak si ale nic vážného neumí představit, není schopna projevat emoce a dávat někomu lásku. Je dost chladná a momentálně jí to vyhovuje. Upřímně si už neumí představit, že by někdy někoho mohla milovat. Vztah by jí moc ovlivňoval, a nemohla by si dělat, co chce.

Ve fázi anorexie se vyhýbala i kamarádkám a kolegyním, věnovala se jen hubnutí. Ale ve fázi bulimie s nimi často utíká do společnosti, mění se její osobnostní založení. O přátele nikdy nouzi neměla, a ve škole normálně zapadala.

Psychické problémy

Dana udává, že před poruchou příjmu potravy žádné výrazné psychické problémy neměla. Poruchou příjmu potravy trpí asi 2,5 roku. Vše začalo v jejích 22 letech, kdy se s ní rozešel její bývalý přítel, kterého hrozně milovala. Dostala se do deprese a přestala jíst. Jak postupně hubla, měla dobrý pocit při omezování potravy, při organizaci hubnoucích plánů a cvičení „*Obdivovala jsem sama sebe, co dokážu omezit a jak sama sebe ovládat, ale postupem času se to obrátilo proti mně*“ V té době zhubla asi 30 kilo, lidé si jí začali všimnout, získala pozornost kluků, kamarádek a vůbec si neuvědomovala, že je něco v nepořádku. Mentální anorexie jí dávala určitou strukturu a chuť do života, kterou po rozchodu potřebovala, ale poté si začala všimnout, že se s ní něco děje, že najednou není schopná se najíst, že je hrozně citlivá a nemůže se soustředit na práci. Začala si číst různé články a říkat si, jestli není čas si říct o pomoc. Rodina si nevšimla, že by se s Danou něco dělo, mysleli si, že hubne, aby se líbila klukům. Všichni jí podporovali. Asi ve 23. letech přišel zlom, kdy Dana už nedokázala hladovět, a začala se přejídat a zvracet. Sama nedokáže pojmenovat přesně ten zlom, který zapříčinil změnu, ale najednou se její přístup k životu začal měnit. Začala být více nepořádná než v anorektické fázi, začala více koketovat s muži, vyhledávat jejich společnost, začala více chodit do společnosti a bavit se. Z jedné strany byla spokojenější a z druhé strany více zoufalejší. Vadilo jí, že už nedokáže hladovět jako dříve, hubnout, a to jí dovedlo k tomu, že asi před 8 měsíci vyhledala odbornou ambulantní pomoc. Od té doby dochází na psychiatrii a k psycholožce, kde jí

diagnostikovali poruchu příjmu potravy. Při srovnávání pocitů během anorexie a bulimie přiznává, že v období anorexie se léčit nechtěla, cítila se dobře, ale období bulimie se dostávala na dno. Přiznává se, že dokonce o bulimii „*Jste jediný člověk, kterému jsem přiznala, že se přejídám a zvracím, nedokážu se v tomto ohledu ovládat*“ Hrozně se za to stydí, a chtěla by se toho zbavit, aby se zpět mohla stát anorektičkou. Není zatím motivována k vyléčení, k odborníkům dochází z důvodu mentální anorexie, a o zvracení a přejídání se vůbec nezmiňuje. Uvědomuje si, že je nemocná, ale nepřikládá tomu dostatečnou závažnost. Kvůli bulimii nedokáže být nikdy sama, protože ví, že se bude přejídat a zvracet, nikdy se netěší z práce domů, proto se snaží vymýšlet různé plány, které ale občas zruší z důvodu neukojitelné a nezvladatelné touze po jídle. V současné situaci je v somaticky kompenzovaném stavu, ale psychicky nemoc nezvládá. Neumí si říkat o pomoc, a na konci rozhovoru dokonce zmínila, že ani nevěří v terapii. O jiném typu léčby neuvažuje, i když jí bulimie svazuje. Nechce být mezi holkami, které jsou hubenější než ona.

Zkušenosti s návykovými látkami

Dana se návykových látek nebojí. Od 14 let kouří, ale její frekvence se s poruchou příjmu potravy rapidně zvýšila. Vždy kouřila jen občas a s kamarády, ale v současnosti kouří pravidelně. Ve fázi mentální anorexie začala kouřit více „*když jsem si zapálila, neměla jsem potřebu jíst*“ Dokázala vypít třeba 6 šálků kávy a u toho vykouřit minimálně půl krabičku cigaret. Když pak šla do společnosti, padla i celá krabička. Ve fázi mentální bulimie jí kouření pomáhalo předcházet záchvatu přejídání nebo kouřila po záchvatu, před zvracením, právě proto, aby se jí udělalo zle. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 7 bodů. Výsledek značí vysokou závislost na nikotinu.

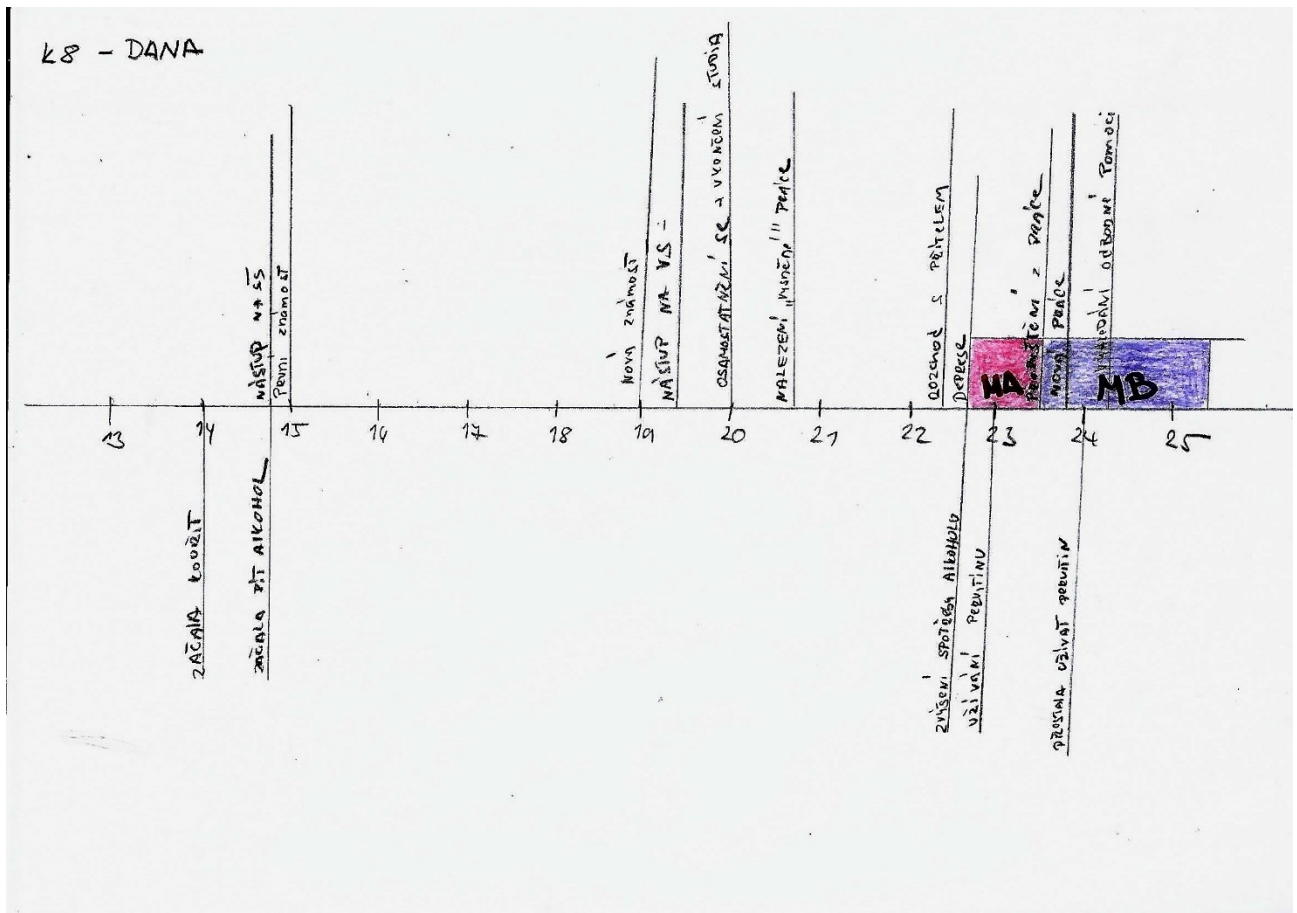
Dana začala pít alkohol v průběhu dospívání, ale opět udává, že se jeho frekvence zvýšila v době poruchy příjmu potravy. Nechtěla být doma sama, tak chodila s kamarádkami do hospody. Postupem času se návštěvní frekvence barů zvedla na několikrát týdně, nejen o víkend. Pití alkoholu je pro ni prostředek zbavení se psychického napětí. Je najednou otevřená, komunikativnější, a nemyslí na jídlo, nemusí se hlídat v tom, jak vypadá a co dělá. Frekvence pití se znásobila v době bulimie, hlavně z důvodu velkého množství kalorií, které obsahuje alkohol. Jako „bulimičce“ pro ni nejsou kalorie tolik podstatné. V bulimickém období utíkala do hospody před záchvaty přejídání. Když se vracela domů v podnapilém stavu, šla rovnou spát a díky tomu záchvat vůbec nepřišel „*raději půjdu ven a opiju se, než abych zůstala doma a jen zvracela*“ Vztah k alkoholu a možného vzniku závislosti byl screeningově zhodnocen pomocí dotazníku AUDIT. Dana získala 14 bodů, což svědčí o vysoké rizikovosti možného vzniku komorbidit užívání alkoholu a mentální bulimie.

V období vzniku mentální anorexie Dana experimentovala s pervitinem. Měla dobrý pocit z toho, že najednou nepotřebuje jíst, má spoustu energie a hubne. Zapomíná na problémy a může si užívat života. Připadala si skvěle a cítila se sebevědoměji. Během experimentů s pervitinem začali její přátelé upadat do závislosti a stali se klienty kontaktního centra pro drogově závislé. Uvědomění si rizikovitosti jí odradilo od dalších experimentů. Pervitin užíla naposledy ve fázi mentální anorexie, od doby přechodu do fáze mentální bulimie „perník“ neužíla, což si do chvíle, než mi o tom vyprávěla, neuvědomila. Z druhé strany ví, že ho chce užít v budoucnu znovu „*chtěla bych opět zažívat skvělé pocity úniku od reality, trošku zhubnout a mít více energie*“ S jinými návykovými látkami zkušenost nemá. Ve screeningový dotazník DAST. Získala 3 body, nachází se tedy ve stádiu střední úrovně problémů s drogami.

Terénní poznámky

S Danou bylo náročnější se domluvit, bála se o prozrazení své identity, ale i přes to velmi stála o účast ve výzkumné studii. O jejím problému s poruchou příjmu potravy skoro nikdo neví, proto byla ze začátku uzavřená a bála se hovořit. Po chvíli se rozmluvila, ale byla dost nervózní, svůj příběh ještě nikomu nesdělovala v takové míře otevřenosti. Na konci rozhovoru mi přiznala, že jsem první člověk, kterému řekla o mentální bulimii, dokonce o tom neřekla ani své psycholožce. Čehož si velmi cením. Určité fáze rozhovoru byly zvláštní. Hned ze začátku jí zaujala má štíhlost, zajímalo ji, jak dělám, že jsem tak štíhlá. Dále, zdali nemám také problém s poruchou příjmu potravy. Při debatě nad návykovými látkami byla otevřenější než u debaty nad poruchou příjmu potravy. Trošku jsem z toho pociťovala, jako by se bála mluvit o daném tématu z důvodu stigmatizace vlastní osoby, přitom se neměla proč bát. Moc si cením odvahy, se kterou do daného rozhovoru šla, možná to byl první krok k nějakému možnému vnitřnímu připuštění si daného problému. Z jedné strany hovořila o tom, že sama sebe nedokáže ovládat, ale z druhé strany mluvila o tom, že nemá žádný problém „*tak špatně na tom ještě nejsem*“ Během rozhovoru se potřebovala ujistovat, jaký mám na její situaci náhled, zdali je na tom opravdu zle. Mimo rozhovor byly Daně nabídnuty možnosti jiné odborné pomoci, než kterou momentálně absolvuje a malá krizová intervence, jejichž průběhem se z důvodu etického aspektu i tématu práce podrobněji nebudeme zabývat.

Časová osa



(Obrázek č. 8 – časová osa)

K9: Ivana, 38 let

Diagnóza

Mentální bulimie (F50.2)

Závislost na alkoholu (F10.2)

Hraniční porucha osobnosti (F60.3)

Sociodemografické údaje

Ivana žila do dvaceti let na Moravě, poté se provdala a přestěhovala se za manželem do Prahy, kde žijí dodnes. Vystudovala střední odborné učiliště s maturitou, ale v oboru nikdy nepracovala. Má vrozenou oční vadu, z tohoto důvodu pobírá invalidní důchod. Pro zvýšení uplatnění na trhu práce si ve 22. letech udělala trenérský a masérský kurz. V současnosti se živí jako masérka v „chráněném“ salóně kousek za Prahou.

Rodinné prostředí

Ivana moc o své rodině nemluvila. Pochází z úplné rodiny a je jedináček. S rodiči se vídá minimálně, ale víc se o nich nezmiňovala. V 19. letech potkala svého muže, osamostatnila se a odstěhovala se za ním do Prahy. Její manžel je její nejlepší kamarád, bere jí takovou já je. Dělají spolu spoustu aktivit, hlavně sportují a běhají maratony. Nikdy nikoho jiného neměla, ale uvědomuje si, že to pro něho musí být těžké, absolutně si nedovede představit, jak to může zvládat, když každou chvíli vedle něho stojí „jiná“ Ivana, jiná osobnost. V tom nejméně náročném období, kdy měla Ivana silné ataky nemoci si manžel našel milenkou a přemýšlel, že od ženy odejde. Paradoxně tohle byl stimul, který přinutil Ivanu se snažit a začala na sobě intenzivněji pracovat, až se dostala do relativně stabilního stavu, v jakém je doposud. Chodili spolu i na párové sezení a snažili se na svém vztahu pracovat. Říká, že její muž je to největší štěstí v jejím životě, musí být neuvěřitelně silný. Děti mít nemohou, tak místo toho chovají kočky.

Zájmová činnost

Ivana se věnuje sportu. Pomáhá jí to zbavit se agrese a vnitřního tlaku. Chodí několikrát týdně na kickbox a s manželem společně běhají maratony. Rádi jezdí za turistikou a někam do přírody.

Mimo sport se věnuje malbě a tvůrčímu psaní, tento druh aktivit je pro ni způsob zvládnání boje s poruchou příjmu potravy, forma, jak své myšlenky a touhy zhmotnit nebo dát do určité podoby.

Vztahy

Ivana je otevřený a přátelský člověk, ale i přes to kolem sebe moc přátel nemývala, hodně se upínala na jednoho člověka, kterému věnovala veškerou svou pozornost. Vrstevníci, hlavně v období dospívání, jí většinou ubližovali a šikanovali kvůli zdravotnímu handicapu. Nejlepší kamarády si nacházela v psychiatrických léčebnách, ale po odchodu z léčby se jejich cesty vždy rozešli. Má svého muže, a to jí prý k životu stačí. Nikoho jiného neměla a se vším se svěřuje jemu nebo své psycholožce, ke které dochází každý týden už roky. Cítí se často sama, ale ví že by se cítila sama i mezi lidmi. Nejvíce miluje své kočky, které jí lásku lidí vynahrazují.

Psychické problémy

Ivana měla psychické problémy už od dětství. Kvůli handicapu nebyla přijímaná mezi děti. Už od základní školy ji šikanovali, měla problém s nalezením přítele a kamaráda. Připadala si často hrozně sama a pochybovala o své existenci. Tyto aspekty vedly postupem času k sebepoškozování.

Začala se řezat okolo 13 let, ale nejvíce si ubližovala v 18 letech. Sebemedikace sebepoškozováním postupem času nahradila mentální bulimie. Ivana se nenávidí a má pocit, že si musí ubližovat, je to jediná chvíle kdy opravdu něco cítí, něco prožívá. Období jejích 18 let bylo celkově krušné, měla velké výkyvy nálad, utíkala z domova, byla úzkostná. Rodiče jí tehdy dovedli na psychiatrii, kde jí diagnostikovali hraniční poruchu osobnosti. Od té doby se léčí a pravidelně dochází k lékařům. Mentální bulimie se u ní projevila mezi 19 až 20 rokem. V té době poznala svého manžela a odstěhovala se za ním do Prahy, touha zhubnout začala hubnutím do svatebních šatů. Připadala si hrozně tlustá, chtěla vypadat jednou skvěle. Během hubnutí se jí začala líbit pozornost ostatních, hlavně pocit, že může sníst, co chce, a stejně hubne. Díky bulimii se jí podařilo zhubnout asi dvacet kilo. V té době si nikdo nevšiml, že se s ní něco děje. Tím, že měla invalidní důchod, tak trávila dost času sama doma a mohla se věnovat svým „bulimickým rituálům“. Manžel si ničeho nevšiml, myslel si, že Ivana na sobě jen tvrdě maká v posilovně, proto hubne. Dařilo se jí to tajit osm let, ze začátku se cítila skvěle, měla najednou něco, co jí vyplní čas, co ukojí prázdnotu. V té době neměla ani moc přátel a byla hodně upnutá na manžela, který trávil spoustu času v práci.

Záchvaty přejídání byly časem extrémně omezující, cítila se na dně, nenáviděla se ještě víc. Pád na psychické dno jí dovedl k rozhodnutí se ve 28 letech léčit na psychiatrickém oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. Léčbu absolvovala úspěšně celou. Po návratu domů se snažila správně jíst a předcházet atace onemocnění, ale nakonec zrelapsovala. Má sníženou toleranci vůči stresu, vše jí rozhodí, proto potom potřebuje uklidnit nějakou formou patologického chování.

Během období mentální bulimie se intenzivně projevovalo řezání a sebepoškozování. Ve chvíli, kdy šly bulimické návyky do ústranní, začala se více řezat, pít nebo brát léky. Potřebovala si nějakým způsobem ubližovat. V průběhu let se u ní projevovaly suicidální tendence. Nejintenzivněji se projevily ve 34 letech, pokusila se o sebevraždu, předávkovala se léky. V tu chvíli si uvědomila, co dělá a sama si zavolala pomoc. Suicidální tendence v ní vyvolával alkohol, se kterým měla problémy viz níže, proto po poslední léčbě začala abstinovat. Po daném incidentu se dostala na psychiatrii a rozhodla se absolvovat protialkoholní léčbu. Od té doby se intenzivně léčí, každý týden dochází k psychologovi, bere léky a tvoří si pravidelný program. Stále se sebepoškozuje, ale je pro ni úspěchem, že nezvrací a hlavně nepije. Občas upadá do deprese a ztrácí smysl života. V těchto situacích se hned po konzultaci s psychiatrickou nechává na pár dní (s ohledem na závažnost) hospitalizovat. Snaží se smířit s tím, že tyto projevy bude mít nejspíše do konce života. Naštěstí má oporu v muži, který se jí snaží pomáhat, dává jí léky na předpis, a občas s ní chodí na terapie.

Zkušenosti s návykovými látkami

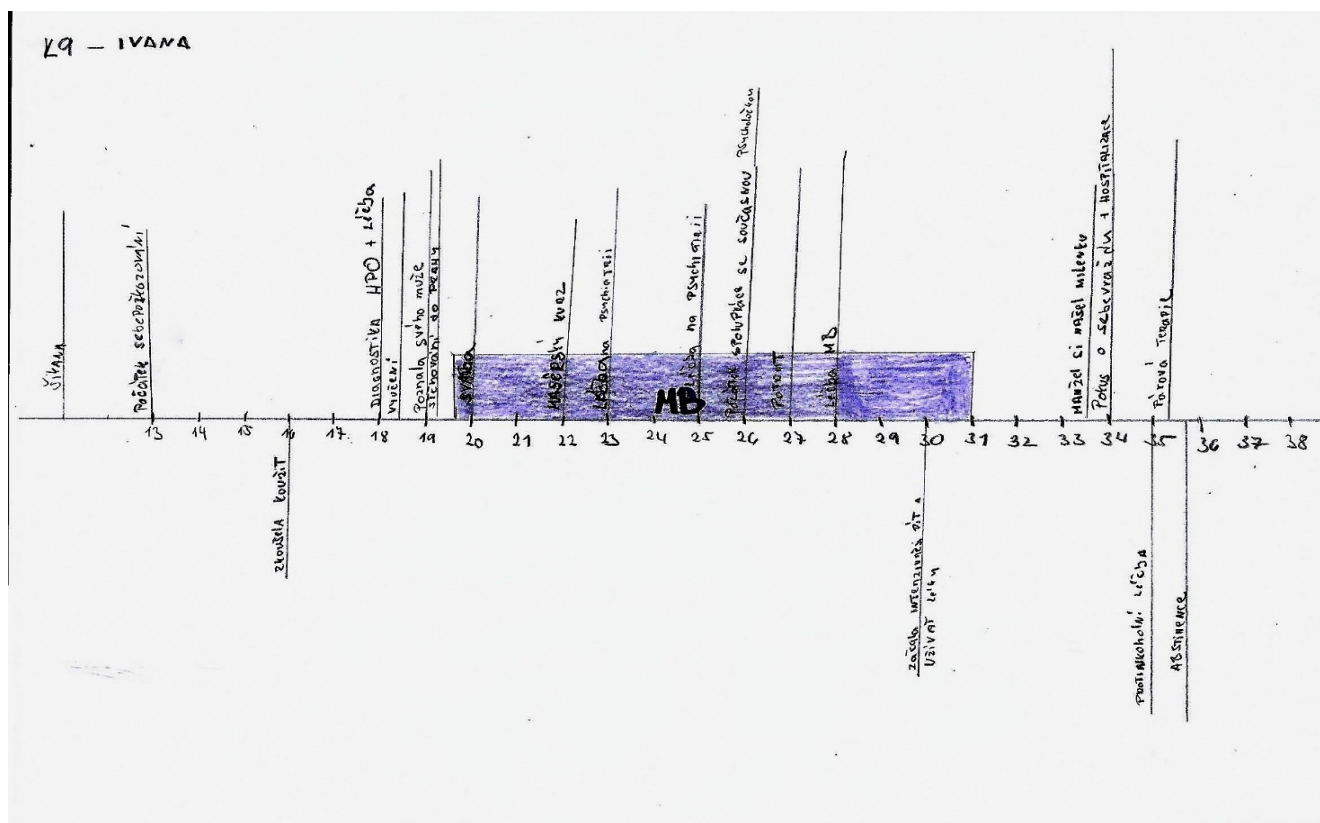
Ivana nikdy nekouřila ani nezkoušela žádné drogy, ale v době mentální bulimie experimentovala s léky a alkoholem. Začalo to ke konci fáze mentální bulimie, když se snažila zaspávat výčitky, vzala si léky (hypnotika či benzodiazepiny), a zapíjela je alkoholem. Dopomáhalo to k zaspání černých myšlenek a k útěku před výčitkami. Substituce bulimických záchvatů, v opilosti se nepotřebovala přejídat.

Její psychický stav i projevy chování ovlivňuje celý život hraniční porucha osobnosti. Není schopná zvládat psychickou zátěž. Alkohol jí dopomohl od boje s mentální bulimií. Pila hlavně o samotě a tvrdý alkohol a pivo. Závislost na alkoholu plynule nahradila Mentální bulimii. Ze začátku se občas přejedla v opilosti, ale po pár týdnech už jen pila. V tomto období nedocházela do zaměstnání a trávila spoustu času o samotě. Čím více pila, tím více se řezala a méně jedla. Manžel se jí snažil domlouvat, ale nešlo to. Schovával před ní léky a alkohol, ale marně. Manžel už sám dané období nezvládal a postupem času si našel milenkou. Ivana o tom věděla a snažila se manželství zachránit. Situace vygradovala do výše zmiňovaného pokusu o sebevraždu, spíše demonstrativního charakteru, který jí dovedl k další léčbě. Od té doby abstínuje, jak od alkoholu, tak od léků. Jediné, co užívá, jsou léky na předpis. Z důvodu dříve prokázané závislosti na alkoholu a benzodiazepinech a zároveň současné abstinenci nebyla potřeba vyplňovat screeningové dotazníky.

Terénní poznámky

Ivana byla nadmíru otevřená. Nebylo to poprvé, co se stala účastnicí podobné studie. Domluva byla bezproblémová. Hned na počátku rozhovoru mi přiznala, že má problém s alkoholem, z důvodu výběru nápoje v restauračním zařízení. Přitom já jsem si dávala kávu a nepřišlo mi zvláštní, že si dává limonádu, ale asi měla potřebu to sdělit, vybudovalo to hned na počátku mezi námi důvěrné prostředí. Poté probíhal rozhovor dle struktury. Občas jsem byla z otevřenosti překvapená, ani jsem se na nic nemusela ptát, a už mi Ivana sdělovala důvěrná témata z jejího života. Jediné o čem se nechtěla bavit, byla její primární rodina. Byla jsem překvapena jak automaticky a lehce mluvila o těžkých životních událostech, jako by šlo „o namazání chleba ke snídani“ Také se zajímala o můj vztah k poruchám příjmu potravy, jinak vše proběhlo dle plánu. Ivana stála o výsledky mého šetření, proto jsme se domluvily, že jí po sepsání bude práce zaslána.

Časová osa



(Obrázek č. 9 – časová osa)

K10: Zuzana, 28 let

Diagnóza

Atypická porucha příjmu potravy (F50.8)

Hraniční porucha osobnosti (F60.3)

Sociální fobie (F40.1)

Sociodemografické údaje

Zuzana žije celý život v Praze. Vystudovala vysokou školu ekonomickou na bakalářském stupni. Začala studovat i magisterský stupeň, ale hned v prvním ročníku ho nebyla schopná dokončit v důsledku psychického onemocnění. V současnosti má pronajatý byt v Praze, kde žije s bývalým přítelem. Pracuje v IT firmě. V důsledku velkých ekonomických výdajů za návykové látky a soukromých odborníků, u kterých se léčí, ji musí finančně vypomáhat otec.

Rodinné prostředí

Zuzana pochází z úplné rodiny a je jedináček. Od malička byl na ní doma kladen velký tlak, jako jediné dítě rodičů byla veškerá pozornost mířená právě na ni. Co si pamatuje, tak rodiče měli vždy oddělené ložnice a stále se hádali, nikdy se v ničem neshodli. Byla jejich spojovač, jejich způsob komunikace. Otec trpěl obsedantně-kompulzivní poruchou, neustále muselo být vše na svém místě, vše dokonalé a matka byla velmi úzkostná a hysterická. Zuzana nebyla doma šťastná, sice jako rodina byly finančně zajištěny, nikdy jí nic nechybělo, ale nikdy si nepřipadala milovaná. Rodiče se neshodovali ani ohledně Zuzaniny léčby, jeden chtěl, aby se Zuzana léčila, druhý byl proti. Měla blíže k otci než k matce.

Je tomu 4 roky co se rodiče rozvedli, a Zuzana to blbě snáší doposud, a to ne kvůli tomu, že by si nepřála, aby se rozvedli, ale kvůli tlaku, který je na ní kladen. Matka nechce, aby se stýkala s otcem, otec zas neustále pomlouvá matku a Zuzana je z toho vyčerpaná. Raději se rodičům vyhýbá, aby tyto situace nemusela řešit. Od letošních Vánoc se její psychický stav zhoršil. Má pocit, že to mohli zapříčinit právě rodiče. Na Vánoce se dohadovali, u koho je Zuzana stráví, ona si nechtěla vybírat, tak je raději strávila u své kamarádky a její rodiny. Na rodiče se může spolehnout ohledně ekonomických prostředků, ale jinak se je snaží ničím nezatěžovat. Při setkání jí akorát psychicky rozhodí.

Zájmová činnosti

Zuzana moc zájmových činností nemá, baví jí psát blog nebo tráví čas se svými psy, ale jinak se ničemu nevěnuje, nic jí nebaví. Ani neví, jak tráví volný čas.

Vztahy

Zuzana je introvertní typ člověka, nevdává jí trávit čas o samotě, nepotřebuje mít kolem sebe spoustu lidí, ale stačí jí jen pár blízkých. Prvního přítele si našla v 18 letech a začali spolu pravidelně popíjet, v podnapilém stavu se u ní projevila žárlivost a agresivita vůči jeho osobě, většinou neoprávněná. V průběhu vztahu začala mít intenzivnější psychické problémy a nevysvětlitelné výkyvy nálad, které zapříčinily opětovné vyhledání odborné pomoci a následnou diagnostiku hraniční poruchy osobnosti. Během léčby se spolu rozešli. S druhým přítelem byla 8 let. Prošel s ní všechny léčby, říká, že byl oporou, ale sám byl psychicky nemocný. Myslí si, že měl schizoidní poruchu osobnosti. Byl její absolutní opak, toužila po projevu emocí, vzteku nebo lásky. Z jedné strany jí to rozčilovalo, ale z druhé byl pro ní jediný stabilní bod v životě. Asi před půl rokem se rozešli, ale stále spolu bydlí a vypadají jako pár. Pomalu se snaží randit s někým jiným, ale nejde jí to. S bývalým partnerem jsou doposud nejlepší kamarádi.

Od dětství mezi své vrstevníky moc nezapadala, zažila šikanu a nepřijetí. Bylo náročné najít si kamarády, ale když už nějaké našla, byli to opravdoví přátelé, se kterými se stýká dodnes. Říká, že na lidi kolem sebe měla štěstí, stojí při ní za jakékoliv situace. Je uzavřená, dává si pozor na osoby, které si k sobě pustí. Když začne důvěřovat, je schopna pro danou osobu udělat cokoliv. Spoustu přátel si udělala i v psychiatrických léčebnách, a s některými se schází i nadále.

Psychické problémy

Zuzana trpí od útlého dětství úzkostmi. V 10 letech začala poprvé pravidelně docházet k psychologovi, nedokázala sama spát v pokoji. Hodně plakala a bála se, že zemře. K psychologovi docházela ráda, cítila se bezpečně. Pravidelně docházela i k dětskému psychiatrovi, dokonce brala nějaká antidepresiva na úzkosti. Z důvodu nesouhlasu matky s léčbou dcery, byla péče na nějaký čas ukončena i přes určité projevy patologického chování. Asi od 15 let se řezala na různých místech svého těla, začala mít problémy s jídlem, ve stresu se záchvatovitě přejídala. Do toho byla doma hysterická a agresivní, když se něco nedělalo po jejím. Od 18 let začala nadměrně pít alkohol, nejdříve s přítelem, poté už i o samotě. Neměla chuť do života, nenáviděla se a začala mít sebevražedné myšlenky. Měla potřebu si neustále nevysvětlitelně ubližovat, snažila se zahnat vnitřní prázdnotu. V tomto období se rozhodla znovu vyhledat odbornou psychiatrickou péči. Lékař jí diagnostikoval hraniční poruchu osobnosti a začala se

léčit, nejdříve byla týden hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení, a poté už docházela k odborníkům jen ambulantně. Zdravotní stav se zlepšil, našla si vážnou známou a život se jí trochu ustálil. Stav se zhoršil ve 23 letech, v té době studovala první ročník magisterského studia. Nebyla schopná docházet do školy, upadala do deprese, přestala vycházet ven, několikrát denně se řezala, nemohla jíst a udává sebevražedné myšlenky. Partner a rodiče jí dopomohli k návštěvě psychiatra, po jehož konzultaci nastoupila na pobytovou léčbu do psychiatrické nemocnice. Po léčbě byla chvíli v pořádku, ale po roce se její stav zas zhoršil, už nebyla schopná jíst vůbec. Jídlo musel připravovat přítel a jíst s ní, jinak nejedla. Úzkost jí bránila cokoli pozřít, i když se chtěla najíst, nešlo to. Kdykoliv nejedla, tak z hladu zvracela bez úmyslu vyprázdnit se. Z těchto důvodů se nechala znovu hospitalizovat na 8 týdnů, ale do jiného léčebného zařízení. Místní režim jí vyhovoval a pomohl, byla se schopná najíst a fungovat. I přes tento aspekt byla doporučena do stacionáře pro léčbu poruch příjmu potravy. Stacionář hodnotí úspěšně, stravovací návyky se zlepšily, ale stále není schopná ve stresu jíst a občas zvrací. Učí se pojmenovávat a definovat spouštěče tohoto typu chování. Uvědomuje si, že když se ustálí určité věci v jejím životě, zlepší se i porucha příjmu potravy. V současnosti dost experimentuje s drogami právě v důsledku špatných psychických stavů a uvažuje o další pobytové léčbě.

Zkušenosti s návykovými látkami

Zuzana má k návykovým látkám velmi kladný vztah. Ve větší míře alkohol užívá asi od 16. let, často zapíjela úzkosti, pila před prezentací ve škole, nebo když byla nervózní. Nejrizikovější období bylo v jejích 19. letech, pila tajně skoro každý den. Dávala si několik sklenic vína, nebo pár panáků tvrdého alkoholu. Schovávala si po bytě láhve. Okolí si začalo všimnout její časté konzumace alkoholu. Nakonec po intervenci blízkých a špatného psychického stavu navštívila psychiatra, který jí napsal antabus, a pití omezila. V současnosti už antabus nebere a vrátila se opět ke konzumaci alkoholu, ale v menší míře než dříve. Nynější vztah k alkoholu byl screeningově zhodnocen pomocí dotazníku AUDIT, ve kterém získala Zuzana 14 bodů. Výsledek svědčí o opětovných problémech s alkoholem.

Od 23 let začala užívat marihuanu. Nejvíce kouřila ve 24 letech ve spojení s poruchou příjmu potravy, když ji užila, byla schopná jíst, proto začala před každým jídlem užívat THC. Měla problémy se spánkem, který seabemedikovala také pomocí kouření marihuany. Ve 26 letech začala experimentovat se silnějšími drogami. Občas užívá kokain a speed, hlavně kvůli soustředění a práci, aby toho hodně stihla, dokonce si ho občas v práci šňupne, a utrácí za to veškeré své peníze. Největší problém má s extází, kterou bere sama doma pravidelně, přečetla si nějaký výzkum, ohledně léčby psychických nemocí pomocí MDMA, a od té doby

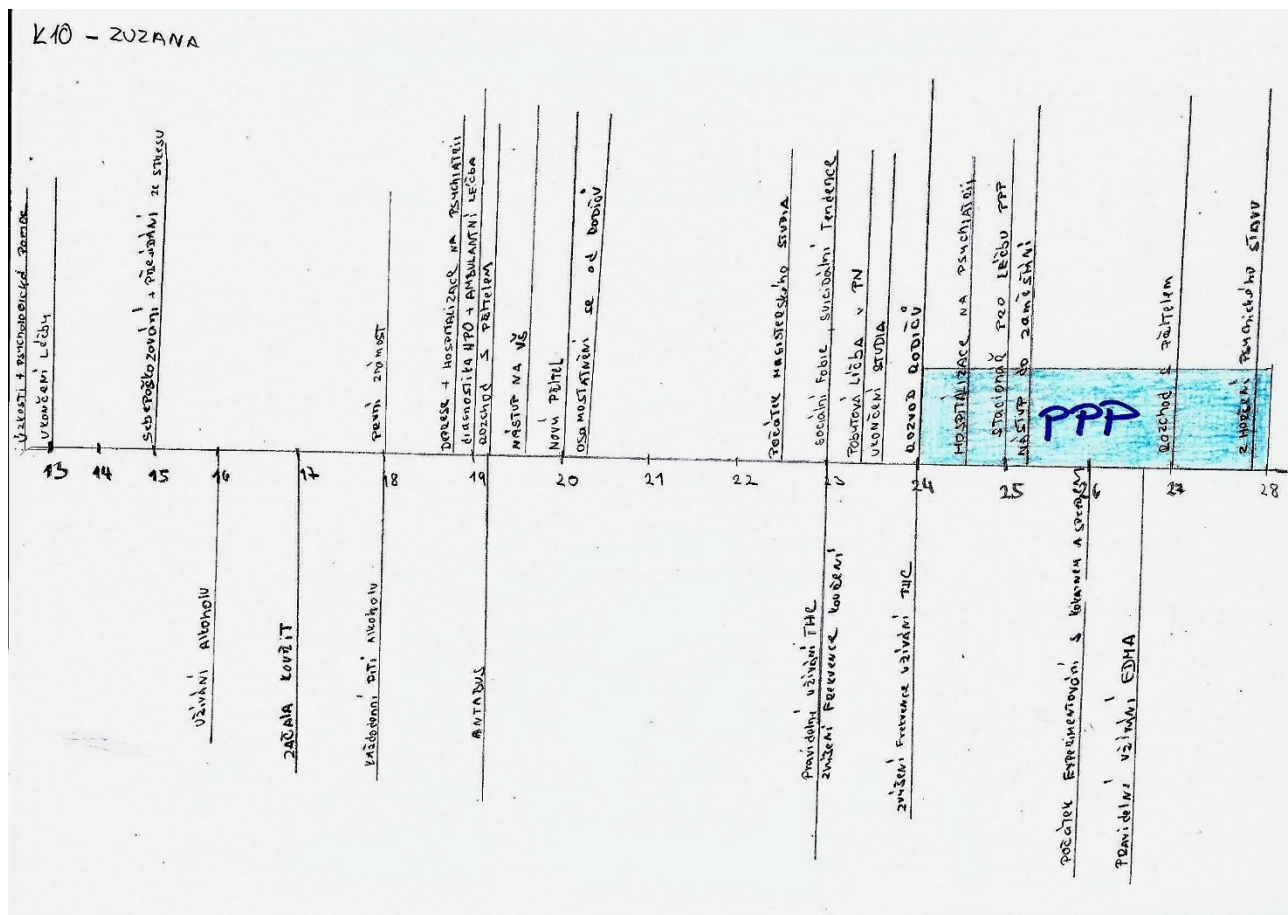
se snaží takto sebemedikovat. Díky ní zažívá pocity sebelásky, je schopná jíst, nemyslí na jídlo ve špatném slova smyslu, a není ochotná s tím přestat. Přesto všechno si uvědomuje rizikovost svého chování, ale díky drogám dokáže fungovat a nemá sebevražedné myšlenky. Za normální situace cítí jen vnitřní prázdnotu, nemá smysl života, ale drogy jí dodávají chuť do života. Z výše zmiňovaných skutečností je evidentní Zuzanin problém s návykovými látkami. Skutečnost nám potvrdil screeningový dotazník DAST získala 6 bodů, nachází se tedy ve stádiu podstatné úrovně problémů s drogami.

Je kuřačka, ale kouří jen ve chvílích stresu nebo po jídle. Poprvé si „zapálila“ cigaretu v 17 letech, ale intenzivněji kouří od 23 let. Frekvence je nárazová, někdy vykouří 3 cigarety denně, někdy více než jednu krabičku, záleží na situaci, ve které se momentálně nachází. V současnosti kouří intenzivněji. Ve Fagerströmovo testu nikotinové závislosti získala 7 bodů. Výsledek značí vysokou závislost na nikotinu.

Terénní poznámky

Vlivem dřívější spolupráce se Zuzanou proběhl rozhovor na důvěrné přátelské bázi. Nebála se mi cokoliv sdělit a cokoliv rozvést. Poznámka, která stojí za zmínku, je společné stravování. Zuzana si nechtěla dát nejdříve nic k jídlu, ale poté co jsem si objednala já, přidala se ke mně a na konci mi poděkovala, že díky mě se najedla. Dále během rozhovoru proběhla krátká krizová intervence z důvodu možné drogové závislosti, kterou si Zuzana zatím nepřipustila. Rozhovor byl v příjemném prostředí čajovny a trval déle než předešlé rozhovory.

Časová osa



(Obrázek č. 10 – časová osa)

Celkové výsledky screeningových dotazníků na závislost

Výsledky			
Participantka	DAST (Body)	AUDIT(Body)	FTND(Body)
K1. Lucka	Neaplikováno	Neaplikováno	Neaplikováno
K2. Kamila	3	12	Neaplikováno
K3. Eva	2	17	4
K4. Lenka	3	6	2
K5. Simona	5	15	6
K6. Jana	3	2	4
K7. Klára	Neaplikováno	4	5
K8. Dana	3	14	7
K9. Ivana	Neaplikováno	Neaplikováno	Neaplikováno
K10. Zuzana	6	14	7

Tabulka č. 2 – Výsledky screeningových dotazníků

4.9.2. Tematická analýza – Popisná část

Následující část diplomové práce je zaměřena na zpracování získaných rozhovorů prostřednictvím tematické analýzy. Podrobnou analýzou získaných dat, která byla provedena pomocí výše zmiňovaných metod kvalitativního výzkumu, byla vygenerována témata či fenomény, které slouží k odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Vybraná témata budou níže rozpracovány, charakterizovány a doplněny o přímé citace participantek. Citace začínají křestním jménem participantek z důvodu rozpoznatelnosti výroků.

Téma 1: „rodinné problémy“

Vliv rodinného kontextu na vznik i průběh onemocnění poruchou příjmu potravy je považován za jeden ze zásadních. Jak poruchy příjmu potravy, tak závislosti zařazujeme mezi vývojové poruchy, které jsou silně ovlivněny právě fungováním rodinného systému, ve kterém jsme vychováváni. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, rodinné problémy patří mezi rizikový faktor rozvoje nějaké psychické patologie. Tento fenomén se objevuje i v našem případě. Většina dotázaných během sebraných rozhovorů zmiňovala krizové situace v rodině, se kterými se nedokázaly smířit a vedly je k různým druhům sebedestruktivních obran. Mezi takové situace patří rozvod rodičů, závislost v rodině, špatná komunikace mezi členy nebo nevěra partnera.

Například participantku Janu dovedl rozvod rodičů k depresím, zneužívání léků a k pokusu o suicidium *„Vůbec jsem tomu nerozuměla, celou dobu jsme byli dokonalá rodina, rodiče byli moji hrdinové, můj vzor spokojeného života a najednou bylo všechno pryč. Ani jsem nevěděla, že mají nějaké problémy, že se hádají. Prý mě nechtěli zatěžovat, ale já měla pocit, že to byla moje vina, že mi to nechtějí přiznat. Chtěla jsem být zase ta jejich malá holčička, abychom opět byli šťastná rodina. Ani nevím, jak se to stalo, ale najednou jsem prostě nechtěla být. Nebyla jsem schopná jíst, hubla jsem, přidělávala starosti. Říkala jsem si, že když zaspím dny, tak bude všechno v pořádku. Až jsem to jednou přehnala a dostala se na psychiatrii z důvodu předávkování. Když jsem se, ale probudila, byli tam oba rodiče spolu“*

U Kamily se projevila trochu jiná zkušenost po rozvodu rodičů. Začala sice trpět mentální anorexií, ale v té době to cítila spíše pozitivně. *„I když jsem byla ráda, že matka odešla, tak ve chvíli, kdy jsem onemocněla, se o mě opravdu začala zajímat. Z druhé strany doma byl bez ní klid, zůstala jsem sama s tátou a bylo to skvělé, večer jsme si u televize spolu dávali víno a pomlouvali mámu“*

Obě tyto situace hovoří o možném získávání moci nad situací formou nemoci. Jana měla pocit, že dá rodiče pomocí nemoci a strachu o ní opět dohromady a Kamila díky tomu získala jejich pozornost pro sebe.

Zvláštní zkušenost zmínila i Ivana, která díky pokusu o sebevraždu získala zpět

může, který chtěl odejít za milenkou. *„Věděla jsem, že to bez něj nezvládnou, je moje všechno, když bych v pití pokračovala, přijdu o něj, ale nedokázala jsem sama přestat“*

Výše zmiňované skutečnosti hovoří o nemoci jako možném komunikačním kanálu mezi členy. Něco, co nejsou schopni vyjádřit slovy, vyjádří útekem do nemoci, nemoc jako možná manipulace se situacemi, které samy nedokáží zdravě zvládnout.

Zuzana zmiňovala, že během konfliktů mezi jejími rodiči měla ohromný pocit viny. *„Vždy jsem měla pocit, že jsem jejich komunikační kanál, máma nesnášela tátu, táta nesnášel mámu, a když si něco chtěli říct, stála jsem mezi nimi já. K tátovi jsem měla blíže a máma mi to dávala pěkně sežrat. Nechtěla jsem být doma, často jsem utíkala pryč a pila, když se hádali. Byla jsem stále ve stresu a ve stresu nejsem schopná jíst, čili jsem vůbec nejedla, ale zase jsem jíst chtěla tak jsem hulila a hned mi bylo líp. Říkala jsem si, jestli mě máma nesnáší kvůli tátovi...“*

Simonu zase hrozně ovlivnila závislost její sestry „Rodiče jsou skvělý, oba. Ale sestra jim přiděluje takové starosti a já jim prostě nemůžu říct, že sama trpím. Už takhle mají svoje. Kdybych jim tam mohla nějak pomoc, nemůžu jim říct, že bojuji, to se raději vyléčím“

Kvůli problémům nechce rodinu zatěžovat ani Dana *„Nemůžu jim to říct, mají vlastní život, vlastní problémy, já to zvládnou sama“*

Tyto skutečnosti potvrzují různé teorie o pocitu méněcennosti. Participantky mají pocit, že jejich problémy nejsou závažné natolik, aby zatěžovali své blízké, často hledají jiné způsoby, jak situace zvládnout, jak si říct o pomoc. Například mohou unikat k návykovým látkám nebo k alkoholu.

Zajímavý způsob řešení problémů v rodině zažila Klára, která se rodičům nejvíce přiblížila ve chvíli, kdy se scházeli každý večer u vína. *„S rodiči jsme nikdy neměli nějaké výrazné problémy. Ve chvíli, co jsem začala trpět anorexií, jsem ale cítila jejich větší zájem, více se rozčilovali a báli se o mě. Nedokážu to vysvětlit, ale byl to příjemný pocit. Pak jsem se stala ale bulimičkou, začala jsem krást jídlo a naši se hodně rozčilovali a snažili se mi promlouvat do duše, stále jsme se hádali. Nooo, ale pak, ani nevím, kdy to přesně začalo.. Scházeli jsme se každý večer v obýváku u vína, povídali jsme si, bylo to zase hrozně fajn a ještě lepší na tom bylo, že jsem se nepřejedla. Měla jsem pocit, jako bych opět byla ta malá holka, jenom jejich a ještě jsem se dokázala nepřejíst“*

Výše uvedené okolnosti potvrzují, že rodina hraje zásadní roli v životě nemocných a už tolik nezáleží, co přesně se v dané rodině odehrává, ale jak to daná osoba vnímá, co to s ní dělá a jak je to pro ni důležité. Porucha příjmu potravy je často forma komunikace s blízkými, způsob, jak zvládat pro ně nepochopitelné či těžko ovladatelné situace, způsob řešení či obrany.

Téma 2: „Útěk“

Dalším často zmiňovaným tématem během rozhovorů byl útěk, a to rovnou v několika významech. Porucha příjmu potravy je sama o sobě určitá forma úniku, nemocní utíkají do nemoci od situací, které nejsou schopní samy zvládnout. Mají pocit, že útekem se daná situace vyřeší, je to určitá forma rychlého uspokojení, rychlého řešení. Všechny dotazované přiznaly, že porucha příjmu potravy pro ně začala jako útěk od jiných problémů, jejich pozornost se najednou zaměřovala jen na jídlo, hubnutí a všechny aspekty, které se pojí s poruchou příjmu potravy. Bylo to pro ně ze začátku hrozně příjemné, měly ze sebe skvělé pocity, najednou něco ovládaly, ale postupem času je to začalo svazovat a dusit. A chtěly před tím uniknout dál.

Eva: *„ANA mi dala smysl života, najednou byl pryč ten tlak, ta vlastní nicota. Ale čím více času jsme spolu trávili a čím více jsem viděla, jak ničí mé blízké, chtěla jsem to změnit, ale nešlo to. Nedokázala jsem jí uniknout.. Najednou jsem zjistila, že jsem závislá, závislá na hubnutí, a nevěděla jak z toho ven, vinila jsem z toho rodiče, začala jsem utíkat z domova a různě se stěhovat, ale vždycky mě to dohnalo....v té době jsem začala jíst hodně léky, dám si třeba 10 neuroků a prospím celý víkend, nebudu se trápit, ale jednou jsem to přehnal..“*

Lucka: *„Nejhorší to bylo ve fázi bulimie. Nemohla jsem být doma, utíkala jsem do hospody za kamarády, protože jsem věděla, že když zůstanu sama, skončí to jako vždycky... budu jíst a zvracet, dokud nepadnu. Kamarádi mi pomohli uniknout od sebe samé, ale nikdy to nešlo bez alkoholu pak bych myslela jen na jídlo. Vždycky jsem se musela totálně zlejt, abych přišla domu a rovnou padla, kdybych pila málo, pak bych se stejně přejedla“*

Únik do baru, hospody nebo na party zmiňovalo 9 participantek z 10. A ve většině případů se tak stávalo ve fázi bulimie, kterou vystihoval hlavně únik k návykovým látkám.

Kamila: *„Bylo lepší chlastat než blejt, pořád to bylo společensky přijatelnější a aspoň jsem neměla ty podělané výčitky, ba naopak, když jsem se zvládla opilá nepřejíst, byla jsem na sebe hrozně pyšná, vůbec mi nepřišlo divné, že utíkám do hospody 5x týdně“*

Simona: *„Díky chlastu jsem alespoň unikla myšlenkám na to, jak hrozná jsem“*

Lenka utíkala doslova: *„Kdykoliv jsem měla pocit, že mám chuť jíst, věděla jsem, že musím jít běhat, že tomu musím utéct. Vlastně jsem pořád jen utíkala, ke všem možným problémům jiných lidí, záchraně zvířat, škole, zaměstnání, hlavně abych nemusela řešit sama sebe, postupem času jsem ale už neměla energii, a začala jsem unikat k hulení, už jsem nemusela nikam běhat, ale nemusela jsem na to ani myslet“*

Únik k návykovým látkám je typickým rysem u poruch příjmu potravy a jiných

psychiatrických diagnóz, jak bylo zmíněno již v teoretické části. Tuto hypotézu splnily všechny dotázané. Unikaly převážně k alkoholu a lékům, ale i dalším návykovým látkám.

Ve většině případů se vyskytovaly obdobné vzorce. Ale jediná Dana utíkala ve fázi mentální anorexie k pervitinu. „*Najednou to pro mě bylo skvělé hubla jsem, utekla jsem hladu a také touze se izolovat, mohla jsem pořádně fungovat*“

Zuzana utíkala od svých psychických problémů k extázi a kokainu „*Najednou jako by se všechny problémy rozplynuly, vůbec jsem na tu zasranou postavu nemyslela... bylo to boží...*“

Dalším častým rysem byl útek do spánku, projevovaný u všech dotazovaných ve fázi mentální bulimie.

Klára: „Po záchvatu přišly takové výčitky, že jsem to musela jít zaspát, neustále jsem si říkala, zítra bude nový den, zítra začnu znovu a jen jsem doufala, že tomu uteču do druhého dne. Zaspím to, a vše bude pryč, ale bohužel druhý den se kolotoč opět roztočil. Nejhorší bylo, když mi nešlo usnout, z těchto důvodů jsem často volila cestu alkoholu, po něm se mi spalo lépe.“

Stejný směr volila i Ivana: „*Výčitky se nedaly zvládat, tak jsem opět šáhla po oxazepamu a vodce, i když jsem věděla, že se manžel bude zlobit, ale to vnitřní napětí mě vždy ovládlo...*“

Respondentky užívaly slovo útek i v jiných formách, například útek k jinému sebedestruktivnímu chování, ale v rámci rozsahu a tématu práce jsem se zaměřila jen na výše zmíněné.

Téma 3: „Zasloužím si to“

Všechny formy poruch příjmu potravy provázejí neustále výčitky nejen ohledně stravování, ale také okolo všech situací v okolí. Nemocné v souladu se svým velmi nízkým sebevědomím často neznají jiný pocit, než nicotu, nicotu vlastní existence. Jejich pocitu prázdnoty a neschopnosti být šťastná obvykle předcházejí traumatické události, ze kterých se iracionálně viní. Tento fenomén se vyskytoval i během rozhovorů, a to u většiny dotazovaných. Například Eva si vyčítala celý svůj těžký životní příběh až do takové míry, že si pocit ublížení a ponížení natolik zvnitřnila, že ho potřebovala vyhledávat.

„Vlastně jsem vždycky byla hrozná, vůbec se nedivím, že mě děti šikanovaly, že mě nepřijaly mezi sebe, taky bych se nepřijala, zasloužila jsem si to, někdy to sice bylo dost těžké, ale díky tomu jsem poznala, jaká opravdu jsem“

„Dobře mi tak, měla jsem poslechnout rodiče a nechodit po nocích sama, kdyby to tak bylo, nikdo by mi neublížil.. stejně mi akorát ukázal, že moje tělo nemá hodnotu a každý si ho může vzít... je to jen hnusné nechutné tělo, kdybych se o něho jinak starala, nestalo by se mi to, kdybych se chovala lépe,... „

Eva si vyčítala všechny jejich rodinné problémy, byla v neustálé úzkosti, vlastně

doposud údajně jiný pocit nezná. *„Zasloužím si být potrestaná, možná to je ten důvod, proč mám hroznou potřebu si ublížit, poslední dobou jsem našla nový způsob řešení, už nechci pít a nemůžu se řezat, tak jsem začala chodit na HÁKY, konečně mě to třeba očistí.“*

Simona má ze sebe stejné pocity: *„Jsem totální troska, koukněte se na mě, nedokážu odejít z domu bez toho, abych si vzala ty posrané prášky, jsem hnusná tlustá a nikdo mě nechce. Nikdy mě nikdo nechtěl, už když jsem byla mladší tak mi musel ublížit, a co já udělala? Místo toho, abych na sobě zapracovala, začala jsem žrát“..*

Zneužití a znásilnění je trauma, které prožila polovina dotázaných, a jen od jedné jsem slyšela o nenávisti k danému muži, jen jediná začala věc řešit a hlásila to na policii.

Lenka *„Nenáviděla jsem ho za to, co mi udělal, ale stejně mi nikdo nepomohl, tak jsem si říkala, že to má asi tak být“.*

Bohužel nevyřešení dané situace jí dovedlo jen k pochybnostem, nikdo tu pro ni nebyl, tak začala mít pocit, že si za to může sama a začala si o to více ubližovat a o to více utíkat k alkoholu. *„Přestala jsem vlastně jíst a raději jsem pila, měla jsem najednou ze sebe skvělý pocit, nemusela jsem jíst, ale i přesto jsem měla energii a necítila žádné výčitky, hlava byla najednou čistá “*

Zuzanu, Janu, Kláru a Evu vedly konflikty mezi rodiči k sebepoškozování a často i ke zvracení, měly pocit, že kvůli tomu, jaké jsou se rodiče hádají a nesnášejí, a stejné vzorce chování si přenesly i do svých budoucích vztahů. Například Eva měla pocit, že je určitě ve vztahu tak hrozná, že si potřebovala potvrdit svoje selhání, i když nechtěla, tak partnera podváděla a podobně to prožívaly i další participantky.

Nejen výčitky, ale i vlastní aktivní potrestání se je jeden z častých fenoménů. Osm z deseti dotázaných přiznalo, že se po záchvatu přejídání potřebovalo pořezat nebo si ublížit jiným způsobem. Zajímavé je, že ve fázi anorexie se sebepoškozování tolik nevyskytovalo.

Dvě z dotazovaných se dokonce potřebovaly natolik ponížít a potrestat, že ve chvílích, kdy jim bylo hodně psychicky špatně, měly potřebu se sexuálně prodávat. Tyto okolnosti je o to více vedly k užívání návykových látek.

Lucka: *„Neměla jsem co ztratit, stejně jsem byla nechutná a hnusná, alespoň jsem nemusela myslet na to všechno co provádím....“*

Příklady výše uvedených situací jsou bohužel podkladem toho, proč nemocné poruchou příjmu potravy se tolik nenávidí, zdraví jedinci tomu často nerozumí, mají pocit, že daná nemoc, je jen o hubenosti, ale váže se na ní spoustu jiných aspektů, které jsou pro někoho možná iracionální, ale pro bojující naopak. Neschopnost uniknout těmto pocitům nicoty je dovádí k pokusům o sebevraždu, což nám potvrdilo 7 z 10 dotázaných. A ani jedna z participantek nevyvrátila, že by

na to alespoň nepomyslela. To mě opět navrací k závažnosti daného onemocnění a možného důvodu, proč nemocné utíkají k návykovým látkám.

Téma 4: „Dvojitý život“

Porucha příjmu potravy ovládá celý život nemocných, často nevědomě. Myšlení je zahlcené jen jedním, mentální anorexií nebo mentální bulimií. Ztrácejí pocit kontroly nad svým životem, něco, co jim nemoc dávala, jim teďko bere. Přiznat to nejen okolí, ale také samy sobě je obrovsky těžké, proto si vytvářejí dva světy, ve kterých fungují. Začnou nahlížet na svou nemoc jako na něco odděleného od reálného života. Porucha příjmu potravy není společensky přijatelná, stydí se za ní, proto se navenek chovají v souladu s očekáváním okolí, ale v soukromí se zcela změní. Není pro ně přípustné projevit svou bolest svůj únik od reality.

Eva: „Každý mě má za totálně usměvavou a pozitivní osobu, vlastně se nestane, že jsem na někoho nepříjemná, často působím jako flegmouš. Přitom si všechno nosím domů, kde seřvu blízké, pořežu se nebo jdu prostě blejt. Když se pak někomu otevřu nebo někdo zjistí jaké mám problémy, tak tomu nevěří, a já jsem na sebe pyšná, že to dokážu utajit. Přitom stále utíkám domů, kde stejně jenom jím a nic jiného nedělám. Když zase jím, tak utíkám do hospody za kamarády, kde jsem zase někdo úplně jiný. Tajím to už 10 let, ví o tom jen moji rodiče, přitom bliju několikrát denně“

Kamila: „Pořád jen všem lžu a manipuluju s nima, už ani nevím, co je pravda a co ne. Bulimie ze mě udělala mistra lží a rozdělila můj život na dva světy, vnitřní svět bulimičky a svět ve kterém mě vidí ostatní. Hrozný je, že už ani nevím jaký je ten reálný a ani který mám raději“

Dana: „Nebudu přeci někomu přiznávat co dělám, je to tak ponižující, že se nedokážu ovládnout, každý mě má za holku, která je schopná všeho, má velkou vůli, hodně zhubla a do toho je stále tak pozitivní. Přitom se musím přejídat a zvracet. Přejde to kdykoliv jsem sama doma, což je vlastně vždycky. Z tohoto důvodu musím chodit do těch barů nebo pracovat. Jsem najednou úplně někdo jiný, když se vrátím domů, jsem to zase já... žádná silná osobnost, ale slabá neschopná holka“

Tento druh štěpení psychické jednoty může souviset s nadměrnou seberegulací, kterou dívky mívají následkem vlastní nejistoty. Nedokáží akceptovat samy sebe, natož si připustit, že by je mohlo přijmout okolí, proto si vytvoří dvě tváře, dva světy, ve kterých žijí.

O dvojitým životě hovořily všechny dotázané. Druhý svět pro ně byla vždy utajená porucha příjmu potravy, měly pocit, že když o tom někomu řeknou, ztratí se, přijdou o ni. Čím více času tráví ve světě poruchy příjmu potravy, tím více se vzdalují od reality.

Zajímavým zjištěním v tomto ohledu bylo, že většina participantek si přála mít vlastní bydlení právě pro jednodušší oddělení dvou světů. To jim také komplikovalo utváření vztahů. Šest z nich v současnosti stále bydlí samo ve svém bytě.

Ivana dokázala udržovat dva světy dokonce v jedné domácnosti.

„Před manželem jsem bulimii dokázala utajit na osm let, hrozně jsem si to vyčítala, ale bála jsem se mu to říct, že mi ji vezme, a hlavně jsem se za to styděla. Bylo to něco mého, ale z druhé strany jsem od toho potřebovala někdy utéct do toho druhého světa. Moc dobře jsem si uvědomovala, co dělám, že lžu. Lžu všem.. hlavně nejbližším. Ale nechtěla jsem přiznat, že stále zvracím a kolik toho sním. Ta přišly na řadu alkohol a léky, bylo mi najednou líp“

Lenka: *„Byla jsem nejlepší studentka, vždycky perfektní, hodná, bezproblémová. Nikoho to nikdy nenapadlo. Vyšla jsem ven a jen se usmívala a byla společenská, přitom jsem introvert, ale chtěla jsem zaujmout. Po čase se to začalo stupňovat a já začala utíkat z jednoho světa do druhého. Od kamarádu jsem utíkala domů, kde jsem mohla jíst a zvracet a naopak, abych nejedla, utíkala jsem za nimi. Nenáviděla jsem se, ty drogy mi prostě odváděli myšlenky od toho, co dělám. Nedokázala jsem přiznat nikomu, že zvracím, nikomu! A to několik let“*

Přiznat, že se něco děje, že nejsem dokonalá, je pro nemocné jednou z nejtěžších věcí.

Lucka: *„Když to vyslovím, bude to pravda, nechci si to připustit“*

Lucky výrok hovoří za vše. Proto raději mlčí. Připustit si problém, znamená něco s tím dělat. Ve chvíli, kdy o tom začaly mluvit, se jim ulevilo.

Lenka: *„Nejvíc ze všeho mi pomáhá, když o tom můžu s někým mluvit, někomu říct svůj příběh, spojit ty dva světy dohromady, už si na nic nehrát. Nejdříve jsem o tom psala, a postupem jsem o tom začala i mluvit“*

Podobně o tom hovoří i zbytek dotázaných. Spojení dvou oddělených světů jim dopomohlo ke zlepšení zdravotního i psychického stavu.

Klára: *„Nedokážu si to vysvětlit, ale ve chvíli, kdy jsem přiznala bulimii a začala to řešit, přestala jsem i tolik pít“*

Eva: *„Vlastně, čím jsem byla starší, tím méně jsem se bála propojovat dva světy. Chování, které jsem skrývala, jako bulimii, pití nebo sebepoškození. Začala jsem se postupně svěřovat, učila jsem se říkat si o pomoc, zjišťovala jsem reakce okolí. Padaly mi najednou kameny ze zad, a já si říkala, že to možná bude jednodušší než žít dva životy, než stále lhát, protože to už mě fakt vyčerpávalo“*

Téma 5: "Strach z blízkosti = strach ze samoty"

Zmatenost a nerozhodnost je často věc, která nemocné specifikuje, o to větší je pak jejich sebekontrola. Potíže v sebepřijetí se promítají do mezilidských vztahů, které následně ovlivňují celý průběh nemoci. Dívky s poruchou příjmu potravy od sebe z jedné strany všechny odhánějí, bojí se budovat vztahy, nerozumí tomu, proč by je někdo mohl mít rád.

Z druhé strany se chtějí ostatním nestále zalíbit, být středem jejich pozornosti a zájmu. Často budují povrchní vztahy, nevázaný pohlavní styk, mají kolem sebe spoustu přátel, ale málo blízkých. Neustále flirtují, ale bojí se otevřít něčemu hlubšímu. Vyžadují pozornost, ale přitom před ní utíkají do druhého světa. Bojí se cítit, aby jim nikdo neublížil, bojí se blízkosti, aby si nevytvořily vztah. Přitom jejich strach z blízkosti má podklad ve strachu ze samoty. Kdo se o ně postará, kdo jim pomůže, kdo je zachrání, kdo je bude mít rád? Tato frustrace může vést k potlačení až do takové míry, že veškeré pocity jsou schopné vyjadřovat jen formou poruchy příjmu potravy nebo patologickým chováním.

Dané potíže udávaly všechny dotázané. Například Lucka nebo Eva si neustále hledají partnery, které jim dokazují, že je nikdo nebude mít rád, ponižují je, udržují v nemoci, ale z druhé strany jsou na nich závislé a ví, že je neopustí.

Eva: „Kuba mi neustále říkal, jak jsem chladná, taková a maková, neustále opakoval, že mě nikdo kromě něho nebude mít rád. Byl to hrozný vztah, dokonce mu nevadilo, když jsem před ním zvracela. Rozešli jsme se snad milionkrát, ale vždycky jsem se vrátila. Nikdo mi nedal to, co on, měla jsem u něho jistotu, že tu bude ať se stane cokoliv, protože jenom on mě bude mít rád, a aspoň nezůstanu sama“

Lucka: „S Liborem jsem zažila peklo, alkoholismus, drogy, ponižování, bulimie a radši nechci říkat co jiného, ale i přesto jsem věděla, že mě nenechá, že jen on tu pro mě bude. Nikdo jiný mě nebude mít rád. Až v léčbě jsem si uvědomila, že spolu nemůžeme být. Ale i přesto jsem nikdy nikoho jiného nemilovala“.

Úplně stejnou zkušenost má i Dana nebo Simona. Ani jedna z těchto dívek si nikdy nenašla jiného přítele, zažily jen povrchní vztahy nebo ani to. Mají blok z blízkosti. Partneři jim hrozně ubližovali, a nikoho jiného už si tak blízko nepustily. Obě žijí samy a nepouštějí si nikoho moc blízko, neustále se přetvařují a ukazují světu, jak jsou takto spokojené, vypadají sebevědomě a muži jim věnují pozornost, ony si jí užívají, ale tím to končí. Pak přijdou domů a samota je stejně dožene.

Denisa: „stejně skončím sama, vím to, ale je mi to jedno, mám tady dva psi, to mi stačí, stejně nikoho nechci, akorát by mi naboural moje plány“

Eva: Často jsem přemýšlela, proč nejsem schopná mít někoho ráda, proč mi to nejde, a přišla jsem na to, že mám takový strach z opuštění, které jsem zažila v dětství, že už to nechci zažívat.... Raději zůstanu sama, ale uvědomuji si už po letech boje s poruchou příjmu potravy, že pro mě není muž, který by mi ji nahradil.

Asi už nejsem schopná prožívat emoce. Tak jsem to potlačila, že jediné, kdy opravdu cítím je, když se přejídám a zvracím, někdy na to myslím i při sexu, a dokonce mě to vzruší, to jídlo mi dá více než nějaký chlap“

Lucka: Jediné, kdy jsem dokázala prožít nějakou emoci je při bulimickém záchvatu, a to mi Libor nezakazoval. Jediná chvíle, kdy jsem se necítila sama. Nechtěla jsem být nikdy sama, ale přitom jsem z té společnosti vždycky utíkala domů, abych se zavřela a jen se přejídala. Tu samotu jsem zaplňovala jídlem, ale opravdové společnosti jsem se bála a nepřipustila jsem si jí k tělu, jeden velký začarovaný kruh“.

Právě tenhle začarovaný kruh vedl dotazované opět k nějakému druhu útěku, například k návykovým látkám.

Zuzana: „prostě to jinak nešlo, pořád jsem se cítila sama, ale nikoho jsem si k sobě nedokázala pustit, když jsem si dala éčko, najednou bylo všechno skvělé, nemusela jsem myslet na to jaká jsem, ale měla jsem se ráda, dokonce jsem se dokázala seznámit, někoho si k sobě pustit, alespoň na chvíli“.

Ivana: Jako bulimička jsem všechno tajila, ale od manžela jsem byla daleko, alespoň duševně, nerozuměl tomu, chtěla jsem blízkost, ale věděla jsem, když mu o tom řeknu, nepochopí to. Když jsem pak začala pít, bylo to jednodušší. Hlavně jsme občas pili spolu a já cítila, že se to zlepšuje, že nejsem tak sama. V tu chvíli jsem si uvědomila, že sice piju, ale už nezvracím“.

Neschopnost tvořit vztahy bývá typické u dívek s poruchou příjmu potravy, nejen kvůli vlastnímu sebepřijetí, ale také z důvodu traumatických událostí, které se odehrály během jejich dosavadního života. Šest z deseti dotázaných zažilo nějakou formu sexuálního obtěžování či zneužití. Všechny si vyžadovaly pozornost, ale jen ve chvíli, kdy procházely akutní fází poruchy příjmu potravy, převážně bulimií. Ve fázi anorexie raději upadaly do izolace.

Hezky o tom hovoří Klára: *„Pořád jsem potřebovala vědět, že jsem ta jejich malá holčička, že tu pro mě jsou, ale přitom jsem jim ubližovala a utíkala do ústraní.. byla jsem hrozně zmatená. Hrála jsem si na dospělou, ale přitom jsem chtěla být dítětem, o které se někdo bude starat. Ve chvíli, kdy jsem se odstěhovala, začaly se věci měnit. Nikoho jsem si k sobě nechtěla připustit, věděla jsem, že by mi zabránil se přejídat. V tu jedinou chvíli jsem se necítila sama, jídlo mě zaplnilo. Pak jsem se ale zamilovala, opravdu zamilovala. A najednou jsem byla schopná dospět, nedokázala jsem si to vysvětlit, ale už jsem nepotřebovala, abych se zalíbila rodičům, tím pádem jsem tam tolik nejezdila, a tolik nepila. On mě bral takovou, jaká jsem a já se nepotřebovala přejídat, a vlastně jsem přestala i pít...“*

Pro tyto dívky je hrozně těžké dospět, chtějí být stále malou tatínkovou holčičkou, a připustit si do života někoho jiného, je jako by ho zradily. Poruchy příjmu potravy jsou nemocí patologické separace, jak jsem zmiňovala v teoretické

části. Rozhodnout se pro blízkost jiného člověka znamená posunout se, a ne každý je na to připravený. Nemoc pro ně představuje určitou důležitost, určité uspokojení. Cokoliv to může narušit je pro ně nebezpečné. Když to ale zvládnou, mají šanci na posun.

Klára: „Začali jsme spolu žít, začala jsem budovat vlastní rodinný život a ani nevím, jak se to stalo, ale začala jsem se mít ráda. Už jsem jen věděla, že chci miminko, že už nikdy nebudu sama. Najednou si uvědomím, že už vlastně nepřemýšlím nad tou podělanou poruchou a žiju. Chtít miminko a probourat zábrany blízkosti mě zachránily.. a to doslova“

Zuzana „Když jsem byla spokojená ve vztahu nepotřebovala jsem žádné drogy, nic, co mi ubližovalo, ale jakákoliv změna mě dovedla zpátky do pekla. Každý chlap v konečném důsledku ovlivnil to, kým jsem. Nevím, co je výhra, ale vím, že když vše funguje, funguji i já“

Téma 6: " Touha být "opět anorektičkou"

Jak už jsem zmiňovala v teoretické části, anorexie a bulimie jsou nemoci, které se vzájemně prolínají a hranice mezi nimi je tenká, často až neviditelná. Dívky začínají v převážné většině případů trpět primárně mentální anorexií. V tomto období objevují pocity výjimečnosti a hrdosti na sebe sama. Jsou schopné velké sebekontroly a potlačují v sobě touhu po jídle, přitom jsou jím úplně posedlé. V určitých případech ztrácejí kontrolu a upadají do druhého extrému, do mentální bulimie, díky kterému se najednou začnou více nenávidět. Neschopnost mít věci pod kontrolou je pro ně ponižující a bolestná, trpí neustálými výčitky, zklamáním ze sebe sama a touží být opět tou spořádanou anorektičkou. Právě toto téma bylo jedno z nejčastěji zmiňovaných našimi dotazovanými. Zkušenost s oběma onemocněními má 8 z 10 dotázaných. Prolínaly se u nich obě onemocnění, převážně docházelo k přechodu z mentální anorexie do bulimie. O anorexii hovořily spíše pozitivně, některé dokonce hovoří o první zkušenosti se sebe láskou a hrdostí. Anorexie jim dávala pocit moci, dokážou něco, co ostatní ne. Díky ní se jim dostávala pozornost okolí, po které toužily.

Jana: „Cítila jsem se dobře, dokázala jsem hodiny cvičit, okolí mě obdivovalo za mojí vůli, byla jsem schopná se učit několik hodin denně, vypadala jsem jak, kdybych měla milion životů a všechno jsem zvládla. Rodiče se mi více věnovali, zní to hrozně, ale uspokojovaly mě obavy ostatních o mé zdraví. Vypadala jsem jako dítě a asi jsem jím chtěla být, přibrat by znamenalo dospět“

Eva: „Konečně jsem byla někdo, konečně se o mě také někdo zajímal. Už to nebyli sourozenci, ale i já. Byla jsem dobrá, připadala jsem si poprvé v životě schopná a důležitá. Podávala jsem najednou dobré výkony úplně všude, ale z druhé strany jsem byla hrozně zlá a sobecká. Vůbec jsem si nevšímal, že se lidé kolem mě trápí, jela jsem si jen svou. Asi mi to bylo příjemné, ten jejich strach

a obavy. Chovali se ke mně jako k nemocnému dítěti. Vlastně se mi líbila tak bipolarita, dokázala jsem být silná, a přitom vypadla křehce, z toho důvodu se na mě nikdo nic nedovolil“.

Pozitivní pocity prožívané v anorektické fázi způsobují nepřipuštění si onemocnění a jejích možných důsledků, v převážné většině musejí odbornou pomoc iniciovat blízcí nemocných. Situace se ale mění ve chvíli, kdy se anorexie převrátí v bulimii. Pocity moci a sebekontroly se mění v pocity neschopnosti a vlastního znehodnocení. Dříve zodpovědné, pořádkumilovné, sebekontrolou ovládané anorektičky se najednou změní v bulimičky, které naopak nemají žádné hranice, nenávidí se, za to, co dělají, nedokáží se vůbec ovládnout, utíkají samy od sebe a jen vzpomínají na období, kdy se dokázaly kontrolovat. Peníze, které našetřily ve fázi anorexie ve velkém utrácejí.

Kamila sděluje zajímavou zkušenost: *„Jako anorektička jsem při škole hodně pracovala, dost vydělávala ale nedokázala utrácet, měla jsem dobrý pocit, že se dokážu finančně zajistit. Když jsem spadla do bulimie, všechny peníze (a že jich bylo hodně), jsem utratila za jídlo, dokonce jsem dospěla do takové fáze, že jsem začala krást v obchodech přímo potraviny, nebo tátovi jsem brala peníze z peněženky. Hrozně jsem se za to styděla, ale nemohla jsem si pomoc. Nenáviděla jsem se, hlavně jsem věděla, že to skončí na záchodě a já budu mít jen a jen výčitky. Říkala jsem si, jestli jsou výčitky důsledkem samotného bulimického záchvatu, nebo toho co provádím okolo. Někdy se ta nenávisť vůči sobě nedala zvládat. Tak jsem se potřebovala nějak uvolnit. Často jsem toužila po tom, být opět ta anorektička, tehdy jsem byla vlastně spokojená..“*

Zkušenost s krádežemi v bulimické fázi má více dotázaných. Nenávisť vůči sobě u nich postupem času gradovala.

Lucka: *„Nedokázala jsem to zvládat, jako anorektička jsem byla někdo a teď?? Holka s hlavou v záchodě, která nedokáže donést jídlo ani domů z obchodu. Dříve jsem stále uklízela, měla ve všem pořádek. Nooo a teď všude bordel.. jak v pokoji, tak ve svém životě. A ještě k tomu jsem ranec přibrala. Každé přejedení pro mě bylo jako kdyby mě někdo znásilnil, ponížil a já to nemohla ovlivnit, kam se ztratila ta sebekontrola? Už jsem prostě nemohla“.*

Klára: *Nechtěla jsem vůbec být, byla jsem jako zvíře, které se nedokáže ovládnout, přitom ještě před rokem jsem byla někdo, byla štíhlá, schopná.. a teď? Jak feťák, který umí jen žrát a blít, hledala jsem cokoliv, co mi ve zvracení zabránilo, a doufala jsem, že když přestanu, budu opět anorektička. Každý den jsem si říkala, že od zítra přestanu“*

Bulimie vytváří u nemocných pocit neschopnosti, prohry a vlastního znechucení. Ony se snaží najít nějakou formu uvolnění či útěku zpět do anorexie, do období, kdy měly nad sebou kontrolu. Formu uvolnění mohou hledat právě v návykových látkách.

Dana: „Když jsem se opila a díky tomu se nepřejedla, měla jsem pocit, jak kdybych vyhrála světový pohár“.

Eva: „Začala jsem kvůli tomu kouřit, myslela jsem si, že to ovlivní frekvenci přejídání, ale místo toho to skončilo tak, že jsem se nepřestala přejídat, ale po zvracení jsem kouřila, abych se uklidnila za to, co jsem provedla“.

Jana „Chyběl mi ten pocit křehkosti, který jsem zažívala ve fázi anorexie. Přibrala jsem, ale i přesto jsem nedokázala ovládat přejídání... Nenáviděla jsem se čím dál tím více, po každém záchvatu jsem si musela nějak ublížit, nějak se potrestat, za to, že jsem jedla, protože když jím nebudu přeci už anorektička, kterou měl každý rád. Byla jsem tak na dně, že jsem nechtěla být, a léky byly moje jediné vysvobození“.

Pokus o sebevraždu ve fázi bulimie uvedlo 6 respondentek zbytek měl alespoň suicidální myšlenky. Přitom ve fázi anorexie tak silné nenávistné prožitky nezažívaly. Několik respondentek vlivem touhy vrátit se do mentální anorexie začala ve velkém kouřit nebo experimentovat s drogami.

Lucka: „Vlastně až bulimie mě dovedla k veškeré té chemii, ale bylo to pořád lepší než myslet na to jak jsem nechutná..“

Dalším zajímavým zjištěním byl odlišný vztah k přijetí mentální bulimie a anorexie. Žádná z dotazovaných se nestyděla za mentální anorexií, na rozdíl od bulimie.

Eva: „Každý mě měl jen za anorektičku, a já jsem za to byla ráda. Nevím proč jsem to všem říkala, asi abych byla zajímavá a měla pozornost nebo nevím, ale pak přišla bulimie... o té nikdo neví.. I přesto pořád zdůrazňuji, že jsem anorektička, přitom už 7 let bojuji jen a jen s bulimií...“

Dana: „Abych se přiznala, jste první člověk, kterému svěřuji, že mám bulimii... neví to ani moje psycholožka, přitom už mě ovládá 2 roky, ale přeci to nemůžu nikomu říct“

Z druhé strany zase ve fázi mentální anorexie se nechtěla žádná z dotazovaných léčit, ale ve fázi mentální bulimie byly svolné k hospitalizaci či jiné formě léčby, bohužel často z důvodu chtějí být opět anorektičkou, ale i tak to přineslo pozitivní výsledky.

Lucka: „Každá bulimička, která byla dříve anorektička se chce jít léčit, aby byla opět anorektička. Díky léčbě bulimička zhubne a naučí se opět režimu. Mě například nejvíce pomohla léčba u Apolináře, právě proto, že jsem neřešila vůbec poruchu příjmu potravy a nebyly kolem mě hubenější holky, než jsem já“

Eva: „Bulimie mě po 7 letech boje s poruchou příjmu potravy konečně donutila něco dělat, pomohla mi uvědomit, že už nemůžu dál..“

Téma 7: "Kdo jsem já - strach z vyléčení"

Porucha příjmu potravy vzniká nejčastěji v období hledání vlastní identity. Pomáhá nemocným ohraničit vlastní já, určit mu směr. Naplňuje potřeby, které nejsou uspokojeny, je to i způsob obranného mechanismu před určitými vnějšími vlivy, forma úniku. Strach vyléčit se bylo téma, které ovlivňovalo všechny participantky a některé ovlivňují stále.

Simona: *„Konečně jsem si připadala, že nejsem sama. Od dětství jsem byla šikanovaná, nikam jsem nezapadala, byla jsem prostě jen tlustá holka. Nechtěla jsem být, nerozuměla jsem světu, nevěděla jsem kdo jsem. Ale pak přišla ona, najednou byla všechna ta zmatenost pryč, dala mi sílu, která mi chyběla, dala mi smysl proč tady být, bez ní nejsem nic“*

Lenka: *„Zachránila mě, ale jen v určité období. Nevěděla jsem kdo jsem, co chci, co jsem provedla, byla jsem ztracená a neměla smysl života, ona všechno definovala, udala mi směr a já si zvykla na její harmonogram. Hrozně dlouho mi trvalo, než jsem pochopila, že moje identita není mentální anorexie“.*

Ivana: *„Rozhodnout se vyléčit byla jedna z nejtěžších věcí, bála jsem se co přijde, když se vyléčím, a taky oprávněně.. začala jsem být místo toho alkoholička“*

Hledání identity, vlastní podstaty a smyslu života je jedna z nejtěžších věcí v životě a spoustu lidí ji ani nenajde, nebo se bojí svou pravou identitu přiznat, dokonce i sami před sebou. Nemocné poruchou příjmu potravy chtějí sami sebe neustále něčím definovat, něco si dokázat, najít svůj smysl. Neschopnost se najít v nich vytváří úzkost, neumějí si připustit, že by něčím nebyly. Tento důvod vede ke zvnitřnění role „anorektičky“ nebo „bulimičky“

Eva: *„Už je součástí mého života tolik let, že už si ani neumím představit být normální. Každý mě má jako malou roztomilou holku, i když mi bude 30. I když mě ničí, tak jsem to prostě já, jsem ta holka s poruchou příjmu potravy. Možná proto mi nikdy žádná léčba nepomohla, co by ze mě zbylo, kdybych byla zdravá?? Kdo bych byla? Prostě jsem se v tom našla a nevěřím, že to bude někdy jinak“*

Klára: *„Kdo jsem? Tohle byla a možná stále je otázka, která mi běhá hlavou. Ale už na ní nepotřebuji odpověď jako dřív. Všichni se snažíme někým být, někam patřit, nějak se definovat, ale k čemu? Není lepší prostě jen být a žít? Když jsem se snažila zjistit, kam se mám zařadit, do jaké party, stylu atd.. byla jsem neustále nešťastná a připadala si hrozně osamělá. Doma mě měli za nemocnou holku, o kterou se musejí starat. Ve chvíli, kdy jsem se odstěhovala mi to došlo. Já nechtěla být někým, chtěla jsem být jen prostě nemocnou holkou, která má pozornost rodičů a ostatních, nepotřebovala jsem nakonec ani nic dokázat, protože jsem byla přeci nemocná a všechno se dokázalo nějak samo. Až když jsem se odstěhovala, začala jsem se uzdravovat a docházelo mi, že jsem se pořád potřebovala zbytečně někam zašoupnout, přitom když jsem se nesnažila a jen byla, tak jsem se z toho uzdravila“*

Z racionálního hlediska se vždycky snažíme uzdravit někoho, kdo je nemocný, ale musíme se taky ptát, jestli o to stojí a co se stane, když ho léčíme a on není dostatečně připraven.

Lenka *„Rozhodla jsem se vyléčit z bulimie a řekla si o pomoc. Ale asi jsem na to nebyla pořádně připravená, úzkosti nezmizely a já je neměla, jak potlačit, neměla jsem bulimii... Tak jsem začala pít, a pít a pít, až sem se propila do alkoholismu... a co čert nechtěl, bulimie se stejně vrátila a já najednou byla bulimičko-alkoholička. Stále nemocná holka, jen se mi střídaly choroby...“*

Kamila *„Máma mě neustále nutila se léčit, ale nikdy jí nenapadlo se mě zeptat, co chci já. Tak se pak nemohla divit, že jsem z anorexie spadla do bulimie... Prostě jsem se nechtěla vyléčit, nic jiného mě neuspokojovalo. Hlavně u nás doma nešlo někým nebýt, a já ten pocit měla. Dokud jsem nebyla nemocná, nebyla jsem nikým, nikdo o mně nemluvil. Je pro mě hrozně těžké jít dál, neznám jinej život než život v kruhu. I když to nenávidím, nenávidím sebe, ale vlastně to, že se nenávidím, mám ráda“*

Téma 8: "Musím něco dokázat"

Cílevědomost je jeden ze základních osobnostních rysů projevující se u nemocných poruchou příjmu potravy, zejména u anorektiček. Dívky mívají velmi nízké sebevědomí, a mají pocit, že když nic nedokážou, nemá jejich život smysl. Potřebují vidět výsledky své činnosti, ukázat světu, že nejsou neschopné. Dávají si často vysoké cíle a neexistuje pro ně možnost jejich nedosažení, jsou schopné tomu obětovat vše. Stává se to pro ně jednou z nejdůležitějších věcí v životě. Touha něco dokázat a ukázat světu, že za něco stojím bylo tématem všech respondentek.

Lenka: *„Nedokážu si představit situaci, že bych nebyla paní doktorka, po ničem jiném netoužím, a obětovala jsem tomu hodně. Nic jiného hlavně nemám, naši jsou celou dobu někde pryč. Nikdy jsem nic nechtěla jako tohle a neumím si ani představit, že bych nedošla do cíle. Je hrozně zvláštní, že díky anorexii jsem se dokázala dříve učit x hodin denně a teď kvůli tomu, že mě anorexie brzdí ve studiu jí opouštím...“*

Lucka: *„Vždycky jsem chtěla být ve všem nejlepší, něco dokázat. Být ta, ke které se bude vzhlížet. Musela jsem hrát v kapele, zpívat, výborně studovat, cvičit a do toho být krásná a dokonalá. Místo toho, abych viděla nějaký výsledky, chtěla jsem stále víc a víc, nespala jsem, špatně jedla a jak to skončilo? Nedokázala jsem vůbec nic a skončila v invalidním důchodu“*

Eva: *„Vlastně celý život jsem se snažila někomu vyrovnat, nikdy jsem nepocítila ten pocit hrdosti, stále jsem si nepřipadala dost dobrá. Proč nemůžu být tak dobrá jako sourozenci, jediné, co mi šlo, bylo hubnutí a teď už mi nejde ani to. Vždycky jsem chtěla někým být, stále jsem se učila, cvičila, hrála v divadle, dělala*

modeling, ale stejně jsem si nepřipadala dost dobrá, nikdy. Mým největším snem bylo pomáhat, být terapeutem, ale teď se mi i tenhle sen rozplynul. Nevím, co je horší, jestli o něco přijít nebo to vůbec nenajít“

Přijít o sny je těžké pro každou lidskou bytost, ale u dívek s poruchou příjmu potravy je to zintenzivněné tím, že pro ně jsou jejich cíle jejich smyslem života, jejich nenaplnění může mít katastrofální důsledky. Mohou propadnout nejen do hlubších psychických problémů, ale mohou se pokusit o sebevraždu.

Tuhle zkušenost má za sebou právě Eva: „Už jsem nevěděla jak dál, vždycky jsem si říkala, že když se mi to nepovede, tak prostě nebudu, tak jsem to udělala..“

Vlivem nízké frustrační tolerance nemocných je nedosažení cíle nepřijatelné, proto jsou ochotné šáhnout si pro látku, která jim pomůže na cestě k cíli bez myšlenky na možné důsledky.

Simona: „Už od dětství jsem neměla smysl života, nějak jsem nedokázala být šťastná a spokojená sama se sebou. Nízké sebevědomí mě dostalo do poruch příjmu potravy, díky nim jsem najednou začala být dobrá, být někdo, podávala jsem dobré výkony a cítila se dobře. Ale tenhle rozjetý vlak nemohl fungovat věčně a já neměla žádnou energii pokračovat. Představa, že bych nedosáhla cíle, byla jako vykopat si hrob, proto ty prášky... Bez nich bych nemohla pracovat, cvičit a být štíhlá..“

Zuzana: „Neměla jsem energii, byla jsem neustále unavená, ale i přesto jsem nebyla schopná jíst. To nic neměnilo na tom, že sem tu práci musela dodělat, musela jsem být zaměstnancem měsíce. Díky kokainu jsem byla schopná fungovat, zůstávala jsem v práci do noci, nemusela jsem spát, a nakonec jsem toho dosáhla. Víte, co na tom bylo nejhorší? Že jsem z toho stejně neměla radost“

Kamila: „Potřebovala jsem mít skvělé výsledky, ukázat mámě že nejsem tak hloupá, jak mi v dětství připomínala, ukázat tátovi, že stojí za to mě podporovat. Ale už jsem neměla sílu studovat, propadla jsem té proklaté bulimii, sebrala mi veškerou motivaci, sílu a hrdost, ale představa, že bych tu školu nedodělala nebyla možná, potrebovala jsem ukázat všem, že mám na červený diplom. Tak jsem začala pít, vlastně skoro vždycky, když jsem měla dělat něco do školy, nemohla jsem se soustředit, ale po dvou skleničkách vína to najednou šlo, už jsem tolik nemyslela na to se přejít“

Ivana: „Věděla jsem, že jsem o to přišla, o to čeho jsem chtěla vždycky dosáhnout, tak má to pak ještě všechno smysl? Aspoň mi to potvrdilo to, že jsem opravdu neschopná. Kdyby okolí dokázalo pochopit tu mou vnitřní bolest ze selhání, z neschopnosti, nedivilo by se, že tak piju“

Touha něčeho dosáhnout nebo „být někdo“ může člověka chytit do pastí stejně jako závislost nebo poruchy příjmu potravy. Nikdy nemáte dost, a jste schopny tomu obětovat vše.

Téma 9: „útěcha jménem umění“

Analýzu bych chtěla zakončit posledním pozitivně naladěným tématem, kterým je umění. Z rozhovorů vyplynulo, že převážná většina dotazovaných se díky různému druhu umění dostávala ze špatných psychických stavů, nemusela se tolik přejídat, a dokonce to některé pojmenovávají jako určitý ozdravný faktor.

Lucka: *„Když mi bylo nejhůře, skládala jsem, ať to byly básně, texty písní nebo psala blog. Vypisovala jsem se ze všech problémů, strastí a depresivních stavů. Když jsem měla chuť spáchat sebevraždu, napsala jsem o tom a bylo mi lépe, to stejné mi pomáhalo předejít záchvatu přejídání nebo i situaci po něm, vypsát se z toho. V nejhorším období jsem se učila na hudební nástroje, tato manuální činnost mě odvedla od myšlenek na přejídání a uvolnila mě“*

Lenka: *„Nebýt houslí, nevím, kde bych skončila. Bylo to jediné, co jsem v dospívání měla, jediné co mě pojilo s rodiči, co mi dodávalo hodnotu. Věděla jsem, že jsem dobrá, když jsem musela přestat, tak přišla anorexie, nebo možná jsem přestala kvůli anorexii? Nevím, ale už jsem se k nim nikdy naplno nevrátila. Za to, jsem si založila blog a píšu o všem, co se mi odehrává v hlavě, o touze zvracet, jíst, studovat, o všem, písmenka mi pomáhají. Kdykoliv to hodím do textu a sama po sobě čtu, už to v realitě tolik nepotřebuji...“*

Spontánnost, kresba, hudba. Umění je něco, co vyjadřuje to, čím opravdu jsme, bez servítek, bez přetvářek, podložené vlastní emocionalitou. Některé osoby poprvé ukážou díky umění svou pravou tvář, a díky tomu se mu uleví. Jako dítě, které nejedná podle společensky přípustného a vyžadovaného, ale podle vlastní emocionality. Možná to je ten důvod, proč se tolik chceme navracet do dětství, a proč dívky s poruchou příjmu potravy chtějí zůstat malými holčičkami. Mohou být takové jaké opravdu jsou, nemusejí se přetvařovat, mohou ukázat svou pravou tvář a nemusí jí potlačovat nebo utíkat k různému druhu patologického chování.

Jana: *„Když jsem tančila, na nic jiného jsem nemyslela, byla jsem v souladu sama se sebou. Uživala jsem si každý pohyb, byla to jediná chvíle, kdy jsem na nic nemyslela a jen byla, byla šťastná“*

Ivana: *„Po každém přejedení jsem musela malovat, zhmotnit svůj problém, abych se s ním dokázala vyrovnat“*

Eva: *„Nebýt hudby, ani tady nejsem.....“*

Simona: *„Hudba je pro mě něco tak mysteriózního, tak mocného, že to nedokážu ani popsat. Kdykoliv mám možnost hrát na klavír nebo zpívat, jako bych se zbavovala tíhy, tíhy bytí...“*

Devět z deseti dotázaných mluvilo o umění jako o naplnění nějakého vnitřního smyslu, jedna z mála věcí, ve které se nebávali projevit vlastní jednotu, vlastní introspekci.

4.10. Sumarizace výsledků

V rámci výzkumu bylo provedeno celkem 10 rozhovorů. Na jejichž základě bylo získáno značné množství dat. Tato data byla zakódována a seskupena do devíti tematických celků, které vedou k odpovědím na předem stanovené výzkumné otázky. Z tematických celků bylo vybráno několik často se opakujících fenoménů, které odpovídají na výzkumné otázky.

1. Užívají ženy trpící poruchou příjmu potravy návykové látky z důvodu zlepšení jejich psychického nebo fyzického stavu?

První výzkumná otázka je stěžejním bodem celé práce a vážou se na ní zbylé dvě, z tohoto důvodu k ní bylo směřováno nejvíce extrahovaných témat. Skoro celá práce se letmo dotýká této otázky, ale nelze na ní najít jednoznačnou odpověď, protože důvodů, proč dochází k užívání návykových látek, může být spousta, ale jedním z nich je opravdu nejspíše zlepšení psychického i fyzického stavu, což se díky sebraným rozhovorům potvrdilo. Aby mohlo dojít k podložení odpovědi na tuto výzkumnou otázku, musí být zodpovězené i zbylé výzkumné otázky. Z rozhovorů vyplývá, že participantky nejsou v životě spokojené, všechny bojují s vnitřní nestabilitou a psychickými problémy, které nejsou schopné zvládat pomocí zdravých obranných mechanismů. Využívají k tomu různé způsoby patologického chování, jak již bylo zmíněno výše. Jedním z nich je i užívání návykových látek. Tyto látky jim pomáhají unikat od špatně fungujícího rodinného prostředí a od vlastní osobnosti, kterou nedokážou přijmout takovou jaká je. Neustále se snaží být „někým“, aby splňovaly smyšlená měřítká společnosti, aby byly dokonalé a spokojené. Pro ně něco nereálného. Fenomén sebemedikace návykovými látkami byl potvrzen všemi extrahovanými tématy až na poslední, které bylo zaměřeno na jiný fenomén. Participantky utíkají od vlastní osobnosti, od všech problémů, od partnerství, stresu, a hlavně od emocí. Podrobněji bude téma rozebráno u další výzkumné otázky, která hovoří přímo o důvodech, které vedou k užívání návykových látek.

2. Jaké důvody vedou ženy trpící poruchou příjmu potravy k užití nějaké návykové látky, včetně alkoholu?

Druhá výzkumná otázka dokresluje odpověď na první výzkumnou otázku, ale odpověď na ní opět nemůže být jednoznačná. Důvodů proč, ženy trpící poruchou příjmu potravy užívají návykové látky je opravdu spousta. Z rozhovorů a následných vybraných témat vyplývá, že mezi důvody patří například touha někam patřit. Patřit do rodiny, do party kamarádů, do společnosti, být tzv. „normální“. Alkohol a návykové látky poskytují participantkám sílu a sebevědomí, které jim

podle dostupných dat často chybí. Pomáhá jim stmelit se s další osobou, ať je to rodina či partner. Mají problém projevovat emoce, ukázat lidem kdo opravdu jsou a co potřebují. Strach z nepřijetí či odmítnutí se jeví natolik silný, že podle výpovědí dotazovaných bývá jejich projev emocí právě pomocí poruch příjmu potravy. Dokážou opravdu prožívat emoce, jen když se například přejídají a následně zvracejí. Návyková látka je pak spojovač mezi dvěma světy. Mezi světem poruchy příjmu potravy a reálným světem, ve kterém jsou v kontaktu i s jinými bytostmi než sami se sebou. Strach se k někomu přiblížit je velmi intenzivní a díky účinkům návykových látek je to pro ně snadnější.

Dalším možným důvodem je touha uniknout sama od sebe a vlastní nepřijetí. Tento fenomén prochází všemi vybranými tématy. Participantky uvádějí, že pod vlivem návykových látek zažívají najednou pocity uniku od vlastní nicoty, konečně se přijímají i s vadami na kráse, nepřemýšlejí tolik nad tím, co je s nimi špatně. Nepotřebují se tolik sebepoškozovat, tolik zvracet, tolik se přejídat. Unikají samy před sebou k alkoholu a drogám, které jim najednou poskytnou útěchu. Mohou se více soustředit na přátele, práci, školu či další povinnosti. Například díky stimulačním látkám jsou schopné fungovat v práci či studovat. Porucha příjmu potravy způsobuje ovlivnění myšlení takovým způsobem, že nemocné nejsou schopné se soustředit na nic jiného, jen na to jak zhubnout, jak se přejíst, kolik to má kalorií apod. Nenávidí se za to, ale nejsou schopné ze začarovaného kruhu často samy vystoupit. Návykové látky jim poskytnou pomocnou ruku k vystoupení z bludu alespoň na chvíli „*být jako obyčejná zdravá holka*“ Baví se, milovat sebe a ostatní, jít na večeri s přítelem a jiné věci, které lidem, kteří danou chorobou netrpí, přijdou běžné, ale pro nemocné jsou často nepředstavitelné. Jak uváděla Zuzana, že díky marihuaně a jiným látkám mohla jíst před ostatními. Dalším důvodem, který nesmí být opomenut, je nejen útek od poruchy příjmu potravy, ale celkový útek od problémů. Alkohol pomáhal participantkám zapomenout na to, co provádějí a kdo jsou i mimo anorexii nebo bulimii. Často uváděným důvodem byla také touha zbavit se výčitek, které způsobovala porucha příjmu potravy. Participantky užívaly návykové látky, převážně alkohol, léky a marihuanu po záchvatech přejídání, aby se uklidnily či přímo usnuly, zaspaly výčitky a mohly druhý den začít znovu. Dotázané, které propadly mentální bulimii užívají návykové látky také z touhy být opět hubená anorektička, která je schopná sebeovládání, proto některé užívají stimulační látky, začínají kouřit nebo se zvyšuje samotná intenzita kouření, více pijí či experimentují s drogami. Tlumí to bulimické záchvaty. Dokonce některé participantky uváděly argument, že občas mají pocit, že díky alkoholu se ztrácí jejich porucha příjmu potravy. Tím, že hodně pijí a chodí do společnosti, nepřejídají se a nemyslí na jídlo.

3. Liší se vzorce užívání a preference návykových látek u jednotlivých forem onemocnění?

Poslední výzkumná otázka je zaměřena na specifika užívání návykových látek u poruch příjmu potravy, a hlavně na možnou odlišnost vzorců užívání u mentálních anorektiček a bulimiček. Rozdílnost v užívání návykových látek je hezky viditelná hlavně na časových osách vycházející z kazuistik. Ale i přesto odpověď na danou otázku není jednoznačná, hlavně z důvodu individuality každé participantky a úzké hranice mezi mentální anorexií a bulimií. Většina dotázaných prošla jak etapou mentální bulimie, tak i anorexie, nemoci se během let střídaly. Během fáze mentální anorexie docházelo u participantek k počátku nebo zvýšení frekvence kouření, ale k danému fenoménu docházelo u některých i během etapy mentální bulimie. V konečném důsledku se žádný výrazný rozdíl neprojevil, jediné, co můžeme říct, že vlivem poruchy příjmu potravy (anorexí i bulimií) docházelo k počátku či zvýšení frekvence kouření bez ohledu na formu nemoci. Podobný fenomén se projevil i u užívání ostatních návykových látek, odlišnost se projevila jen v motivaci k užití. Během etapy mentální anorexie participantky více kouřily, aby potlačily chuť na jídlo, ve fázi mentální bulimie se k tomu přidala ještě motivace způsobit si změnu stavu po zvracení. Když si po bulimickém záchvatu zakouřily, bylo jim znovu nevolno a díky tomu zjistily, zda-li je žaludek prázdný.

S ohledem na pití alkoholu je patrná odlišnost právě ve vzorci užívání. Během etapy mentální anorexie participantky pily mimo jiné kvůli energetickému příjmu, který neměly z potravy. Alkohol jim dával jak energii, tak i příjemný stav a klid. Ve fázi mentální bulimie participantky pily mimo jiné, aby utekly záchvatu přejídání, nebo aby zapily výčitky, které po něm následovaly. Rozdíl je patrný v intenzitě a frekvenci pití. Během fáze mentální bulimie participantky pily více, než ve fázi mentální anorexie a ve větším množství.

Zajímavá paralela se projevuje u užívání léků. Během fáze mentální bulimie participantky užívaly různé druhy benzodiazepinu a jiných tlumivých léků, často ve spojení s alkoholem. Snažily se usnout a uklidnit svou mysl před výčitky, které jim způsobil bulimický záchvat. Žádná z nich neužila během bulimické etapy anorektikum. Anorektikum a dalším stimulační léky sloužící k nabuzení užívaly participantky jen při boji s mentální anorexií.

Nejvýraznější odlišnost byla v samotném experimentování s návykovými látkami, která byla výrazně vyšší během etap mentální bulimie. Participantky, které mají zkušenost s oběma fázemi nemoci uváděly experimentování s drogami hlavně v období mentální bulimie.

Zajímavou odlišností byla také změna v preferenci návykové látky u participantky, která přecházela z jedné fáze nemoci do druhé. Při boji s mentální anorexií experimentovala s pervitinem, ale při přechodu do mentální bulimie ho

nahradila alkoholem.

Další témata

V průběhu prováděné analýzy vyvstaly na povrch fenomény, které se přímo nevážou s cílem práce, ale byla by škoda je neuvést. Často se opakujícím tématem byla vztahová problematika. Skoro všechny participantky měly problém s utvářením vztahů, s důvěrou v jiného člověka. Vybíraly si partnery, kteří jim nějakým způsobem ubližovali a udržovali je v nemoci, dokazovali jim, že nemají žádnou hodnotu. Zažívaly s nimi peklo, ale i přesto nedokázaly milovat nikoho jiného, než je. Jako by to byla jejich další forma sebepoškozování. Nedůvěra ale zároveň touha po pozornosti a společnosti v nich vytvářela touhy po nezávaznosti, ke které jim dopomáhaly návykové látky, převážně alkohol. Kdykoliv začínaly mít někoho rády, opustily ho. S tímto tématem se váže další téma, kterým je strach z ublížení. Všechny participantky mají za sebou těžké životní příběhy, ve kterých jim bylo ubližováno, prošly si například zneužíváním, šikanou, úmrtím blízkého člověka, nepřijetím či jiným duševním onemocněním. Všechny tyto okolnosti se mohou vázat na možnou etiologii poruch příjmu potravy, ale také na možný sklon k závislostem na návykových látkách. Důvěrný vztah k lidem vnímají nebezpečněji než různý druh patologického chování.

Dalším zajímavým fenoménem byla touha pomáhat i přes nedůvěru v lidi. Většina participantek pracuje v pomáhajících profesích, stará se o zvířata a touží nepřidělat starosti ostatním. Tyto aspekty mohou zapříčinit důvod, proč nejsou schopné se úplně vyléčit. Snaží se pomáhat ostatním, aby pomohly samy sobě a nemusely si říkat o pomoc někomu dalšímu. Místo člověka volí jako parťáka domácího mazlíčka. Když už si zvolí nějakého partnera do života, bývá to osoba, která také potřebuje zachránit. Do tohoto konceptu může být zařazeno i téma umění. Participantky ho mohou volit právě z důvodu sebezáchrany, pomáhá jim léčit jejich rány a nepotřebují k tomu dalšího člověka. Je to součástí jejich osamělého světa.

Zajímavé je, že participantky mají problém s utvářením vztahů, ale silný vztah k rodině je fenomén, který se objevoval skoro u všech případů. Většina participantek je na rodinu silně vázaná a ovlivňuje celý průběh onemocnění. Touha nikdy nedospět a zůstat stále malá holčička je jeden z typických rysů poruch příjmu potravy a objevoval se i v daném výzkumu. Touha po pozornosti rodičů nebo manžela byla jeden z hlavních příčin onemocnění, proto bylo zajímavé, jak se průběh nemoci změnil ve chvíli, kdy participantky odcházeli z rodinného prostředí. Buď se z toho začaly dostávat, nebo upadaly do mentální bulimie. Možná právě důvod zůstat stále malá holčička způsobuje, že nejsou ochotné pustit si do života někoho dalšího, musely by dospět a posunout se dál.

4.11. Diskuze

Motivací k výběru tématu sebemedikace byla zejména touha poznat komplexněji důvody, které vedou nemocné poruchou příjmu potravy k užívání návykových látek. Z občasného užívání může postupem času vzniknout závislost, tedy i duální diagnóza. Poodhalit důvody, které k užívání vedou a mohou pomoci v prevenci vzniku duální diagnózy.

Zjištění vyplývající z realizace výzkumu se do určité míry shodují s poznatky, které jsou uvedené v teoretické části. Nemocné poruchou příjmu potravy opravdu užívají návykové látky za účelem sebemedikace, ale nemůžeme říct, že je to jediný důvod, a zdali to ovlivňuje jen porucha příjmu potravy nebo i jiné okolnosti. Participantky začaly experimentovat s drogami a alkoholem během různých fází poruch příjmu potravy, ale je důležité zmínit, že dané onemocnění je ovlivňovalo v období, kdy dochází k experimentům s návykovými látkami napříč celým spektrem osob. Dále je důležité zdůraznit, že polovina participantek trpěla i jiným duševním onemocněním, než je porucha příjmu potravy, proto užívání návykových látek mohlo být ovlivněno i jiným duševním onemocněním. Spíše je otázkou, které duševní onemocnění je primární a které sekundární, ale z důvodu ohraničení a rozsahu práce nedochází k hlubšímu poznání tohoto dalšího fenoménu, ale určitě je to podnět pro další zkoumání.

Při zaměření na užívání návykových látek u nemocných poruchou příjmu potravy dochází k potvrzení dřívějších výzkumů, které byly uvedeny v teoretické části. V realizovaném výzkumu bylo potvrzeno, že mentální bulimičky užívají alkohol a další návykové látky ve větší míře než anorektičky. Tuto spojitost zmiňovala ve vlastní výzkumné studii například Chládková (2015) nebo Papežová (2012). Potvrdil se také zvýšený sklon ke komorbiditě a duální diagnóze, kterou zmiňuje například Kalina (2015). Dvě participantky dokonce měly diagnostikovanou závislost na alkoholu a lécích až po neúspěšné léčbě poruchy příjmu potravy, což může být jeden z možných důvodů sebemedikace mentální bulimie alkoholem a léky. Z druhé strany obě tyto participantky trpěly i hraniční poruchou osobnosti, což vede k nemožnosti vyvodit jednotný závěr. Vše může spadat pod projevy právě hraniční poruchy osobnosti.

Co lze z výsledků vyvodit je určitý vztah mezi užíváním návykových látek a bojem s poruchou příjmu potravy. Participantky přímo potvrdovaly, že užívaly návykové látky, aby se zmírnily jejich projevy mentální bulimie. U etapy mentální anorexie nebyl výsledek tak výrazný, protože anorektičky se cítily v jejich roli dobře, bývaly spokojenější než bulimičky a byly na sebe pyšné, přesně jak uvádí Krch (2005). Užívaly spíše z důvodu, aby zůstaly anorektickami, což je vede k užívání stimulačních látek. Když pak spadnou do mentální bulimie, roli nezvládají a užívají látky z motivace uniknout před vlastní nicotou, neschopnosti už být anorektickami a samy sebe ovládat. Participantky mluvily o touze „být opět

anorektičkami“ často. O to víc nenáviděly bulimii a tím pádem i samy sebe, o to více pily alkohol a užívaly návykové látky, aby zapoměly na to, co provádějí, aby se jim ulevilo. Z tohoto hlediska je ale důležité zmínit, že pro zlepšení psychického stavu užívají návykové látky nejen nemocní poruchou příjmu potravy, ale i jiné spektrum osob, právě pro zklidňující nebo naopak nabuzující účinky návykových látek. Skupina osob s poruchou příjmu potravy se ale nachází ve zvýšeném riziku vzniku závislosti a jiné komorbidity. Zvýšené riziko vzniku závislosti také potvrzují screeningové dotazníky, které participantky vyplňovaly. Hlavně riziko vzniku závislosti na alkoholu a kouření, což by mělo vést ke zvýšení pozornosti při léčbě nemocných poruch příjmu potravy a ke kvalitní diagnostice.

Tak jako mnohé odborné či závěrečné práce má i tato své nedostatky a slabá místa, která tkví například v reprezentativitě výsledku. Práce může značně trpět v důsledku nízkého počtu participantů a dané téma je nutné nadále zkoumat, a to z různých pohledů. Tím, že se jedná o kvalitativní výzkum, jsou výpovědi dotázaných ohroženy zkreslením, jak na straně výzkumníka, tak na jejich osobní. Docházelo k rozebírání velmi citlivých témat, které mohly být zkresleny vnitřními emocemi a špatnými zkušenostmi participantek. Výsledky také mohly být zkresleny samotnými rysy poruchy příjmu potravy, které byly zmiňované výše. Mezi tyto rysy patří například touha po pozornosti a nedůvěřivost. Z tohoto ohledu by bylo chybou nezmínit skutečnost, která vyvstala na povrch během sběru výzkumného vzorku. Daná skutečnost se týká zvýšenou angažovaností budoucích participantek zapojit se do výzkumu. Participantky byly ochotné kvůli zapojení se do výzkumu jet přes půl republiky. Možná v tom byla touha sdělit svůj příběh a tím i někomu pomoci, možná touha po pozornosti, možná touha být slyšen nebo i touha po pomocné ruce. Další zvláštností byla extrémní otevřenost dotazovaných. Zmiňovaly věci, které doposud nikdy nikomu neřekly, některé dokonce přiznaly, že už byly účastnicemi několika výzkumů. Všechny tyto okolnosti mohly zkreslit výsledky výzkumu a pro jejich validitu je potřeba většího výzkumného šetření. V průběhu sběru dat mohlo také dojít ke zkreslení na straně výzkumníka. Jeho zaujatost určitými tématy mohla způsobit opomenutí či zakrytí jiných fenoménů, které mohly být pro danou práci podstatné.

Mimo nedostatky má tato práce i své silné stránky, které tkví v podrobném mapování životních příběhů participantek před, v průběhu a u některých i po vyléčení poruchou příjmu potravy. V příbězích lze hezky vidět, co je v určitých fázích jejich života ovlivňovalo a jaký to má vztah k poruchám příjmu potravy i k návykovým látkám. Podrobné mapování je podloženo časovou osou a orientačními dotazníky na zjišťování možných rizik vzniku závislosti. Díky těmto aspektům dochází k lepšímu pochopení fenoménů jak výzkumníkem, tak samotným čtenářem. Bohužel z důvodu omezené kapacity práce jej nebylo možné více rozpracovat, o to větší pozornost směřuje k dalšímu možnému zkoumání,

například formou disertační práce.

Výsledky toho šetření sice nepřinesly nové, šokující poznatky, neukázaly reprezentativní výsledky, ale potvrdily informace uvedené v teoretické části. Samotný výzkum byl užitečný pro prohloubení možných poznatků o sebemedikaci, připomenul komplikovanost, nebezpečnost poruch příjmu potravy a jejich úzkou hranici s užíváním návykových látek. Přiblížil prožívání a emoční život vybraných žen, které bojují s poruchou příjmu potravy už řadu let. Tyto zjištění jsou pro budoucí možnou léčbu a správnou diagnostiku nebo samotnou záchranu nemocných velmi důležitá a lze z nich čerpat, i když se vše neváže primárně k cíli dané práce.

Závěr

Diplomová práce se zabývá vztahem mezi užíváním návykových látek a poruchou příjmu potravy. Zejména se zaměřuje na fenomén sebemedikace návykovými látkami u žen, které mají zkušenost s poruchou příjmu potravy. Téma bylo vybráno z důvodu aktuálnosti, závažnosti a úzkého vztahu se vznikem duální diagnózy. Zanedbání rizikových projevů v průběhu boje s poruchou příjmu potravy v určitých případech způsobuje častější užívání návykových látek či přímo vznik závislosti. Pro zvýšení povědomí o těchto rizicích a jejich hlubšího poznání vedoucí k možné prevenci vzniku duální diagnózy byl vybrán jako hlavní cíl práce zmapovat a zjistit, zda ženy, které trpí poruchou příjmu potravy, užívají návykové látky včetně alkoholu za účelem sebemedikace.

Teoretická část poskytuje ucelený obraz o dané problematice. Vytváří teoretický rámec, ve kterém se zabývá jednotlivými formami poruch příjmu potravy a jejich etiologickými faktory. Dále poskytuje informace o úzkém vztahu mezi návykovými látkami a poruchami příjmu potravy. Tyto informace jsou podloženy, jak domácími, tak zahraničními výzkumy. Poskytuje ucelené informace o duální diagnóze a komorbiditách, upozorňuje na možná rizika vzniku v souvislosti s poruchami příjmu potravy a užívání návykových látek. V teoretické části není také opomenuta sebemedikační teorie, která je stavebním kamenem tématu diplomové práce.

Ve výzkumné části byl definován výzkumný problém, na jehož podkladě byly ustanoveny výzkumné otázky, jejichž odpovědi směřovaly k hlavnímu cíli práce. Pro zjištění odpovědí na výzkumné otázky byla zvolena kvalitativní metodologie, která lépe dokázala podchytit hlubší problematiku sebemedikace návykovými látkami.

Výzkumu se zúčastnilo celkem deset participantek ve věkovém rozhraní 19-38 let. S účastnicemi byly provedeny polostrukturované rozhovory, které byly analyzovány prostřednictvím tematické analýzy a krátké případové studie.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že dívky trpící poruchou příjmu potravy zažívají život v bludném kruhu, ze kterého neví jak ven, nedokážou si říct o pomoc. Raději volí různé patologické strategie ke zlepšení jejich psychického stavu a jednou ze strategií je užívání návykových látek, převážně pití alkoholu u žen trpících mentální bulimií. Před poruchou příjmu potravy utíkají raději k návykovým látkám, které utlumí vnitřní tlak, bolest a výčitky. Návykové látky jim pomáhají přecházet atakám bulimického záchvatu a pomáhají snížit, alespoň na moment jeho intenzitu. Ve většině případů mají nemocné problém se se svým trápením někomu svěřit, necítí se mezi lidmi dobře a připadají si neviditelné. Tyto aspekty, kromě jiných, je pak mohou motivovat například k úniku k užívání návykových látek.

Na základě tohoto zjištění je nezbytné upozornit na skutečnost, že je velmi důležitá prevence poruch příjmu potravy ve vyšší míře než dosud, zvláště u mladých dívek. Výzkum přinesl některé skutečnosti, které jasně poukazují na nutnost hlouběji se zabírat touto problematikou, snažit se najít účinná řešení, jak nejen předcházet poruchám příjmu potravy ale hlavně jak zmírnit jejich důsledky odrážející se na životech nejen nemocných, ale i jejich blízkých osob. Mezi tyto důsledky může patřit právě možnost přechodu do závislosti či vzniku duální diagnózy.

D. Seznam zdrojů

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.

Atkinson, R., Smith, E. et al. (2003). *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál.

Bednárová, B. Yamatová, A. Papežová, H. (2010). *Sebepoškozování u poruch příjmu potravy*. Česká a slovenská psychiatrie.

Cohen, Robert, M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál.

EMCDDA (2004). *Co-morbidity: Annual report on the state of the drugs problem in the Euroen Union and Norway*. Drugs in Focus, 14. Lisabon: EMCDDA.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates

Frouzová, M. (2003). *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

Hajný, M. (2015). *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. Kapitola 7, in: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Hall, L., Cohn, L. (2003). *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA.

Hartl, P., Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál.

Herzog, D. B., Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M. P. (2006). *Drug abuse in women with eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 39(5), 364-368. doi: 10.1002/eat.20257

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Hsu, L. G. (1996). *Epidemiology of the eating disorders*. Psychiatric Clinics of North America, 19(4), 681-700. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70375-0

Huas, C., Godart, N., Caille, A., Pham-Scottez, A., Foulon, C., Divac, S. M. (2012). *Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients*. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 15-19. doi: 10.1002/erv.2178

Chládková, N., Miovský, M. (2017). *Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění*. *Adiktologie*, 17(1), 22–32.

Chvála, V., Trapková, L. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

Janík, A., Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Vyd. 1. Praha: Avicenum.

Jeřábek (2008). *Psychopatologie závislostí. Kapitola 4*, in: Kalina, K., et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., Minařík, J. (2015). *Duální diagnózy a psychopatologické komplikace*. Kapitola 9, in: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči*. Kapitola 4, in: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho uplatnění v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Khantzian, E. J. (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244

Kocourková, J. (2018). *Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy*. Kapitola 31, in: Papežová, H., et al. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.

Králíková, E. (2004). *Závislost na tabáku a možnosti léčby*. *Čes. a slov. psychiatrie*, 100(1), 13-18.

Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.

Krch, F. D. a kol. (2005). *Poruchy příjmu potravy, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.

- Krch, F. D. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. *Medicína pro praxi*, 4(9), s. 321-323.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2003). *Trauma a závislost*. Kapitola 2/7, in: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Díl 1. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003). *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In: K. KALINA a kol. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 91-95.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Svoboda.
- Maňák, J., Švec, V.(2004). *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Mezinárodní klasifikace nemocí (2014). 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 3.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Miovská, L., Miovský, M a Kalina, K. (2008). *Psychiatrická komorbidita*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders*. New York, National Center on Addication and Substance Abuse.
- Nerad, M., Neradová, L. (1998). *Drogy a mýty*. V Olomouci: Votobia.
- Nešpor, K. (2007). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2003). *Odvykací syndrom a craving-Klinické a behaviorální aspekty*. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (1999). *Jak překonat problémy s alkoholem*. 1 vyd. Praha: Sportproag.

Neumarker, K. J. (2000). *Mortality rates and causes of death*. European eating disorders review, 8(2), 181-187. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(200003)8:2;181::AID-ERV336;3.0.CO;2

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno. Akademické nakladatelství cerm.

Papežová, H., et al. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.

Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum.

Pearson, C. M., Guller, L., Smith, G. T. (2014). *Dimensions of Personality and Neuropsychological Functioning in Eating Disorders, Substance Use Disorders, and Addictive Disorders*. Chapter 6, in: Breverton, T.D., Dennis, A.B. (Eds.). *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders. Research, Clinical and Treatment Perspectives*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Peggy, C. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma.

Procházková, L., Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta.

Strober, M. (1981). *A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa*. Journal of Youth and Adolescence, s. 285-296

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). *Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie*. Česká a slovenská psychiatrie, 110(3), 144-150.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese, 3., rozšířené a přepracované vydání*. Portál, Praha.

World Health Organization.(2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.

Internetové zdroje

Braun, V., Clarke, V. (2012). *Thematic analysis*. Apa Handbook Of Research Methods In Psychology, Vol 2: Research Designs: Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, And Biological, 57-71. <https://doi.org/10.1037/13620-004>

Bulik, C., Sullivan, P., Epstein, H. et al. (1990). *Drug Use in Women with Anorexia and Bulimia Nervosa*. International Journal of Eating Disorders. 11, p. 218. <http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=4&hid=3&sid=e67f091c-d0cb-414a-848b-85322f9cf015%40SRCSM2>

George A., Waller, G. (2005, November). *Motivators for smoking in Women with Eating Disorders*. European Eating Disorders Review. 13, p. 420-421. [:http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=8&hid=103&sid=2baacfaf-f0c6-44b0-8092-39790185a9b3%40sessionmgr108](http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=8&hid=103&sid=2baacfaf-f0c6-44b0-8092-39790185a9b3%40sessionmgr108)

Lacey JH. (1993). *Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study*. In: Herzog et al.: Drug abuse in Women with Eating Disorders. The British Journal of Psychiatry. 39, p. 364 <http://www3.interscience.wiley.com.onelog3.ruk.cuni.cz/cgi-bin/fulltext/112537089/PDFSTART>

Rastam, M., (1992). *Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 819-829. Dostupné z: [doi:10.1097/00004583-199209000-00007](https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00007)

Švédová, J., Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy* Brno: Anabell, o.p.s., http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpropedagogy.pdf

West, R. (2013). *Models of addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Uni. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction>

Kvalifikační práce

Hlobilová, H. *Komorbidity poruch příjmu potravy u pacientů závislých na stimulačních látkách v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Holubičková, L. (2016). *Psychosociální důsledky poruch příjmu potravy u dospívajících* Bakalářská práce. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity Jana Evangelisty Purkyně

Chládková, N. (2015). *Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie*. Diplomová práce. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Rolová G. (2017). Prevalence abúzu alkoholu u žen s poruchou příjmu potravy. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Vycpálková, V. (2012). Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen v Psychiatrické léčebně Bohnice. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Výzkumný vzorek

Tabulka č. 2 – Výsledky screeningových dotazníků

Seznam obrázků

Obrázek č. 1. - Časová osa č. 1

Obrázek č. 2. - Časová osa č. 2

Obrázek č. 3. - Časová osa č. 3

Obrázek č. 4. - Časová osa č. 4

Obrázek č. 5. - Časová osa č. 5

Obrázek č. 6 - Časová osa č. 6

Obrázek č. 7. - Časová osa č. 7

Obrázek č. 8. - Časová osa č. 8

Obrázek č. 9. - Časová osa č. 9

Obrázek č. 10. - Časová osa č. 10

E. Přílohy

Příloha č. 1 – Osnova rozhovoru

Příloha č. 2 – Dotazník AUDIT

Příloha č. 3 – Fagerströmův test závislosti na nikotinu

Příloha č. 4 – Dotazník DAST -10

Příloha č. 1

Osnova rozhovoru

1) Otázky ohledně poruch příjmu potravy

- S jakou formou poruchy příjmu potravy máš zkušenost?
- V jakém věku a jak to probíhalo?
- Měla jsi nějaké psychické problémy už předtím?
- Co ti během onemocnění nejvíce pomáhalo?
- Co tě naopak v nemoci udržovalo?
- Jaké jsi měla strategie zvládnání bulimických záchvatů?
- Pociťovala jsi okolo sebe nějakou oporu? Jestli ano, koho?

2) Otázky na užívání návykových látek

- Máš zkušenost s nějakou návykovou látkou?
- Můžeš je vyjmenovat?
- Jaká je momentální frekvence užívání a jaká byla v minulosti?
- Kdy jsi začala užívat (Např. Alkohol)
- V jakých situacích piješ nejčastěji?
- Když jsi byla opilá, měla jsi potřebu se přejít?
- Dokážeš pojmenovat nějaké důvody, co tě vedlo k užití (např. alkoholu?)
- Jak se cítíš po užití návykové látky? Co to s tebou dělá?
- Když užiješ návykovou látku, myslíš na to jak vypadáš, myslíš na problémy spojené s poruchou příjmu potravy?
- Dala sis někdy návykovou látku, abys unikla záchvatu přejídání?
- Máš pocit, že tvé užívání návykových látek mohlo nějak ovlivnit průběh poruchy příjmu potravy?

3) Doplňující otázky

- Jaké bylo tvoje dětství a dospívání?
- Jaké máš vztahy v rodině?
- Co tvoji partneři? Zažila jsi někdy něco, čemu se říká láska?
- Jaké to bylo chodit do školy? Měla jsi tam kamarády?
- A jak si celkově vycházela s vrstevníky?
- Mohly bychom zanést pro shrnutí celý tvůj příběh do časové osy?

Příloha č. 2

AUDIT- test ke zjišťování poruch působených alkoholem

Z možností, které se Vám nabízejí jako odpovědi, zvolte tu, která se nejvíce přibližuje skutečnosti. Zakroužkujte číslice v závorce příslušející této odpovědi. V testu se používá pojem "standardní sklenice". Standardní sklenicí se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 "deci" přírodního vína nebo 0,05 l ("půldeci") destilátu. Otázky 1. - 8. se týkají posledních 12 měsíců.

1) Jak často pijete nápoje obsahující alkohol včetně piva?

- 0 - Nikdy
- 1 - Jednou za měsíc a méně
- 2 - 2-4x za měsíc
- 3 - 2-3x týdně
- 4 - 4x nebo více za týden

2) Kolik standardních sklenic vypijete během typického dne, kdy pijete? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12 stupňového piva, 2 "deci" vína nebo "půldeci" destilátu.)

- 0- Nejvýše 1
- 1- 1,5 až 2
- 2 - 2,5 až 3
- 3- 3,5 až 3
- 4- 5 a více

3) Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic při jedné příležitosti? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12° piva, 2 "deci" vína nebo "půldeci" destilátu.)

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než jednou za měsíc
- 2 - Jednou za měsíc
- 3 - Jednou za týden
- 4 - Denně nebo téměř denně

4) Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopni přestat pít, když jste začali?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc
- 3 - 1x týdně
- 4 - Denně nebo téměř denně

5) Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců neudělali to, co se od Vás běžně očekávalo?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc

3 - 1x za týden

4 - Denně nebo téměř denně

6) Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohl fungovat po předchozím vydatném pití?

0 - Nikdy

1 - Méně než 1x za měsíc

2 - 1x za měsíc

3 - 1x za týden

4 - Denně nebo téměř denně

7) Jak často jste měli během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?

0 - Nikdy

1 - Méně než 1x za měsíc

2 - 1x za měsíc

3 - 1x za týden

4 - Denně nebo téměř denně

8) Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?

0 - Nikdy

1 - Méně než 1x za měsíc

2 - 1x za měsíc

3 - 1x za týden

4 - Denně nebo téměř denně

9) Byli jste nebo byl někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?

0 - Nikdy

1 - Ano, ale ne v posledních 12 měsících

2 - Ano, během posledních 12 měsíců

10) Byl někdo z příbuzných nebo přátel, nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen Vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně?

0 - Nikdy

1 - Ano, ale ne v posledních 12 měsících

2 - Ano v posledních 12 měsících

Nyní sečtěte čísla, která jste zakroužkovali.

Pokud součet dosahuje 8 bodů a více, máte s alkoholem určitý problém.

Vyšší hodnoty v otázkách 1) - 3) svědčí pro nebezpečné pití.

Vyšší hodnoty v otázkách 4) - 6) svědčí pro závislost na alkoholu.

Vyšší hodnoty v otázkách 7) - 10) svědčí pro škodlivé pití alkoholu.

Zdroj:

Nešpor, K. (1999). Jak překonat problémy s alkoholem. 1 vyd. Praha: Sportproag.
Dostupný z: www.drnespor.eu/tyka06dw.doc

Příloha č. 3

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

Do 5 min. 3 body

Za 6-30 min. 2 body

Za 31-60 min. 1 bod

Déle než po 60 min. 0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal/a?

Té první po ránu 1 bod

Kterékoli jiné 0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

10 nebo méně 0 bodů

11-20 1 bod

21-30 2 body

31 a více 3 body

5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

Po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto

0-1 bod žádná nebo nízká

2-4 body nízká

5 bodů střední

6-7 bodů vysoká

8-10 bodů velmi vysoká

Zdroj:

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. Čes. a slov. psychiatrie, 100(1), 13-18.

Dostupný: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-Fagerstrom-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND->

Příloha č. 4

DAST – dotazník na problémy s jinými drogami

Č. Položka Body

ANO = 1

NE = 0

1. Jiné látky než léky na předpis Ano /Ne
2. Více drog současně Ano /Ne
3. Neschopnost „zastavit“ Ano /Ne
4. „Okna“, flashbacky, stíhomam a jiné psychické komplikace Ano /Ne
5. Pocity viny Ano /Ne
6. Výhrady od nejbližších Ano /Ne
7. Zanedbávání rodiny Ano /Ne
8. Zapojení do nezákonných aktivit Ano /Ne
9. Příznaky z nedostatku drogy - „absták“ Ano /Ne
10. Psychické a zdravotní problémy: poruchy paměti, žloutenka, křeče, krvácení Ano /Ne

Součet: 1-2 nízká úroveň; 3-5 střední úroveň; 6-10 podstatná úroveň problémů

9

Zdroj:

Dostupné z: www.pprch.cz/.../Kalina-K-VCASNA-DETEKCE-A-INTERVENCE-U-PROBLEMU-S...