

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

**Poruchy příjmu potravy a poruchy chování vyvolané
užíváním psychoaktivních látek**



Bakalářská práce

Autor: Nela Höschlová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vondráčková

Datum obhajoby: 21. 9. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Poruchy příjmu potravy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem citovala a uvedla.

V Praze dne 8. srpna 2009

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Petře Vondráčkové za cenné rady a odborné vedení bakalářské práce, rodině za to, že mi pomohla ve chvílích, kdy jsem ji nejvíce potřebovala, přátelům za jejich schopnost mě „přenést do jiného světa“ a v neposlední řadě dívce, jenž mi umožnila, nahlédnout do svého života a bez níž by tato práce vůbec nevznikla.

Obsah

A. Úvod	6
B. Teoretická část	
<i>I. Poruchy příjmu potravy</i>	
1. Historie poruch příjmu potravy	7
2. Definice mentální anorexie a bulimie	7
3. Diagnostická kritéria mentální anorexie a bulimie	8
4. Etiologie	10
4.1 Analýza touhy po zhubnutí	10
4.2 Osobnost a psychické charakteristiky	11
5. Průběh poruchy	12
5.1 Reakce dívek	12
5.2 Reakce okolí	12
<i>II. Poruchy příjmu potravy a návykové látky</i>	
1. Poruchy příjmu potravy a návykové látky	14
2. Maladaptivní vzorec chování jako reakce na emoční trauma	16
3. Některá fakta	16
4. Alkohol, kouření cigaret a chuť k jídlu u žen s anorexií a bulimií nervosa	18
<i>III. Metamfetamin</i>	
1. Historie metamfetaminu	20
2. Definice a diagnostická kritéria závislosti na metamfetaminu	20
3. Metamfetamin jako anorektikum	21
4. Akutní intoxikace, toxická psychóza a odvykací stav	21
5. Kombinace metamfetaminu a alkoholu	23
6. Neurotoxicita metamfetaminu	24
7. Etiologie iniciace užívání metamfetaminu	24
8. Sociální důsledky závislosti na nealkoholových drogách	24
8.1 Rodina uživatele návykových látek	25
8.2 Vztahy uživatelů návykových látek s lidmi	25
8.3 Obecné sociální důsledky	26
C. Praktická část	
1. Informace týkající se případové studie	27
1.1 Získávání dat	27
2. Osobní anamnéza	27
3. Rodinná anamnéza	30
4. Zdravotní anamnéza	31
5. Klinické pozorování adiktologa	32
6. Vývoj a průběh poruchy příjmu potravy	33
7. Drogová anamnéza	35
8. Sociální anamnéza	38
9. Kriminální anamnéza	38
10. Terapie	38
11. Účinné faktory v psychoterapii	40
12. Analýza terapie z mého pohledu	42
D. Diskuze	44
E. Závěr	45
F. Seznam odborné literatury	46

Souhrn

Bakalářská práce se věnuje problematice poruch příjmu potravy a poruchám chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek. V teoretické části je popsána diagnostika, některé psychologické a sociální příčiny, průběh a shodné rysy obou poruch, reakce sociálního prostředí na patologické chování a vliv užívání návykových látek na apetit. V praktické části je pak toto téma ilustrováno na kasuistice klientky s poruchou příjmu potravy a užíváním návykových látek, u které i přes ukončení poruchy příjmu potravy přetrvává problematický postoj k tělu a jídlu a rozvíjí se u ní závislost na metamfetaminu. Kasuistika se věnuje vývoji závislostního chování v jednotlivých etapách života klientky, etiologii a shodným rysům u obou poruch. Lze konstatovat, že výzkumné studie společně s odbornou literaturou, které jsou v práci citované, odpovídají i zjištěním ohledně klientky uvedené v kasuistice.

Klíčová slova: anorexia nervosa- bulimia nervosa-metamfetamin – toxická psychóza-závislost

Summary

Bachelors thesis deals with the problem of eating disorders and mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use. In the theoretical part is described diagnostics, some psychological and social causes, and similar features of both disorders, the social reaction to pathological behavior and the impact of the use of addictive substances on appetite. In the practical part presented case study of a person with eating disorders and use of drugs, which, despite the end of the eating disorders remains problematic position to eat and body and develops her addiction to methamphetamine. Case study is focused on the development of addictive behavior in various stage of life of clients, aetiology, and the same features in both disorders. It is arguable that the research study, together with the existing professional literature, which are cited in the theoretical part, corresponding to the findings of the case study presented in the practical part.

Keywords: anorexia nervosa-bulimia nervosa-methamphetamine-toxic psychosis-dependence

A. Úvod

V bakalářské práci se na případu vybrané klientky zabývám studii poruch příjmu potravy a poruch chování vyvolaným užíváním psychoaktivních látek.

V teoretické části aplikuji poznatky z odborné literatury a celé řady výzkumných studií na toto téma. Tato část je rozdělena do tří kapitol, které jsem chronologicky řadila podle vývoje patologického chování klientky.

První kapitola se věnuje obecně poruchám příjmu potravy, ve druhé kapitole popisují poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek a třetí kapitola se týká metamfetaminu.

V praktické části charakterizují průběh poruchy příjmu potravy, vývoj závislosti klientky, faktory, jenž na klientku působily a snažím se popsat její osobnost.

Poruchám příjmu potravy a poruchám chování vyvolaným užíváním psychoaktivních látek jsem se chtěla věnovat hlavně z toho důvodu, že postihují mnoho adolescentních dívek, u kterých jsou schopné negativně ovlivnit celý jejich další přirozený vývoj osobnosti. Domnívám se, že každá práce, která se pokouší jednak upozornit a jednak osvětlit tuto problematiku, je velice užitečná.

B. Teoretická část bakalářské práce

I. Poruchy příjmu potravy

1. Historie poruch příjmu potravy

Anorexia a bulimia nervosa

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Trvalo však velmi dlouho, než byly mentální anorexie a bulimie uznány jako duševní poruchy.

Ve starověku byla absence chuti k jídlu přisuzována především špatným tělesným tekutinám, středověká společnost odmítání potravin vnímala jako zázrak a spojovala ho s božím přičiněním. Richard Morton popsal případy mentální anorexie již roku 1694, Charles Laséque dal základy symptomatickému obrazu v roce 1873 a William Gull o rok později anorexii nervosu identifikoval a diagnosticky vymezil (Deth et Vandereycken, 1999).

Chorobné přejídání a následné zvracení má taktéž rozsáhlou historii. Než se patologické chování zařadilo do klinické diagnózy, bylo dáváno do souvislosti v kontextu s jinými chorobami. Mnohdy se spojovalo s hysterií a někdy se označovalo jako „hysterické zvracení“. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel zavedl termín mentální bulimie a roku 1980 byla vymezena moderní diagnostická kritéria mentální anorexie a bulimie (Deth et Vandereycken, 1999).

2. Definice mentální anorexie a bulimie

Anorexia nervosa se vyznačuje úmyslným ubýváním na váze a udržováním tohoto stavu. Specifická psychopatologie: obava z tloušťky a ochablosti tělesných kontur jsou ustavičně v popředí pozornosti jako neodbytná, ovládavá myšlenka (Smolík, 1996).

Bulimia nervosa je charakteristická opakovanými záchvaty přejídání a nadměrným zabýváním se kontrolou tělesné hmotnosti (Smolík, 1996).

Někdy může být bulimie i následkem mentální anorexie. Může se zprvu zdát, že se klientka s anorexií důsledkem zvýšené hmotnosti lepší, objevuje se návrat

menstruace, avšak zhoubný vzorec přejídání s následným zvracením se může zafixovat (Höschl, 1996). Asi polovina klientek, které přicházejí kvůli mentální bulimii, trpěla někdy v minulosti mentální anorexií, takže přechod mezi těmito dvěma poruchami je obvyklý. U některých klientek se zdá, že kolísají mezi oběma poruchami. Někdy splňují diagnostická kritéria pro mentální anorexii a při jiné příležitosti diagnostická kritéria mentální bulimie (Freeman, 1999).

3. Diagnostická kritéria mentální anorexie a bulimie

Anorexia nervosa

Bulik (2005) popisuje mentální anorexii jako psychiatrickou poruchu, která působí rozsáhlými negativními - biologickými, psychickými a sociálními důsledky.

Mentální anorexie dle klasifikace MKN-10 (F50.0)

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností (ať již byla snížena nebo jí nikdy nedosáhla). Index BMI je 17,5 a méně.
2. Klientka si způsobuje snížení hmotnosti sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
3. Specifická psychopatologie spočívá v přetrvávajícím strachu z tloušťky i při výrazné podvaze, zkreslené představě o vlastním těle a vtíravých, ovládacích myšlenkách na udržení hmotnosti.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
5. Při začátku onemocnění před pubertou jsou projevy onemocnění opožděné nebo zastavené (růst, vývoj prsu, primární amenorea, dětské genitály u chlapců).

(Papežová, 2001)

Diagnostická kritéria u DSM-4 jsou velmi podobné MKN-10.

DSM-4 se rozlišují 2 základní typy mentální anorexie - restriktivní typ, u něhož nedochází během epizody k opakovanému záchvatu přejídání se a purgativní typ charakteristický opakovanými záchvaty přejídání se (Krch, 1999).

Bulimia nervosa

Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F50.2)

1. Opakované epizody přejídání se (nejméně 2krát týdně po dobu 3měsíců), při nichž je v krátkém čase zkonsumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem, silná a neodolatelná touha po jídle.
3. Snaha potlačit výkrmný účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty a u diabetických pacientek manipulací s inzulínem.
4. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, pacientka má hmotnostní práh nižší než premorbidní hmotnost (optimální či zdravá). V anamnéze často bývá mentální anorexie (plně vyjádřená nebo skrytá epizoda s podvážou nebo amenoreou).

(Papežová, 2001)

Klasifikace MKN -10 se od DSM-4 liší pouze v nepatrných detailech.

DSM-4 rozlišuje purgativní typ, jehož hlavní znaky jsou pravidelné emese, zneužívání laxativ nebo diuretik. Pro nepurgativní typ je příznačné, že dodržuje přísné diety, drží hladovky nebo intenzivně fyzicky cvičí, ne však pravidelné purgativní metody (emese, užívání laxativ a diuretik) (Krch, 1999).

4. Etiologie

Na etiologii vzniku poruch příjmu potravy má vliv mnoho činitelů. Mezi které patří sociální a kulturní faktory, biologické faktory, životní události, rodinné a genetické faktory, emocionální faktory a další psychické charakteristiky (Krch, 1999).

Jelikož je to velmi široké spektrum faktorů, které by přesahovalo rámec bakalářské práce, bylo nutné se zaměřit pouze na některé. Níže uvedené faktory byly vybrány hlavně proto, že intencí bylo více popsat psychologické a sociální faktory, které jsou v této studii velmi důležité především z důvodu objasnění některých klientčinych motivů v praktické části.

4.1 Analýza touhy po zhubnutí

Výzkumu Sládkové a Vybírala (2008) prováděný formou kvalitativní empirické studie (analýzou dokumentů), prezentují následující výsledky:

1. Dívky uváděly pocity nespokojenosti se svou váhou, přály si zhubnout kvůli příteli, nebo ženám v okolí, se kterými se porovnávaly.
2. Mnohdy jim sloužily jako inspirace modelky či jiné štíhlé ženy vyskytující se v médiích.
3. Stát se štíhlejšími chtěly také vlivem podnětů z okolí, jenž mělo negativní připomínky na jejich postavu.
4. V neposlední řadě k tomuto rozhodnutí vedla snaha přiblížit se ideálu.

Charakteristickým znakem na počátku poruchy příjmu potravy je pocit kontroly nad svou hmotností a představa, že mohou s hubnutím kdykoliv skončit, dále pak také názor, že oni sami nemohou být poruchami příjmu potravy ohroženi. Většinou si dívky na začátku stanoví jasný cíl, kolik kilogramů chtějí zhubnout. Když ho však dosáhnou, svůj ideální cíl posunou dál, žádají více a více, ztratí kontrolu a nemohou přestat. (Sládková a Vybíral, 2008).

Dívky si mnohdy již od počátku puberty přejí zhubnout. Dodržování redukčních diet však není jen bezprostředním faktorem, který může vést ke vzniku poruch příjmu potravy, ale i sociálním a kulturním jevem, jenž posiluje další rizikové postoje

(nespokojenost s tělem a s hmotností, touhu zhubnout apod.) a faktory (nízké sebevědomí, deprese, postoje rodičů a vrstevníků, závislost na alkoholu) (Krch, 1999).

4.2 Osobnost a psychické charakteristiky

U anorexie jsou u klientek pozorovány tyto znaky: zvýšená sebekontrola, perfekcionismus a rigidita, oproti tomu u bulimie je to snížená sebekontrola a afektivní nestálost (Krch, 1999).

U mnoho žen s mentální anorexií je popsáno vyhýbavé chování. Rozsáhlé zdroje literatury poukazují na častou komorbiditu - hraniční osobnosti a poruch příjmu potravy s bulimickou symptomatikou (Papežová, 2004).

S poruchami příjmu potravy bývá dáváno do souvislosti neustálé myšlení na stravu. U dívek trpící mentální anorexií vyvolává jídlo převážně vyhýbavé chování a negativní postoje k němu, tím že se potravě vyhýbají, myslí na ni o to více. U mentální bulimie je typický pozitivní vztah k potravě, jídlo jakoby nahrazovalo vztahy odpověď na své vlastní pocity a vztahy k lidem - tento stav se nazývá alimentální libido (Sládková et Vybíral, 2008),.

Dívky s klinickým obrazem anorexie jsou méně schopné ve vyjadřování emocionálních prožitků. Interesantní však je, že ve vztahu k sobě samé osoby s mentální anorexií mnohdy zažívají pozitivní emoce uspokojení z hubnutí a hrdost na svou sebekontrolu. Mentální bulimie vede dívky spíše k pocitům studu, bezmoci, samoty a averze k sobě samé (Sládková et Vybíral, 2008). Ztráta sebekontroly především při přechodu z anorektického na bulimické chování vede k prohloubení pocitu selhání, bezcennosti a ještě výše sníží sebevědomí (Papežová, 2004).

Sládková a Vybíral (2008) spatřují rozdíly také v tom, že dívky s anorexií více touží po „dokonalosti“, kompenzují si pocity méněcennosti, mnohdy chtějí vzbudit pozornost a „ovládat“ své okolí. Dívky s bulimií mají sklony reagovat spíše na tlak společnosti, která se k jejich postavě staví kriticky a naznačuje jim, že jsou obézní. Také více podléhají tlaku médií, která jim podsouvají štíhlost, jako správnou cestu k spokojenému životu.

Dále bylo také zjištěno, že u dívek s narušenými postoji k jídlu se v rodinách vyskytují diety a obezita mnohem častěji než u ostatních dívek (Krch, 1999).

5. Průběh poruchy

Anorexia nervosa začíná u jedinců s normální váhou nebo mírně až středně obézních. Mnohdy se vyskytuje v nové životní situaci, při níž se klientka cítí nesvá nebo není schopná se s ní vypořádat (Smolík, 1996).

Bulimia nervosa se vyskytuje nejvíce u klientek, které mají v anamnéze mentální anorexii nebo obezitu. Začátek často následuje po změnách v životní situaci, jako je opuštění domova, začátek studia, změna zaměstnání nebo nové příbuzenské svazky (Smolík, 1996).

5.1 Reakce dívek

Sládková a Vybíral (2008) se ve své výzkumné studii zmiňují o třech typech reakcí dívky, která je v procesu redukce váhy.

V prvním stádiu dívka hubne, okolí reaguje pozitivně, chválí ji a obdivuje její silnou vůli. Dívku tyto reakce motivují k pokračování ve svém chování. Ve druhém stádiu již dívka v okolí vzbuzuje obavy, lidé jí dávají najevo, že její hmotnost není ideální a nutí ji jíst. První kategorie dívek uváděla, že je sdělení okolí minimálně přimělo přemýšlet, zda nemají problém. Druhé skupině mínění ostatních bylo lhostejné nebo jim nevěřily. Třetí soubor dívek reagoval afektem a zatvrzelostí (Sládková et Vybíral, 2008).

5.2 Reakce okolí

Okolí jedince trpícího PPP má sklon potíže s jídlem bagatelizovat i proto, že jde vesměs o mladé dívky, jejichž jednání nebývá obecně považováno za rozumné. Nejprve se tito lidé domnívají, že jde pouze o přehnanou snahu zhubnout, kterou lze ovlivnit domluvou a rozumnou argumentací. Když zjistí, že tyto prostředky nemají žádný efekt, začnou být nejistí, začnou se obviňovat a hledat etiologii tak podivného chování (Vágnerová, 2004).

Postoj zdravých lidí k osobám s PPP, bývá ambivalentní. Lidé trpící poruchou příjmu potravy se chovají nepochopitelně, nedají si říci, nelze s nimi mluvit o ničem

jiném než o hubnutí, jejich zájmy jsou zúženy na oblast výživy a vlastní hmotnosti. Tito lidé se neustále zabývají jídlem, takže nemají na nic jiného čas. Jejich aktivity a kontakty s ostatními bývají omezené. Svou společenskou izolaci si vysvětlují, jako důsledek vlastní tloušťky, což je utvrzuje v přesvědčení, že je nutné zhubnout (Vágnerová, 2004).

Lidé se jedinci s PPP snaží pomoci, ale zároveň na něho mají zlost, že se chová nepatřičně a sám si škodí. Cítí se bezmocní a jejich úzkost někdy vede ke zkratkovitým rozhodnutím, jejichž důsledky mohou ještě více zhoršovat rodinné klima a mezilidské vztahy. Konflikty s rodiči jsou v těchto případech zcela běžné (Vágnerová, 2004).

Výchovný přístup k nemocnému je mnohdy velmi extrémní – buď klade na jedince obrovské nároky, nebo naopak žádné nároky. Někdy se stává, že se okolí přehnaně zaměřuje na osobu trpící PPP a komentuje veškeré její počínání nebo naopak přistupuje k problému, jakoby neexistoval, což se negativně odráží ve vývoji poruchy příjmu potravy. (Krch, 2000).

Některé projevy osob s PPP mohou vzbuzovat odpor (např. provokované emese, hromadění a schovávání potravin). Lhaní, podvádění či krádeže, ať už je jejich cílem vyhýbání se jídlu, nebo nadměrná konzumace, bývají posuzovány velice nepříznivě, ostatní lidé je považují za důkaz celkového úpadku osobnosti jedince trpícího poruchou příjmu potravy. Tyto projevy nenarušují jenom rodinné vazby, ale i vrstevnické, přátelské a partnerské vztahy (Vágnerová, 2004).

Důsledkem poruch příjmu potravy je izolovanost, jelikož klientky své problémy skrývají. Mnohdy se dívky doslova ukrývají a odmítají se s kýmkoliv vidět, protože si připadají obézní nebo se chtějí vyhnout situaci, kdy by mohlo dojít ke společnému stravování. Kromě toho dívky s PPP reagují mnohdy na své nejbližší velmi nevyzpytatelnými změnami nálad, podle toho zda se jim daří nebo nedaří udržet kontrolu nad jídlom (Krch, 2000).

II. Poruchy příjmu potravy a návykové látky

1. Poruchy příjmu potravy a návykové látky

Poruchy příjmu potravy začínají být vnímány jako součást návykového spektra, které zahrnuje užívání alkoholu, nikotinu a gambling. Podobají se sobě navzájem a jednotlivci je často střídají (Dunne et al., 1991).

O zahájení závislostního chování (poruch příjmu potravy nebo užívání návykových látek) panuje obecná shoda mezi autory výzkumných studií.

Davis (2001) uvádí dva motivační procesy, které jsou:

1. Snaha dosáhnout pozitivních pocitů.
2. Nebo sebemedikace nepříjemných emočních stavů.

Některé studie uvedly, že společný soubor osobnostních rysů predisponuje řadou příznaků, které mají potenciál stát se excesivními (Koob et Le Moal; Leshner, in Davis, 2001). Podpora pro toto tvrzení pochází z důkazů, že anxióznost a deprese jsou obvykle premorbidními charakteristikami obou poruch (závislosti na návykových látkách i poruch příjmu potravy) (Grant et Harford; Kessler et al., in Davis, 2001).

Jiné studie uvádí, že poruchy příjmu potravy jsou samy o sobě formou závislostního chování, protože jejich rysy splňují všechna biologická a klinická kritéria pro typické závislosti jako kouření cigaret, alkoholismus a abúzus kokainu (Davis et Claridge; Davis et al.; Marazzi et Luby, in Davis, 2001). V první řadě se stupňuje kompulzivní chování, dokonce i přes nepříznivé následky na zdraví a bezpečnost jedince (Heyman; Robinson et Berridge, in Davis, 2001). Navíc s ustavičnou expozicí látce jednotlivci typicky prohlubují své závislostní chování, aby dosáhly obdobného efektu (Berridge et Robinson, in Davis, 2001). Mají tedy sklon k obscesivnímu bažení po závislostním chování, které může přetrvávat i v dlouhotrvajícím období abstinence. Pravděpodobně to vysvětluje přinejmenším zčásti skutečnost, že závislí mají silné tendence k obnovení návykového chování, které přetrvává i po dlouhé době abstinence navzdory terapii (Berridge et Robinson, in Davis, 2001).

V posledních letech lze vyzorovat vývoj v teoriích vzniku a rozvoje závislosti. Od důrazu na fyzickou závislost k širšímu pohledu, který zohledňuje motivační vlivy a roli na anhedonii a dysforii jako významného faktoru v pokračování závislostního chování (Di Chiara, in Davis, 2001).

Existují silné argumenty, že poruchy příjmu potravy jsou formou závislosti. Chování u poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách si je klinicky velice podobné. Podobné biologické mechanismy vysvětlují nutkavě vzrůstající podstatu obou poruch - u alkoholu a jiných drog z rekreačního užívání na patologickou závislost, u mentální anorexie z hubnutí k ohrožení života odmítáním jídla a u mentální bulimie vzrůstající neschopností odolat velké kvantitě jídla (Davis, 2001).

S obdobným pohledem na závislostní chování se můžeme setkat i v české literatuře – ukazuje se, že podobné psychologické závislosti jako drogová závislost má i gambling, workoholismus nebo poruchy příjmu potravy. U všech nalézáme nutkavou naléhavost v jednání, pokračování v počínání vedoucím k určitému krátkodobému uspokojení i přes mnohdy závažné důsledky na zdraví, blahu rodiny, sociálním zázemí atd. Neschopnost přerušit tento vzorec je typická, eventuálně rozvoj nelibosti, podrážděnosti, dysforie nebo deprese. Když k přerušení dojde, vznikne nová touha v jednání pokračovat (Kudrle, 2003).

K dispozici jsou také data pro společnou psychobiologickou zranitelnost a pro předpoklad, že lidé používají různé odměňující se chování k seabedikaci své emoční poruchy závislých na specifických účincích u jednotlivců. To, jakou jedinec „zvolí“ závislost, závisí na environmentálních činitelích, sociokulturních faktorech a typu jeho osobnosti. Například obézní, anxiózní a konformní žena s mnohem vyšší pravděpodobností bude směřovat ke společensky přijatelnému chování v podobě držení diet, cvičení a k obrovské odměně souvisejících s „kultem štíhlosti“ v naší kultuře, nežli k ilegálním návykovým látkám (Davis, 2001).

Výzkumná studie (Hosák et al., 2004) uvádí, že návykové látky, a to zejména alkohol, zneužívala nezanedbatelná část popisovaného souboru (klientky s mentální anorexií a bulimií). Impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost nebo

nezdrženlivost jsou psychické charakteristiky vyskytující se stejně často v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek, i s poruchou příjmu potravy. Typický je zejména abúzus alkoholu u mentální bulimie. Již samostatný výskyt mentální bulimie, s ní spojená psychosociální problematika a charakteristický způsob řešení problémů zvyšují vulnerabilitu pro závislost na alkoholu.

2. Maladaptivní vzorec chování jako reakce na emoční trauma

Reakce na neúnosnou duševní bolest v důsledku emočního nebo fyzického traumatu může vést k disociativním jevům (desintegraci jednotlivých funkcí mozku) nebo k chování a zvykům, které mají za cíl zdroji stresu uniknout a snížit jeho negativní emoční dopad. Výsledkem tohoto procesu je maladaptivní vzorec chování, kterým si jedinec poškozují zdraví. U některých vznikají poruchy příjmu potravy, u jiných užívání návykových látek. U maladaptivních vzorců chování se často vyskytují komorbidity nebo se jednotlivé formy chování střídají (Papežová, 2004).

Další zdroj (Klopfer et Woodside, 2009) zaměřující se na mentální bulimii a návykové látky uvádí - bulimické chování a užívání návykových látek může být prostředkem k regulaci emočních potíží. Tyto potíže mohou souviset s emočními traumaty v minulosti - například prodělané trauma v dětství.

3. Některá fakta

Poruchy příjmu potravy mají vysokou míru komorbidity zejména s užíváním návykových látek. Výzkumné studie o užívání návykových látek (zdali někdy užili návykovou látku) a poruchách příjmu potravy byly prováděny v různých skupinách populace (adolescenti, studenti univerzit...) (Herzog et al, 2006).

Výsledky výzkumu (Stock et al, 2002) podporují hypotézu, že adolescentní dívky s restriktivním typem poruchy příjmu potravy AN užívají alkohol, tabák a cannabis podstatně méně než obecná populace adolescentů. Adolescenti s purgativními a „binging“ symptomy neužívali návykové látky signifikantně častěji než jejich věková kategorie bez přítomnosti PPP. Ve výsledcích hodnocení užívali adolescenti s purgativními symptomy méně alkoholu a cigaret než srovnávací skupina, ale užívali více jiné ilegální návykové látky.

Bylo zjištěno, že ženy s mentální bulimií častěji užívají marihuanu a barbituráty než ženy bez této poruchy. U dalších látek nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi ženami s bulimií a bez přítomnosti patologického chování (Dunn et al., 2002).

Klinická data několika studií dokazují, že u žen s bulimií se užívání návykových látek objevuje ve vyšší míře než u žen s anorexií. Klientky s mentální bulimií častěji udávaly zkušenost s amfetaminy, marihuanou, sedativy a kokainem než klientky s mentální anorexií. Speciálně u marihuany a amfetaminů byly rozdíly mezi oběma poruchami opravdu významné (Lacey, 1993, in Herzog 2006).

Klientky s mentální bulimií byly více náchylné k užívání alkoholu, barbiturátů, amfetaminů, marihuany, kokainu a sedativ než klientky s mentální anorexií. Nejspíše hraje roli fakt, že ženy s bulimií mají více sklon k impulzivnímu chování, jsou méně inhibované, což může být příčinou tohoto zjištění (Wiederman et Pryor, 1995).

Konzumace alkoholu (nikoliv závislost) se u žen s klinickým obrazem bulimie v různých studiích pohybovala v rozmezí od 10,7 do 88,9 %. Závislost na alkoholu byla uváděna u 2,9 až 48,6 procent žen s bulimií, s mediánem 22,9 %. Nižší konzumace alkoholu a počet závislých je uváděn u restriktivního typu anorexie, nikoliv však u klientek trpících anorexií s bulimickými epizodami, kde se v různých studiích pohybovala v rozmezí mezi 12 až 39 % (Holdenness et al., 1994 in Krch 1999).

Ve výzkumné studii, která se věnovala motivacím kouření cigaret u žen s poruchou příjmu potravy, je popsáno, že mezi ženami s mentální anorexií je méně rozšířeno kouření oproti ženám s mentální bulimií a depresivní poruchou nálady. Možné vysvětlení spočívá v tom, že v psychopatologii a osobních charakteristikách mentální anorexie je zastoupena např. vyhýbavost a stranění se společnosti. Ženy s anorexií jsou méně citlivé na nefarmakologickou odměnu (např. sociální posilování), která motivuje dospívající k experimentování s kouřením cigaret. Ačkoliv se snaha regulovat váhu za pomoci nikotinu jako motiv objevila, nebyla nejsilnější. Zvládání stresu za pomoci kouření cigaret byl uveden jako významně větší motiv u žen s poruchou příjmu potravy (George et Waller, 2005).

Rott et al. (2009) rozdělili zkoumané ženy s anorexií nervosa do čtyř kategorií (podle symptomů) AN-restriktivní typ (RAN), AN- jen purgativní typ (PAN), AN- jen „přejídavý“ typ (BAN) a AN a BN (ANBN) typ (celoživotní historie AN a normální váha BN). Pro zkušenosti s návykovými látkami (mimo alkoholu) byly vytvořeny 3 skupiny-

1. Ženy, které nikdy nevyzkoušely drogu, nebo ji zkusily pouze jedenkrát.
2. Ženy, které drogu užily více než 5krát za měsíc (nesplňují kritéria DSM-4).
3. Ženy, které drogu užily více než 10krát za měsíc (splňují kritéria DSM-4 pro škodlivé užívání nebo závislost).

Ženy s RAN byly nejvíce zastoupeny ve skupině, která udávala, že nevyzkoušela, nebo jen jedenkrát zkusila, návykové látky. PAN soubor měl nejvyšší zastoupení u těch, co užily návykovou látku více než 5krát za měsíc a ANBN u těch, jež splňovaly kritéria škodlivého užívání nebo závislosti. RAN soubor měl nejmenší zastoupení u skupin - užívání NL více než 5 a 10krát měsíčně (Rott et al., 2009).

Ženy s purgativními symptomy mají vyšší pravděpodobnost riskovat a splňovat kritéria škodlivého užívání nebo závislosti než srovnávací „nepurgativní“ skupina (Rott et al., 2009).

U alkoholu se určila dvě kritéria

1. nesplňuje kritéria pro škodlivé užívání a závislost
2. splňuje kritéria pro škodlivé užívání a závislost

Škodlivé užívání a závislost na alkoholu byla nejvíce udávána skupinou ANBN, RAN byla opětovně nejméně zastoupenou skupinou. Ženy s purgativním chováním splňují častěji rizika škodlivého užívání a závislosti na alkoholu než skupina bez něho (Rott et al, 2009).

4. Alkohol, kouření cigaret a chuť k jídlu u žen s anorexií a bulimií nervosa

Bulik et al, (1990) zkoumali účinek alkoholu a kouření cigaret na apetit žen s mentální anorexií a bulimií, jednalo se o to, zda tyto drogy snižují, zvyšují nebo nemají efekt na chuť k jídlu. Skupina žen trpících bulimií nejvíce udávala snížení

chuti k jídlu v souvislosti s kouřením cigaret a opačný efekt u alkoholu. Ženy trpící anorexií nejvíce referovaly, že na jejich chuť k jídlu tyto dvě návykové látky nemají vliv.

III. Metamfetamin

1. Historie metamfetaminu

Metamfetamin byl poprvé syntetizován v Japonsku koncem 19. století, na Západ se však dostal až kolem roku 1930. Během druhé světové války byl velmi často využíván jako stimulant japonskými piloty kamikadze před sebevražedným letem. V Evropě ho první využilo nacistické Německo, a to hlavně parašutisté. Po válce začal být pervitin masově zneužíván, představitel českého podsvětí zvaný „Freud“ přišel na způsob, jak pervitin vyrobit doma za použití tehdy běžně dostupných látek. Domnělá triviálnost výroby včetně vidiny značného finančního výnosu zlákala mnoho lidí. Výsledkem je skutečnost, že se na trhu prodává často nečistý produkt nebo spíše meziprodukt zabarvený do žluta nebo fialova obsahující zbytky látek používaných při domácí výrobě (Dostálek et al., 2003).

2. Definice a diagnostická kritéria závislosti na metamfetaminu

Metamfetamin nevyvolává somatickou závislost, nýbrž psychickou, která se vyznačuje cravingem (Minařík, 2003).

Klasifikace syndromu závislosti na metamfetaminu dle MKN-10 (F 15.4):

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
2. Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
3. Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolané nižšími dávkami.
4. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku.
5. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

(Nešpor, 2003)

DSM-4 je v mnoha směrech podobná MKN-10, nezahrnuje craving, naproti tomu se klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k užívání návykové látky (Nešpor, 2003).

3. Metamfetamin jako anorektikum

Stimulancia mají anorektický efekt a trvale snižují chuť k jídlu společně se zanedbáváním výživy a zvýšenou aktivitou vedou často k vyhublosti až kachexii (Svobodová et Václavík, 2006).

Výzkumná kvalitativní studie zkoumající faktory spojené se zahájením užívání metamfetaminu zjistila, že lidé užívají pervitin jako sebemedikaci, která jim pomáhá překonat fyzické a psychické deficity, včetně problémů s nadváhou (Sherman et al, 2008).

Další výzkumná studie uvádí, že ženy užívají metamfetamin jako prostředek pro zhubnutí mnohem častěji než muži (Cohen et al., 2007).

4. Akutní intoxikace, toxická psychóza a odvykací stav

Akutní intoxikace

MKN-10 popisuje klinický obraz intoxikace: euforií, pocitem zvýšené energie, zvýšené bdělosti, megalomanie, hrubosti nebo agrese, lability nálady, hádavosti, opakovaným stereotypním chování, sluchovými, zrakovými nebo hmatovými iluzemi a halucinacemi, paranoidními představami, tachykardií (někdy bradykardií), srdeční arytmii, hypertenzí (někdy hypotenzí), pocením a zimomřivostí, nauzeou nebo zvracením, dilatací zornic, svalovou slabostí, bolestí na hrudi a spazmy. Znaky intoxikace většinou přecházejí do dvou dnů. Nápadné jsou somatické znaky intoxikace, zejména srdečně – cévní a neurologické. V kritické fázi intoxikace může dojít k hyperpyrexii, šoku a křeči. K exitu dochází mnohdy poškozením srdečního svalu v důsledku přímého toxického efektu. Terapie je symptomatická a spočívá ve ztišení zvýšené dráždivosti a hyperaktivity nervového systému (Dvořáček, 2008).

Toxická psychóza

Začátek psychotických příznaků se musí objevit v průběhu užívání nebo do dvou týdnů po užívání stimulantů, psychotické symptomy musí trvat déle než 48 hodin a trvání poruchy nesmí být delší než 6 měsíců. Odlišení psychotického stavu a prosté akutní intoxikace metamfetaminem je nesnadné, jestliže není známo, kdy byla droga aplikována. Rozhodující bývá průběh a rychlý ústup psychotické symptomatologie při abstinenci u akutní intoxikace (Nešpor, 2008).

Dlouhodobé užívání stimulantů může vést k toxické psychóze. Stává se, že ji může vyvolat i jednorázově aplikovaná vysoká dávka. Stav se projevuje paranoidním, či paranoidně-halucinatorním syndromem. Psychóza se rozvíjí pozvolna, na počátku je patrna senzitivní vztahovačnost s přítomným náhledem, později náhled mizí a nastupuje rozvinutá toxická psychóza (Minařík, 2003).

Hlavní rysy rozvinuté toxické psychózy u uživatelů metamfetaminu jsou:

1. zřetelné paranoidní domněnky, že klientovi chce někdo ublížit
2. objevuje se zřetelné postižení nálady
3. zrakové, sluchové a taktilní halucinace

(Minařík, 2003).

Klinický obraz toxické psychózy je mnohdy těžko rozpoznatelný od schizofrenie a odlišení je nutné provést i na základě ostatních znaků. Rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci. Závisí na aktuálním stavu postiženého, jestliže chybí kontakt s realitou, vyskytují se sebevražedné myšlenky a halucinace není vyhnutí. Toxická psychóza u uživatelů stimulantů velmi dobře reaguje na antipsychotickou léčbu psychofarmaky a po terapii odezní bez následků a rezidua (Minařík, 2003).

Psychotické prožitky se někdy vracejí nebo perzistují v mírnějších klinických formách, kdy není možno diagnostikovat toxickou psychózu, ale počátek i průběh naznačuje, že se jedná o stav vzniklý v přímé souvislosti s užitím pervitinu a mnohdy nasedá bezprostředně na toxickou psychózu (Minařík, 2008).

Významnou roli při rozvoji psychotických příznaků u uživatelů metamfetaminu mají faktory na straně uživatele spojené s genetickými predispozicemi, premorbidní osobností klienta a návykovou látkou jako takovou - její aplikací a neurotoxickými a neuropatofyziologickými účinky metamfetaminu v mozkové tkáni (Hosák et al., 2009).

Odvykáací stav

Únava, neklid a craving obvykle provází vysazení. Somatické komplikace souvisejí s vyčerpáním organismu po přetížení v době intoxikace a v krátké době z větší části vymizí. Odvykáací stav neohrožuje ani na zdraví ani na životě (Minařík, 2008).

Ve vývoji můžeme popsat několik fází:

1. Po vysazení se dostaví únava, až několika denní spánek s epizodami bdění a příjmem velkého množství potravy. Objevuje se deprese, úzkostné stavy, svět se abstinujícím jeví bezútěšně šedivý, mohou se dostavit sebevražedné myšlenky.
2. Po odeznění akutních účinků se dostavuje silná touha po droze, dochází k relapsům. Přetrvává depresivní prožívání, dostavuje se podrážděnost, někdy se objevují poruchy spánku. Toto období trvá řádově dny až týdny.
3. Mírnější obtíže, depresivní symptomatologie odeznívá, touha po návykové látce slábne, i když se dostavuje v neztenčené síle. Obyčejně trvá několik týdnů až měsíců.

(Minařík, 2008)

5. Kombinace metamfetaminu a alkoholu

Ve výzkumné studii bylo sledováno množství zkonsumovaného alkoholu v situaci, kdy dotázaní užívali jiné drogy. U pervitinu byla zjištěna velmi silně zastoupená kategorie „více alkoholu než obvykle“. Stimulancia efekt alkoholu po dobu jejich účinku překryjí. Je možné se domnívat, že zásadním důvodem pro polyvalentní užívání je jinakost prožitku (Škařupová, 2004).

6. Neurotoxicita metamfetaminu

Metamfetamin je neurotoxický pro dopaminergní nervová zakončení, a tím způsobuje postupné poruchy motorických funkcí a paměti. Poškození je reverzibilní, přesto nemusí dojít k úplné normalizaci funkcí mozku (Minařík, 2008).

7. Etiologie iniciace užívání metamfetaminu

Dle výzkumné studie (Sherman et al., 2008) je pro zahájení užívání metamfetaminu charakteristická dostupnost a všudypřítomný výskyt návykové látky v rámci vrstevnických skupin.

Podle Shermana et al. (2008) lze determinanty prvního užití metamfetaminu rozlišit na individuální a společenské.

Mezi nejčastěji uváděné individuální faktory prvního užití metamfetaminu patří:

1. Zvědavost a expozice návykové látky (sledování užívání přátel) před zahájením.
2. Další skupina, jež poprvé vyzkoušela pervitin kvůli zvýšení výkonnosti v práci nebo ve škole.
3. Část respondentů metamfetamin vyzkoušela za účelem snížení hmotnosti.
4. Významnou roli třetí skupiny respondentů hrály emocionální problémy, především rodinné spory.

(Sherman et al., 2008)

Jako společenské faktory jsou ve studii (Sherman et al., 2008) udávány explicitní a implicitní tlak okolí užívající metamfetamin. Jako jednotlivé formy tlaku byly uváděny například – přesvědčování, emocionální manipulace, sociální izolace (pokud pervitin nevyzkouší) a snaha o zařazení se do kolektivu, přijetí (tím, že metamfetamin užije).

8. Sociální důsledky závislosti na nealkoholových drogách

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které mnohdy vyplývají z psychických změn a odlišného chování těchto lidí. Závislý

jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní své povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy. Pod vlivem návykové látky bývá unaven, není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit, a navíc ztrácí motivaci k této činnosti. Nakonec je jeho chování tak neúnosné, že je vyloučen ze školy, či propuštěn ze zaměstnání. Stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci hledat jiné uplatnění. V určité fázi rozvoje tito lidé už pouze „parazitují“ na rodině nebo na společnosti. Postupně ztrácejí většinu svých sociálních rolí, jelikož nejsou schopni plnit požadavky, které jsou s nimi spojené, a nakonec jim zůstává jen stigmatizující role uživatele návykových látek (Vágnerová, 2004).

8.1 Rodina uživatele návykových látek

První reakce rodičů, když zjistí, že jejich dítě užívá návykové látky, bývají mnohdy neúčelné. Typickým pokusem o řešení situace jsou domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky a pláč, které nemohou mít žádoucí výsledek. Rodiče hledají příčinu, která k tomuto vedla, často obviňují i sami sebe. Jindy se snaží své dítě chránit a popírají, že by něco takového dělalo. Uvedenou reakci lze chápat jako obrannou. Rodina se snaží kontrolovat konzumaci drog, činí opakované pokusy přimět své dítě k abstinenci. V tomto období se střídají optimistické fáze nové důvěry v řešení a fáze zklamání, že se tak opět nestalo (Vágnerová, 2004).

Mezi vzorce chování rodičů, které přispívají k udržování problému, patří: nefunkční agresivita, ustupování, zanedbávání sebe a ostatních z rodiny, popírání problému, financování návykových látek, obviňovat partnera, lhaní ve škole atd. (Frouzová, 1993).

8.2 Vztahy uživatelů návykových látek s lidmi

Užívání návykových látek – pro jejich sníženou dostupnost, či dokonce zákaz jejich aplikování, samo o sobě dostává závislého na okraj společnosti (Frouzová, 1993).

Chování závislého člověka bývá pro jeho okolí většinou neakceptovatelné. Pod vlivem drog se stává nespolehlivým, sobeckým a bezohledným k potřebám ostatních lidí. Mění se jeho hodnotová orientace, nejdůležitější je pro něho návyková látka a všechno ostatní přestává mít smysl. Schopnost navázat a udržet

jakýkoliv emocionální vztah závislost na psychoaktivní látce ničí. Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní. Hlubší partnerské vztahy nebo přátelské nevydrží, ani když jsou uživatelé oba partneři. Nakonec přetrvají jen náhodné vazby s lidmi, kteří jsou v podobné situaci (Vágnerová, 2004).

8.3 Obecné sociální důsledky

Častým důsledkem závislosti na návykových látkách je trestná činnost. Finanční náročnost závislosti, změna osobnosti (ztráta zábran, neschopnost sebeovládání, bezohlednost a egocentričnost) a hodnotového systému zvyšují pravděpodobnost nelegálního jednání (Vágnerová, 2004).

C. Praktická část kasuistické bakalářské práce

1. Informace týkající se případové studie

1.1 Získávání dat

Docházela jsem na doléčovací program pro podporu a udržení abstinence po absolvování léčby, kde jsem klientky žádala o spolupráci. Na čtvrtém setkání se mi přihlásila klientka, které se budu věnovat v této studii. Data jsem sbírala po dobu dvou měsíců. S klientkou jsem strávila osobně přibližně deset hodin a některé doplňující skutečnosti jsem s dotyčnou konzultovala elektronickou formou.

2. Osobní anamnéza

Klientce je 25 let. Abstinuje necelé tři roky. Je svobodná, bezdětná a má dvouletý vztah. Do svých 22 let bydlela s matkou. Po léčbě se odstěhovala na ubytovnu, kde žije se svým přítelem. Nyní se nachází ve fázi, kdy se bude stěhovat do svého vlastního bytu.

Dětství si klientka moc nevybavuje. Jezdila od první třídy na 14denní tábory. Také se zmínila, že někdy s jedním z rodičů a sestrou jezdila na výlety. Nikdy nebyli na výletě společně, jako celá rodina.

První problémy mezi rodiči, které klientka (tehdy 11letá) začala registrovat, se objevily, když otec začal chodit domů podnapilý a vulgárně častovat klientčinu matku. Klientku otcovo chování vůči matce velmi mrzelo. Společně se sestrou byly často svědky jejich hádek. Netrvalo dlouho a matka se s otcem rozvedla. Klientce bylo 12let a říká, že jí to ranilo, ale chápala matku, jelikož se jí otcovo chování k ní nezamlouvalo. Otec se od rodiny odstěhoval. Klientka za ním chodila do restaurace, kde pracoval a podle ní tam trávil mnoho času. O Vánocích k němu se sestrou jezdily. Klientka tvrdí, že jí ho bylo velice líto, protože působil velmi osamoceně. Otec si po rozvodu už nenašel ženu, matka se krátce po rozvodu seznámila s mužem, který se stal po půl roce součástí rodiny, klientka i její sestra ho měly velmi rády, proto nic nebránilo tomu, aby se k nim nastěhoval. Společné štěstí netrvalo dlouho, protože matčin přítel onemocněl vážnou chorobou a po

dvou letech svůj boj s rakovinou prohrál. Klienta mi řekla, že se o něho společně s matkou a sestrou staraly, zemřel u nich doma. Bylo to pro ni velmi smutné období.

Další rána osudu ji zasáhla v sedmnácti letech, když jí zemřel otec. Vyprávěla mi, že se ho dlouho dobu snažila donutit, aby navštívil lékaře, jelikož vypadal velmi nezdravě. Podle klientky to bylo téměř zbytečné, protože byl tvrdohlavý a umanul si, že k lékaři nepůjde, měl pocit, že je poměrně zdravý. Klientka říká, že dost pil, ale závislý podle ní nebyl, jelikož chodil do práce a celkově na ni tak nepůsobil. Exitus otce prožívala intenzivním smutkem, později, jak sama říká, jí nezbyvalo nic jiného než se s tím smířit.

Otec ani matčin přítel nikdy nechválili klientčin vzhled. Oceňovali ji ve studijních výsledcích, nebo když se jí něco povedlo.

Společné stravování, kdy by celá rodina zasedla ke stolu, se konalo jen o svátcích. Jinak klientka jedla většinou se sestrou (snídaně, obědy a večeře). Matka vařila typickou českou stravu. Rodina jedla podle klientky normálně. Vzpomíná si však, že matka po rozvodu velmi zhubla, protože jedla malé porce jídla, ale toto období netrvalo dlouho a matka se vrátila k normálnímu stravování a ztracené kilogramy opětovně nabrala.

Za svůj život měla dvě vážné známosti. Jedna trvala dva roky, druhá právě probíhá. Začátek pohlavního života klientka udává v 15 letech. Její první známost skončila tím, že ji přítel, značně podnapilý nalomil pažní kost, když ji podezřívával z nevěry. Klientka k tomuto incidentu řekla, že své partnery nikdy nepodváděla. Vztah ihned ukončila, jelikož zastává názor, že pokud ji muž napadne jednou, bude se to opakovat. Kromě tohoto ataku klientce ubíral na sebevědomí, několikrát ji označil za obézní.

Po rozchodu vystřídala mnoho sexuálních partnerů. S náhodnými známostmi používala kondom. Klientka říká, že se nechtěla „vázat“. Od 17 do 19 let měla přítele, který jí byl velkou oporou, oceňoval ji, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Po dvou letech se partneři začali odcizovat. Přítel byl ponořen do své práce a později ji začal podvádět. Klientka měla tušení, ale pravdu se dozvěděla na diskotéce, kde jí kamarád řekl, že partner udržuje poměr ještě s další dívkou.

Klientka se s partnerem rozešla, aniž by s ním nevěru řešila. Po ukončení vztahu s ní chtěl být její bývalý přítel kamarád, což odmítla, jelikož cítila, že nevyjasněná nevěra je „černou skříňkou“ jejich vztahu.

Vystudovala základní školu a poté střední zdravotnickou školu, obor – všeobecná sestra. Byla průměrným žákem. Ze školních let si vybavuje, že zkoušela, co učitelé vydrží. Když dnes vzpomíná na období studia, uvědomuje si, jak moc ji mrzelo, kdykoliv dostala špatnou známku.

Svěřila se mi s trojkou z chování ve třetím ročníku na střední škole. Dodnes nechápe, z jakého důvodu ji dostala. Společně s několika lidmi ze třídy se bavila s dívkou, jež byla velice oblíbená mezi učiteli, výborně se učila a na výzvy kantorů o pomoc reagovala vždy jako první. Toto děvče se začalo na své spolužáky povyšovat a uzurpovat je. Klientka společně s ostatními přestali s dívkou komunikovat, za což se jim pomstila tím, že si začala vymýšlet, jak ji ostatní psychicky a fyzicky šikanují. Třídní učitelka dívce uvěřila a svolala rodiče dětí do školy. Jednu z matek natolik rozzlobilo, že se kantorka zastává pouze „šikanované dívky“ a nechce slyšet názor druhé strany, že třídní učitelce pohrozila otisknutím článku v novinách, kde by zveřejnila situaci ve škole. Tato výhrůžka třídní učitelku urazila, sdělila matce, aby více vážila slov, jelikož tento konflikt může skončit vyhozením dívek ze střední školy. Nakonec klientka dostala trojku z chování, protože prý byla iniciátorkou šikany, zbytek spolužaček dvojku.

Snaha klientky domluvit se s třídní učitelkou byla bezvýsledná, na dotaz - co vlastně provedla, odpověděla kantorka „vždyť víte“, a bez jakéhokoliv vysvětlení odešla. Tehdy cítila obrovskou křivdu.

Se svými spolužačkami vycházela až na výjimky dobře.

V 15 letech vážila 65 kilogramů na 164 centimetrů výšky. Tvrdí, že jí dívky ze třídy a její tehdejší přítel říkali, že je tlustá, což ji přimělo k dietě, která vyústila v poruchu příjmu potravy. Myslí si, že kdyby nikdo nepoukazoval na její hmotnost, nikdy by se nestalo to, co následovalo. Své tvrzení vysvětluje tím, že do té doby byla se sebou spokojená a váha ji nezajímala.

Od 19 let pracuje jako všeobecná sestra. Vystřídala čtyři oddělení. Vysvětluje to tím, že vždy dostala nějakou lepší nabídku. Práce ji velmi naplňuje. Byla jednou z motivací, kvůli které skončila s návykovými látkami. Na pracovišti má poměrně dobré vztahy. Když vzniknou konflikty, řeší je snahou pochopit, z jakého důvodu k nim došlo. V zaměstnání je perfekcionistka, velmi zle snáší, pokud lidé přistupují k práci nezodpovědně.

V minulosti byly její záliby velmi různorodé. Žádná z aktivit ji nenaplňovala. Tvrdí, že se hledala. Jediný stálý zájem, který ji držel až do 22 let, byla techno hudba. Dnes však tuto hudbu neposlouchá, je pro ni uzavřenou kapitolou. Vzpomínka na něco, co nechce vrátit zpátky. Techno hudba ji provázela po celou dobu užívání návykových látek. Klientka tvrdí, že změnila životní styl. Nyní se věnuje malování, horolezectví a turistice. V těchto činnostech, jak tvrdí, konečně našla samu sebe.

3. Rodinná anamnéza

Otec, který pracoval jako číšník, zemřel ve 43 letech na rozsáhlý zánět plic, když bylo klientce 17 let. Přestože mu bývalo velmi zle, nenavštěvoval lékaře. S klientčinou matkou se rozvedl v 38 letech. Hlavním důvodem bylo to, že se „rád napil“, poté přišel domů a byl na svou manželku verbálně agresivní. Klientka jejich neshody nesla velmi těžce. S otcem vycházela dobře. Po rozvodu ho navštěvovala a bylo jí ho líto, jelikož jí připadal velmi opuštěný. Po smrti otce klientka pociťovala, že jí v rodině chybí mužská role a někdo, kdo by ji více usměrnil.

Matce je 47 let, pracuje jako sanitárka. Trpí hypertenzí, astmatem a hypofunkcí štítné žlázy. Po rozvodu s klientčíným otcem si našla přítele, se kterým klientka a její sestra vycházely velmi dobře. Podle klientky neměly důvod mít výhrady, protože matka se předem ujistila, zdali děti souhlasí s příchodem nového muže do rodiny. Pro matku byly děti vždy na prvním místě a nikdy by neudělala tento krok, kdyby s ním dívky nesouhlasily. Děti si přítele matky oblíbily, po dvou letech společného soužití však matčin přítel zemřel na rakovinu, klientce bylo 14 let. Matka chtěla, aby v budoucnu dosáhla lepšího pracovního postavení než ona, proto ji vedla k poctivému přístupu ke studiu.

27letá sestra je v invalidním důchodu. Má astma, epilepsii a při operaci se nakazila zlatým stafylokokem. Žije v manželství s o 20let starším partnerem, mají jedno dítě. Tento věkový rozdíl byl důvodem k rozporu mezi ní a matkou. Časem se situace urovnala.

Když jsem se klientky zeptala, jestli byla sestře v dětství věnována díky její nemoci větší pozornost než klientce, odpověděla, že ne. Dokonce má pocit, že rodiče více upřednostňovali ji, možná proto, že její sestra má velmi složitou povahu, někdy se chová cholericky a vyvolává konflikty. Neznamená to však, že by se jí rodiče nevěnovali. Když jí bylo zle nebo potřebovala hospitalizovat, vždy vše zajistili a psychicky pozvedli její náladu. Se sestrou si klientka velmi rozumí a jsou si oporou.

Děda z otcovy strany měl tendence k užívání alkoholu.

Bratr matky užíval intravenózně metamfetamin. V 33 letech se předávkoval a zemřel.

Bratranec klientky (z matčiny strany) trpí na 1. typ diabetes mellitus. Je mu 20 let a je to bývalý uživatel marihuany. Jelikož kouřil denně nadměrné množství, jeho psychický stav se velice zhoršil. Kvůli užívání marihuany zapomínal jíst, což komplikovalo jeho onemocnění. Nyní navštěvuje ambulantně psychiatra. Marihuanu již nekouří. S klientkou k sobě mají velmi blízko, pomáhala ho po návratu z terapie motivovat k léčbě.

Bratranec klientky (z otcovy strany) užíval necelý rok poměrně intenzivně intranasálně metamfetamin. Nyní abstinuje. Je o rok starší než klientka. Klientku mrzí, že svoji první dávku vyzkoušel právě s ní.

4. Zdravotní anamnéza

Porod klientky proběhl bez komplikací. V dětství varicella a lymfská borelióza. Časté otitis media - kvůli této nemoci lehké poškození sluchu. Opakované angíny. Ve 20 letech tonsilektomie, klientka byla týden hospitalizovaná. V dospělosti, přesněji řečeno 20 letech, objevena autoimunitní thyreoditis. Trpěla obstipací, která vymizela ve 22 letech změnou stravovacích návyků.

Aplikace – 2 roky intranasální a půl roku intravenózní užívání. Někdy sdílela injekční náčiní se svým partnerem. Jednou si není jistá, zdali si neaplikovala dávku z cizí injekce.

Vyšetřena na AIDS/HIV a VHC. Negativní nález.

V rámci školy a svého povolání očkována proti hepatitidě A a B.

Somatický stav u poruch příjmu potravy

Anorexie nervosa – mdloby, zimomřivost, únava, obstipace, amenorea a kolaps.

Bulimia nervosa – jednou zvracení s příměsí krve a bolesti břicha.

Psychický stav u poruch příjmu potravy

Anorexia nervosa – náladovost a úzkost.

Bulimia nervosa – výčitky kvůli přejídání a obavy z odhalení.

Metamfetamin - somatický stav v období užívání

Klientka uvádí tachykardii, cyanózu končetin, nauzeu, nízkou hmotnost a někdy emese po jídle.

Metamfetamin-psychický stav v období užívání

Klientku trápily anxiózní stavy, náladovost, nečekané reakce od sebe samé (situace, kdy například zničením vztekle bouchne dveřmi), paranoidní ataky a toxická psychóza.

5. Klinické pozorování adiktologa

Klientka je upravená a inteligentní. Mluví rychle a vyvolává dojem dynamické ženy, která je pozitivně naladěna.

Podle jejího vyprávění je zřejmé, že nemá ráda samotou. Stýká se s mnoha lidmi a zajímá se o mnoho aktivit.

Z vyprávění klientky je patrné, že je nesmírně citlivá na to, aby v práci odváděla kvalitní výkon. Velmi se zajímá o druhé lidi a jedná s nimi podle jejich slov na „rovinu“. Dotýká se jí nespravedlnost.

Její váha je 68 kilogramů. Přiznává, že se snaží jíst normálně, ale je na ní patrné, že se svou postavou a celkově postoji k jídlu není úplně vyrovnaná.

Položila jsem klientce otázku: „myslíš si, že tě pervitin nějak ovlivnil, co se týče tvé psychiky“? Klientka odpověděla, „ano, jsem mnohem citlivější člověk, ale nevím, zda je to následek metamfetaminu nebo toho, že jsem prostě taková byla a snažila se tento povahový rys nevidět“. Na chvíli se odmlčela a poté pokračovala: „dnes si všímám věcí, kterých jsem si dříve nevšímala a prožívám daleko více cizí utrpení, ale myslím si, že to není v životě překážka, když má člověk náhled, který já mám“.

6. Vývoj a průběh poruch příjmu potravy

Do 15 let klientka nepociťovala touhu zhubnout. Nečetla dívčí časopisy a nezajímala se o diety. S nástupem na střední školu se však její postoj změnil. Vážila 65 kg a měřila 164 cm. Našla si přítele, který jí neustále dával najevo, že se mu nelíbí její postava. V dívčím kolektivu na střední škole ji spolužačky také několikrát označily za obézní.

Rozhodla se, že začne držet dietu. Ze začátku ze svého jídelníčku vyškrtla polévky a dodržovala dělenou stravu. Za měsíc klientka zhubla 5 kilogramů, což ji povzbudilo, okolí ji chválilo, jak vypadá dobře. V peněžence si nosila kalorickou tabulku potravin, aby měla přehled, jaké potraviny jsou pro ni výživově přijatelné. Klientka později začala čím dál tím více zmenšovat své denní porce stravy. Jídlo rozdělovat do čtyř denních dávek, krájet ho na úhledné kousky a servírovat na malý talíř. Za celý den například snědla čtyři jablka nebo čtyři „kostičky“ nízkokalorického taveného sýru. Je zajímavé, že jedla vždy jen jeden druh potravin denně. Pila pouze minerální neochucenou vodu a cvičila každý den. Z pokrmů a nápojů, které nebyly na jejím seznamu, měla obrovský strach. Hlad překonávala spánkem. O víkendech chodila do restaurací, kde si vždy dala alkohol a pak si to vyčítala, jelikož je kalorický, ale nedokázala mu odolat. Za

necelých 6 měsíců vážila o 23 kilogramů méně. Připadalo jí však, že zhubla málo, chtěla být ještě štíhlejší, kvůli své váze pociťovala mnohdy úzkost. V tomto období klientka omdlela na večírku z nedostatku stravy, a když se probírala k vědomí, přátelé jí nabídli kousek čokoládové trubičky, kterou odmítla. Měla strach, že po ní ztloustne. Záhy po kolapsu pila alkohol, což považuje za naprosto iracionální jednání, které nedokáže zdůvodnit.

Učitelka a matka klientky si její podvýživy všimly. Řekly jí, že pokud nepřibere, nastoupí na hospitalizaci. Klientku tento fakt vyděsil, jelikož se mi svěřila, že ji vždy děsila představa, že je někde zavřená a nemůže si dělat, co chce. Začala pomalu zvyšovat své denní dávky jídla, zanedlouho se přestávala ve stravě kontrolovat a chorobně se přejídala. Její váha šla nahoru a vrátila se jí zpět menstruace. Byla schopna najednou zkonsumovat kilogram párků, šest krajců chleba aj. Poté šla stravu vyzvracet. Toto období trvalo tři měsíce (průměrně 2-3 přejedení denně třikrát do týdne). Klientka mi řekla, že ji v tomto chování zastavilo, až zvracení s příměsí krve. Dostavilo se jednou, ale klientku vyděsilo natolik, že s patologickým chováním přestala. Zeptala jsem se klientky, co jí pomáhalo překonat touhu po přejedení. Odpověděla, že začala přemýšlet o tom, jak zvracení škodí jejímu zdravotnímu stavu. Vždy, když měla bažení jít po jídle znovu zvracet, zabránila jí v tom představa posledního zážitku. Dále klientka přiznává, že obavy z tloušťky, diety a výkyvy váhy ji trápily, až do 20 let, ale už se nikdy neuchýlila zopakovat si své chování z období PPP.

Když užívala metamfetamin (ve 20letech), byla prý spokojená. Váha ji tolik neinteresovala a oceňovala jeho anorektický efekt.

Nyní klientka váží 68 kilogramů. Postoj k vlastnímu tělu je ambivalentní. Někdy se sama sobě zdá přitažlivá, jindy k sobě cítí odpor. Velkou oporu má u přítele, který ji považuje za atraktivní ženu a chválí její vzhled. Dodnes klientka nejí maso, po některých jídlech je jí „těžko“ a někdy má tendence dát si menší porci, než by měla.

Klientka mi řekla: „matka a sestra jsou obézní, nechtěla jsem a nechci být taky, to je pro mě takový malý strašák“.

7. Drogová anamnéza

První zkušenost s kouřením cigaret ve 13 letech s kolektivem základní školy. V 15 letech pravidelný kuřák 10 cigaret denně. V období užívání metamfetaminu 20-30 cigaret denně.

První užití alkoholu ve 13 letech. Nejvíce užívala alkohol v období mezi 15 a 16 lety o víkendech, když trpěla poruchou příjmu potravy. Nikdy nepila sama doma, vždy v restauraci nebo na párty ve společnosti přátel.

Marihuanu poprvé „okusila“ v 15 letech, v období poruch příjmu potravy se jí vyhýbala. Užívala ji jednou týdně od 17 do 18 let. Na užívání marihuany klientce vadilo to, že po odeznění účinku měla velký hlad. Vždy snědla velké množství jídla a poté měla výčitky. Velmi trpěla představou, že ztloustne.

Hašiš vyzkoušela čtyřikrát v 15 letech.

Psylocibin první užití v 16 letech. Druhý pokus dopadl nepříjemnou halucinací. Klientka zážitek popisuje, že leží do půli těla v hlíně a nemůže se hnout. Přitom zažívá anxiózní stav. K této návykové látce se již nikdy nevrátila.

MDMA vyzkoušela v 17 letech, celkově zhruba pětkrát. Téměř vždy se dostavila palpitace a nauzea.

Kokain užila čtyřikrát v životě. Vyhovoval jí stejně jako metamfetamin, ale byl oproti němu více finančně zatěžující. Své experimentování s ním udává v 17 letech.

Adipex dostala od svého známého lékaře ve 21 letech. Užívala ho měsíc.

Metamfetamin byla primární návyková látka klientky. První užití udává v 17 letech intranasálně s přítelkyní na technoparty. Trvalo další tři roky, než se k němu opětovně vrátila.

Ve 20 letech, začíná jezdit více na techno festivaly, kde s přáteli šňupe pervitin. Klientka se mi svěřila, že metamfetamin někdy pro zesílení stimulačního účinku kombinovala s vodkou a energetickým nápojem a taktéž měsíc s adipexem.

Řekla mi, že pervitin užívala, když jí bylo dobře, aby jí bylo ještě lépe. Nejprve drogu užívá pouze o víkendech, za 3 měsíce 3-4krát v týdnu a přibližně po půl roce každý den. Denní dávky pervitinu se zvyšují a ustálí se na 0,5g metamfetaminu denně. Velice se bojí předávkování a s tím spojených stavů, proto jej užívá několikrát denně v malých dávkách (někdy i 10krát za den). Nemá motivaci skončit, jelikož v práci nechybuje. Poměrně se jí daří, a když po probdělé noci nemůže ráno vstávat do zaměstnání, metamfetamin použije jako stimulační prostředek.

Ve 22 letech se mění způsob užívání z intranasálního na intravenózní. Klientka říká, že se velmi bála i. v užívání hlavně z toho důvodu, aby neskončila jako její strýc, který se předávkoval. Avšak vztah s mužem, jenž takto užívá a nabídne jí, že jí dávku aplikuje, přiměje klientku ke změně rozhodnutí. Půl roku si intravenózně několikrát denně aplikuje drogu. Dávky se pohybují kolem 1g denně.

Klientka mi vyprávěla o situaci, kdy došlo k jejímu předávkování. Přítel nevěděl, jestli do injekční stříkačky dal jednu nebo dvě dávky. Řekla, že když o tom zpětně přemýšlí, chtěla si asi vyzkoušet, co vydrží a neznámé množství si aplikovala. Poté si už jen vzpomíná, jak leží a nemůže se hýbat. Ani neví, jak dlouho tento stav trval. Resuscitace nebyla nutná.

Klientka svou závislost skrývala. Nosila dlouhé rukávy, vyhubnutí vysvětlovala tím, že drží dietu a snažila se o sebe dbát. Její užívání se odhalí v práci, jelikož se klientka ke své závislosti přizná ve stavu toxické psychózy své vedoucí. Podmínkou, aby klientku nevyhodili ze zaměstnání, je nastoupit na terapii. Klientka nabídku přijme.

Vyprávění klientky o toxické psychóze (jejími slovy): „ od pátku večer jsem neměla pervitin, v sobotu ráno jsem šla do práce a cítila jsem se poměrně dobře, až na to, že jsem nebyla od středy močit. Když jsem dorazila do práce, něco se změnilo. Viděla jsem kolegyně, jak si vyprávějí, nerozuměla jsem jim. Chvilí nato jsem slyšela hlas bývalé kolegyně, která se mnou už nepracovala. Na exitus pacienta jsem zareagovala prý tak, že si jdu zakouřit, což se spolupracovnícím zdálo divné, jelikož tato reakce se neslučovala s mou povahou. Do jisté doby jsem vše dělala automaticky a dobře. Převlékla postele, udělala zápis... Náhle jsem začala

zapomínat, nevěděla jsem, kdo po mě co chtěl. Staniční sestra se mě zeptala, co se mnou je. Já se smála. Poté jsem jí přiznala svoji závislost. Ona mě poslala domů a řekla mi, že pokud se půjdu léčit, můžu se do zaměstnání po terapii vrátit. Z práce jsem jela domů, máma se divila, že jsem doma tak brzo. Zabalila jsem si věci a odjela za sestrou, kde jsem vyprávěla, že chci do Hodonína, což nemělo žádný smysl. Sestra si všimla mých rozpíchaných rukou a rozbrečela se. Po krátké návštěvě jsem ji opustila a odkráčela do lesa. Měla jsem nevysvětlitelný pocit, že se něco stane a já nebudu. V lese jsem začala mít strach a pokračovala ve své výpravě k vesnici, tam jsem viděla mnoho aut a lidé po mě házeli rajčaty. Utekla jsem a vyhýbala se už z dálky všem osobám, které jsem viděla. Po cestě mě ještě stačilo vyděsit zásahové vozidlo. Šla jsem paradoxně nejdelší cestou, měla jsem vizi, že jen tak neuslyším hlasy. Do bytu k matce jsem dorazila pozdě večer. Zeptala se mě, zda beru drogy. Řekla jsem jí, že ano a šla si lehnout. Požádala jsem ji, ať mi domluví detox. Měla jsem to v hlavě jen proto, že mi v ní utkvěla věta mého kamaráda, který mě viděl den před tím a prohlásil, že jsem zralá na detox. Tři dny jsem strávila doma a další 3 dny na detoxu. Celou dobu jsem spala, nebo mlčela a měla halucinace. Na toto období si vzpomínám matně, hodně mi pomohli lidi z okolí, kteří mi doplnili prázdná místa.“

Když klientka užívala intravenózně metamfetamin, bavilo ji hrát automaty. Zpočátku vyhrávala a měla radost, že si finančně přilepšila. Později se jí ve hře nedařilo a někdy se stalo, že prohrála několik tisícovek korun. Hraní automatů pokládá za činnost, kterou vykonávala pouze u užívání pervitinu, a prý ji ani nenapadlo po ukončení léčby jít do herny.

Klientka nyní abstínuje, za několik měsíců to budou tři roky. Z hlediska metamfetaminu nezrelapsovala. Restaurace navštěvuje, alkohol nepije a tvrdí, že jí nevadí, když jsou v okolí alkoholické nápoje. Ohledně alkoholu nepociťuje craving . Po absolvování terapie se také zbavila závislosti na nikotinu. Bavila jsem se s klientkou na téma návykové látky a budoucnost. Řekla mi, že jediná návyková látka, která by přicházela v úvahu, kdyby nastal relaps, by byl alkohol (bojí se genetické predispozice z hlediska otce). Z metamfetaminu má strach a poměrně věrohodně tvrdí, že by ho už nikdy neužila. Obává se paranoidních ataků a rozvinutí schizofrenie.

8. Sociální anamnéza

Klientka do 22 let bydlela s matkou. Po terapii se chtěla osamostatnit, rozhodla se, že půjde bydlet na ubytovnu, kde žije společně s přítelem. Za několik měsíců by se měla stěhovat do svého vlastního bytu.

Všeobecnou zdravotní sestru dělá od 19 let. Vystřídala čtyři oddělení, z finančních důvodů a také kvůli tomu, aby nabyla nové zkušenosti. V období užívání metamfetaminu měla pouze dvě absence v zaměstnání. Jediná její delší pracovní pauza byla čtyři měsíce, když nastoupila na terapii. Povolání ji uspokojuje. Nemá pocit, že by chtěla vykonávat něco jiného.

Vztahy s okolím v období užívání byly napjaté, jelikož klientka, která na ostatní vždy působila vyrovnaně, měla najednou velké výkyvy nálad. Rodina ani kolegyně z práce zprvu o její závislosti nevěděly. Matce se klientka snažila, co nejvíce vyhýbat, aby nic nepoznala. V práci měli o jejím stavu pochybnosti hlavně v období intravenózního užívání. Především kvůli její nízké hmotnosti a popelavé pleti. Klientka byla vynalézavá ve svých výmluvách a dařilo se jí spolupracovnice přesvědčit, že drží dietu a má mnoho starostí, což se odráží na jejím fyzickém vzhledu a negativním naladění. Vztahy s přáteli, kteří užívali návykové látky, po návratu z léčebny ukončila. Našla si nový okruh přátel, se kterými podniká výlety aj. V pracovním kolektivu znovu nabyla důvěru. Klientka mi řekla, že jí matka ještě plně nedůvěřuje, hlavně se obává případného rozchodu s přítelem a návratu k návykovým látkám.

9. Kriminální anamnéza

Klientka nebyla nikdy trestně stíhaná. Přiznává však, že někdy si přivydělávala nelegální činnosti.

10. Terapie

Klientka absolvovala detoxifikace a ústavní léčbu. Doba pobytu činila čtyři měsíce. A přestože se nikdy předtím nepokusila abstinovat, terapii úspěšně dokončila.

Léčbu nastoupila klientka z důvodu rozvinuté toxické psychózy, a taktéž kvůli přání okolí, které chtělo, aby klientka přestala užívat. Na detoxifikačním oddělení

trpěla paranoidními ataky, pamatuje si velmi málo, utkvělo jí však, jak moc byla chvilkami anxiózní a frustrovaná ze svých paranoidních představ. Ošetřující personál jí zpětně sdělil, že téměř nemluvila. Až třetí den pobytu začala pomalu vnímat okolní dění. Pamatuje si, jak seděla rozčilená u triviální křížovky, kterou nedokázala vyluštit. Po několika dnech se její paměť upravila.

Začátek terapie nesla velice těžce, měla pocit, že do léčby nepatří a nemá žádný problém. Nebyla rozhodnutá, jestli se chce léčit. Přemýšlela o tom, že si pobude nějakou dobu v léčebně a bude se moci vrátit do práce, a třeba i k užívání. Klientka mi řekla, že tehdy měla pocit jakéhosi „krytí léčbou“. Její představa byla taková, že bude užívat, okolí jí nebude podezřívat, protože absolvovala terapii.

Léčba se jí nezamlouvala, na skupinách odmítala mluvit, měla vztek, že může kouřit cigarety jen během určené doby a nevyhovoval jí režim. Vnímala sebe jako osobu, která nemá žádný problém.

Po měsíci se klientce začalo stýskat po partnerovi (uživateli), kterého chtěla navštívit. Když o tom zpětně přemýšlí, tak si není úplně jistá, jestli to byla touha vidět partnera nebo craving po metamfetaminu, ale prý asi obojí. Zhostily se jí nepříjemné emoce a byla téměř rozhodnutá, že odejde ze zařízení. Oznámila to staniční sestře, která zareagovala velmi pohotově a velice dlouhou dobu s klientkou řešila její rozpoložení, na konci rozhovoru jí oznámila, že pokud chce odejít, tak může, ale až zítra, jelikož musí zařídit některé formality kolem výstupu z léčebny.

Následující den nastal zlom, jelikož se klientka rozhodla, že v terapii setrvá.

Pomalou si začínala zvnitřňovat pravidla, nalézat smysl v řádu léčebny, uvědomovat si svoji závislost na metamfetaminu a otvírat své emoce okolnímu světu. Na skupinových setkáních se i více projevovala. Zažila emoční uvolnění, kdy vyprávěla o smutku, který prožívá, jelikož nemůže být se svým partnerem. Když o něm vyprávěla, rozplakala se, měla ho v té době moc ráda, tušila, že aby abstinovala, musí se s ním rozejít, protože on by jí, jak klientka řekla, „stahoval ke dnu“, jelikož neměl vůli přestat. To, že tyto pocity vyslovila nahlas, vnímá jako

velký přínos z důvodu zmírnění tenze, kterou pociťovala, když o tomto problému s nikým nemluvila.

Velmi se jí zalíbila artterapie, hlavně malování, kterému se věnuje dodnes.

Jelikož se svěřila se svými problémy s jídlem, byla odeslána na specializovanou skupinu, která se zabývá tímto problémem. Klientka tvrdí, že se skupiny pro poruchy příjmu potravy účastnila dvakrát a nemělo to pro ni žádný význam. Hlavně z toho důvodu, že měla pocit, jakoby se s ostatními mýjela v časové ose. Klientky probíraly problémy, které měla dle svých slov dávno prodělané. Na mou otázku, zdali si myslí, že by jí skupina pomohla, kdyby byli lidé rozděleni podle toho, v jaké fázi problému se klientky nacházejí, odpověděla, že možná ano.

Po celou dobu léčby měla oporu od rodiny (matka, sestra, manžel sestry a neteř), psali jí dopisy a chodili navštěvovat. Pro matku klientky byla její závislost velkým šokem, nic své dceři nevyčítala, plakala a měla velký strach, jestli dcera léčbu dokončí. Zprvu vůbec nevěděla, jak má s ní má komunikovat, proto navštívila psychologa v kontaktním centru, který jí poradil a poskytl informace týkající se závislosti na návykových látkách.

Klientka terapii dokončila a nyní abstinuje necelé 3 roky. Několikrát do roka dochází na doléčovací skupinu, protože jí to bylo doporučeno, jako faktor, jenž zvyšuje pravděpodobnost další abstinence.

11. Účinné faktory v psychoterapii

Věnování pozornosti (Hawthornský efekt) – klientce byla věnována pozornost, terapeuti ani skupina ji nesoudila, ba naopak snažili se pochopit její chování a porozumět mu.

Autentičtí a empatictí terapeuti klientce naslouchali a podporovali ji, ale pokud bylo potřeba, uměli ji nenásilně usměrnit a dát jí jasné hranice, což pociťovala jako velmi důležitý faktor léčby, protože po smrti otce jí „pevnější ruka“ chyběla. Matka se snažila, ale přesto otce klientka vnímala jako větší autoritu.

Strukturovaná léčba a režim zpočátku klientce vůbec nevyhovovaly. Pravidla se jí zdála přísná, náplň dne nezáživná a režim přehnaně striktní. Později však

pochopila, že by bez těchto složek terapii nedokončila. Dokonce našla v některých činnostech zálibu a uznala nutnost takto postavené terapie, jelikož dospěla k závěru, že kdyby nebyla pravidla a sankce za ně, dělala by si, co by se jí zlíbilo a režim by nedodržovala.

Skupinová terapie: na počátku pocit ohrožení, postupem času získávání jistoty a pocitu bezpečí. Skupina jí emočně podpořila, umožnila jí více pochopit své postoje a zažít emoční uvolnění (katarzi). Pomohla jí společně s terapeutky a dalšími faktory terapie k dospění závěru, že má problém, kterým je její závislost na metamfetaminu.

Práce s motivací: klientka zprvu k terapii pociťovala odpor, což se projevovalo tím, že málo mluvila, bagatelizovala svou situaci a chtěla opustit léčebné zařízení. Odpor se zmírnil, když jí zdravotní sestra zbrzdila v odchodu z léčebny. Klientka říká, že jí pozorně poslouchala a pozitivně motivovala, aby zůstala. Velice kladné bylo pro klientku (až s odstupem doby, zprvu to brala jako negativní záležitost) také to, že jí zdravotní sestra sdělila, že ji pustí, pokud bude chtít, až zítra, protože jí nyní nemůže vydat věci. Od tohoto okamžiku se klientčin odpor postupně snižoval a začínaly převládat pocity, že chce terapii dokončit už ne kvůli zaměstnání, ale sobě samé. Pomáhala jí přitom, že byla podporována její sebedůvěra a personál společně s komunitou oceňovali její pokroky v terapii.

Pracovní terapie, v níž se klientka naučila novým dovednostem, jí napomáhala zmírňovat tenzi. Své pocity s oblibou projíkvala do kreseb. Malba jí baví dodnes, ale s úsměvem tvrdí, že z ní profesionální malíř nikdy nebude.

Prevence relapsu: byla včleněna do edukativních přednášek a toto téma se probíralo i na skupinových sezeních. Klientka nabyla nové dovednosti, které snižují riziko relapsu. Po terapii se rozešla se svým tehdejším přítelem. Konec vztahu popisuje následovně: „když mi přítel řekl, že pro něho nedat si už nikdy drogu by znamenalo, jako by již nikdy neměl mít pohlavní styk se ženou, prozřela jsem a rozešla se s ním“. Všechna přátelství, která byla založená na užívání návykových látek, klientka ukončila. Zbytečně by pro ni prý znamenaly zvýšení pravděpodobnosti návratu k užívání návykových látek. Také se rozhodla, že

nebude poslouchat techno, které má spojené s užíváním pervitinu. Celkově pozměnila svůj životní styl.

(Kalina et Miovský, 2008)

12. Analýza terapie z mého pohledu

Z vyprávění klientky bylo patrné, jak anxiózně se vždy snažila mít svá onemocnění pod kontrolou. Jako zdravotní sestra je velice dobře schopná posoudit negativní vlivy svého problematického chování na svůj fyzický stav. Závažnost situace si uvědomila pokaždé ve chvíli, kdy jí hrozilo zdravotní poškození nebo nástup do léčby.

U poruch příjmu potravy zareagovalo bystře okolí, když si poměrně brzo všimlo rapidního úbytku váhy (než se stačily objevit závažnější zdravotní komplikace) a pohrozilo klientce terapií. Klientka se zalekla ztráty svobody a začala přibírat na váze. Zanedlouho se u ní objevilo chorobné přejídání společně se zvracením. „Fatálním okamžikem“ pro klientku bylo, že jednou došlo k zvracení s příměsí krve, což ji přimělo k zamyšlení se nad stávající situací. Poruchy příjmu potravy skončily, ale přetrvaly problematické postoje k postavě a jídlu. Obávám se však, že poruchy příjmu potravy jsou stále velkou hrozbou pro klientku. Zdá se mi, že v tomto ohledu nemá úplný náhled. Dodnes má dny, kdy vezme bezmyšlenkovitě malý talíř, který posléze vymění za větší, o jídle stále dost přemýšlí a pořád ji pronásleduje strach z tloušťky sice méně než dříve, ale je přítomný.

Klientka mi řekla, že ji metamfetamin pomáhal zvyšovat sebevědomí, jelikož po něm byla štíhlá. Klientku se podařilo v ústavní léčbě přimět k návštěvě skupin pro osoby s poruchami příjmu potravy. Nemělo to však efekt. Myslí si, že svůj stav má plně pod kontrolou. Spatřuji hlavní hrozbu v tom, že na sebe klade vysoké požadavky a má ráda, když drží nad situacemi kontrolu. Převelice špatně snáší neúspěch. Kromě toho jí velice vadí, když se věci neodehrávají tak, jak si představuje. Jeví jasné znaky perfekcionismu, které jsou velmi častým rysem u klientek s mentální anorexií. Doporučovala bych individuální sezení, ve kterém bych se zaměřovala na rizikové faktory, které by mohly opětovně vyvolat onemocnění. Podporovala bych její sebevědomí, snažila bych se „přestavět“

vzorci jejího chování kognitivně-behaviorální terapií a usilovala bych o to, abych klientku motivovala k návštěvě nutriční terapeutky. Snažila bych se zmírnit klientčin perfekcionismus. Dbala bych na stanovení realistických cílů, konfrontovala její strach z neúspěchu a pobízela klientku k zamyšlení se nad tím, že selže-li při uskutečňování určitého cíle, neznamena to, že by zklamala absolutně ve všech směrech.

Za velmi důležité u terapie závislosti na návykových látkách pokládám to, že se podařilo zvolit pro klientku vhodný typ léčebného zařízení. Klientčin psychický stav vyžadoval lékařský dohled a doba léčby byla z hlediska nástupu do zaměstnání vyhovující. Taktéž jak flexibilně dokázala reagovat staniční sestra na klientčin odchod, dále lékařku, jež klientku ihned upozornila na rizikové faktory pokračování v užívání. Skupinovou terapii, která se rovněž zdařila a zafungovala kolektivní podpora a ocenění. Velmi důležitým faktorem léčby bylo, že terapeuti ani na okamžik neslevili z daných pravidel léčebného zařízení a v případě nutnosti dokázali využít své autority ve prospěch klienta. Jak se již zmiňuji v předchozím textu, klientce podle jejích vlastních slov chyběly hranice, a zařízení usilovalo o to, aby jich znovu nabyla, což se podařilo.

D. Diskuze

Praktická část se věnuje klientce, která ve svém životě prodělala emočně náročné situace v podobě úmrtí otce a přítele matky v poměrně krátkém časovém období. Také byla vystavena velkému tlaku okolí kvůli její hmotnosti. V jednotlivých etapách jejího života se vystřídaly závislostní vzorce chování, které souvisely nejprve s poruchou příjmu potravy, konzumací alkoholu a dalšími návykovými látkami. Později s problematickými postoji ke svému tělu a jídlu a s pokračování v užívání drog, po kterém následovala závislost na metamfetaminu, jež vyústila v toxickou psychózu.

Návykové látky typu psychostimulancií působí anorektickým efektem, pozitivně ovlivňují náladu a odstraňují únavu (Svobodová et Václavík, 2006; Minařík, 2003). Není proto neobvyklé, že klientky s PPP (hlavně s purgativními symptomy) nebo problematickým postojem ke své postavě a jídlu inklinují dosti často ke stimulanciím. Navíc některé výzkumy podporují tvrzení, že nadváha může být jedním z prvotních faktorů iniciace užívání metamfetaminu (Sherman et al, 2008; Cohen et al, 2007).

Bakalářská práce popisuje i některé protektivní faktory, které by mohly souviset s oběma poruchami. Na etiologii obou poruch se podílí celá řada různých faktorů. Ty, co jsem uvedla ve své práci, byly vybrány hlavně proto, že jsem chtěla více popsat psychologické a sociální faktory, které jsou pro mě v této práci velmi důležité především z důvodu vysvětlení některých klientčinych pohnutek v praktické části.

Poruchy příjmu potravy a syndrom závislosti na metamfetaminu spojuje maladaptivní vzorec chování a může docházet ke komorbiditě těchto poruch nebo k jejich střídání (Papežová, 2004). Z odborné literatury, výzkumů a kasuistiky dále vyplývá, že některé osobnostní charakteristiky, postoje společnosti a reakce okolí jsou si u obou poruch velmi podobné.

E. Závěr

Tato práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy a poruch chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek. V úvodu práce se zabývám teoretickou částí a vědeckými studiemi k této problematice. Snažím se popisovat, jaké příčiny mohly vést k těmto poruchám a zachytit jejich společné rysy.

V praktické části popisuji vývoj poruch příjmu potravy, užívání návykových látek, závislost na metamfetaminu a zachycuji klientčin příběh v rozhodujících etapách jejího života.

Mezi mentální anorexií, mentální bulimií a užíváním návykových látek spatřuji společné znaky, jelikož shodný základ vidím v některých příčinách a reakcích okolí, které píší ve své práci.

I z klientčina příběhu vyplývá, že se tyto poruchy mohou ovlivňovat navzájem a v případě klientky se osvědčila pozornost blízkého okolí, které reagovalo na viditelné změny klientčina psychického a fyzického stavu a dále na její ochotu spolupracovat při řešení situace.

Za velmi podstatný činitel pokládám flexibilitu lékařky, která klientce při jejím pobytu v ústavní léčbě vysvětlila problematiku poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách. Upozornila ji na nebezpečí relapsu u návykových látek, možnosti návratu poruchy příjmu potravy a trvalé následky, které by mohly nastat.

F. Seznam odborné literatury

Odborné zdroje:

- 1) Deth, R., Vandereycken, W.. (1999). Historie poruch příjmu potravy. In: Krch, F. et al.: Poruchy příjmu potravy. Kapitola 3. Praha: Grada. p. 24-31.
- 2) Dostálek, M., Juříča, J., Tomandl, J. et al. (2005). Vliv metamfetaminu na biotransformační procesy cytochromu P450. Adiktologie odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti. Tišnov: sdružení SCAN. 3, p. 374.
- 3) Dvořáček, J. (2008). Zvládání akutní intoxikace a odvykacích stavů. In: Kalina et al.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 10. Praha: Grada. p. 140.
- 4) Freeman, Ch. (1999). Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: Krch, F. et al.: Poruchy příjmu potravy. Kapitola 7. Praha: Grada. p. 96.
- 5) Frouzová, M. (1993). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 1- Mezioborový přístup. Kapitola 2/6. Praha: Úřad vlády České republiky. p. 125.
- 6) Frouzová, M. (1993). Skupiny s blízkými závislého. In: Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 2- Mezioborový přístup. Kapitola 6/10. Praha: Úřad vlády České republiky. p. 78.
- 7) Holderness, C.C et al. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. International Journal of Eating Disorders. In: Krch, F. et al.: Závislost na psychoaktivních látkách. Poruchy příjmu potravy. Kapitola 5. Praha: Grada, p. 76.
- 8) Höschl, C. (1996). Mentální anorexie. Psychiatrie pro praktické lékaře. Jinočany: H a H. p. 236
- 9) Kalina, K., Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislostí. In: Kalina et al.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 12. Praha: Grada. p. 160-164.

- 10) Krch, F. (1999). Epideminologie poruch příjmu potravy. In: Krch, F. et al.: Poruchy příjmu potravy. Kapitola 4. Praha: Grada. p. 47.
- 11) Krch, F. (2000). Jak záchvatovité přejídání a bulimie zasahují do života postižených. Bulimie jak bojovat s přejídáním. Kapitola 2. Praha: Grada. p. 43-44.
- 12) Krch, F. (2000). Praktická část: svépomocný průvodce. Bulimie jak bojovat s přejídáním. Kapitola 9. Praha: Grada. p. 104.
- 13) Krch, F. (1999). Vymezení poruch příjmu potravy. In: Krch, F. et al.: Poruchy příjmu potravy. Kapitola 2. Praha: Grada. p. 15,18.
- 14) Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 1- Mezioborový přístup. Kapitola 2/3. Praha: Úřad vlády České republiky. p. 107.
- 15) Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina et al.: Základy klinické adiktologie. Přílohy. Praha: Grada. p. 358.
- 16) Minařík, J. (2003). Stimulancia. In: Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 1- Mezioborový přístup. Kapitola 3/3. Praha: Úřad vlády České republiky. p. 164 – 165.
- 17) Nešpor, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In: Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 1- Mezioborový přístup. Kapitola 4/2. Praha: Úřad vlády České republiky. p. 218.
- 18) Papežová, H. (2001). Poruchy příjmu potravy. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. In: Raboch, J., Zvolský, P.: Psychiatrie. Praha: Galén et Karolinum.p. 307-308.
- 19) Smolík, P (1999). Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxford. p. 305, 308, 310 a 312.
- 20) Vágnerová, M. (2004). Problémy spojené s odlišným životním stylem. Psychopatologie pro pomáhající profese. Kapitola 23. Praha: Portál. p. 573-575.

21) Vágnerová, M. (2004). Psychické poruchy spojené se somatickými problémy. Psychopatologie pro pomáhající profese. Kapitola 20. Praha: Portál. p. 477-478.

Internetové zdroje:

1) Bulik , C., Reba L., Siega-Riz A., Reichborn-Kjennerud T. (2005, April). Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. International Journal of Eating Disorders. 37, p. 2.

Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com.onelog3.ruk.cuni.cz/cgi-bin/fulltext/110472703/PDFSTART>

2) 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.

Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=4&hid=3&sid=e67f091c-d0cb-414a-848b-85322f9cf015%40SRCSM2>

3) Cohen, J., Greenberg, R., Uri, J. et al. (2007, November). Women with Methamphetamine Dependence: Research on Etiology and Treatment. Journal of psychoactive Drugs. 4, p. 347-351.

Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=5&hid=101&sid=4abd2647-a21a-4712-8906-430c962fb555%40sessionmgr102>

4) Davis, C. (2001, February). Addiction and the Eating Disorders. Psychiatric Times, 17, p. 1-2.

Dostupné z: <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/54311>

5) Dunn EC, Larimer ME, Neighbors C. (2002, September). Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders. 32, p.174.

Dostupné z:
<http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=7&hid=107&sid=9119e0b8-5cb6-42c3-8a5a-5ac756d47f16%40sessionmgr108>

6) Dunne, F., Feeney, S., Schipperheijn, J. (1991, February). Eating Disorders and Alcohol misuse: features of an addiction spektrum. Postgraduate Medical Journal. 67, p.112.

Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2398991>

7) George A., Waller, G. (2005, November). Motivators for smoking in Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 13, p. 420-421.

Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/oneolog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=8&hid=103&sid=2baacfaf-f0c6-44b0-8092-39790185a9b3%40sessionmgr108>

8) Herzog, D., Franko, D., Dorer, D. et al. (2006, July). Drug Abuse in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 39, p. 364-368.

Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com/oneolog3.ruk.cuni.cz/cgi-bin/fulltext/112537089/PDFSTART>

9) Hosák, L., Maixnerová, L., Valešová, D. (2009). Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*. 2, p. 85.

Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/oneolog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=5&hid=104&sid=de39a065-8615-4f1a-98ad-d19b1c725745%40sessionmgr103>

10) Hosák, L., Podzimková, D., Slabá, L., et al. (2007), Léčba poruch příjmu jídla na psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Psychiatrie pro praxi*. 2, p. 90.

Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/10.pdf>

11) 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

Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com/oneolog3.ruk.cuni.cz/cgi-bin/fulltext/112537089/PDFSTART>

12) Nešpor, K. (2008). Závislost na stimulantech. *Psychiatrie pro praxi*. 9, p.274.

Dostupné z:

http://66.102.1.104/scholar?q=cache:seYmr_3pA0QJ:scholar.google.com/+metamfetamin&hl=cs

13) Papežová, H. (2004). Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 6, p. 291-294

Dostupné z: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/PSY2005_06_01.pdf

14) Rott, T., Pinheiro, A., Thornton, H. et al. (2009, March). Substance use Disorders in Women with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. p. 1-8.

Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com/oneolog3.ruk.cuni.cz/cgi-bin/fulltext/122234710/PDFSTART>

15) Sherman, S., German, D., Sirojnj, B. et al. (2008, January). Initiation of methamphetamine use among young Thai drug users: A qualitative study. NIH Public Acces. 1, p. 36-42.

Dostupné z:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov.onelog3.ruk.cuni.cz/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18155028>

16) Sládková, I., Vybíral, Z. (2008, December). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruch příjmu potravy. Elektronický časopis psychologie. 2, p. 13-23

Dostupné z:http://e-psycholog.eu/pdf/sladvkova_etal.pdf

17) Stock L, Goldberg E, Corbett S, et al. (2002). Substance use in female adolescents with eating disorders. Journal of Adolescent Health. 31, p. 179.

Dostupné z:

http://www.sciencedirect.com.onelog3.ruk.cuni.cz/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T80-469GFNW-9-7&_cdi=5072&_user=1490772&_orig=search&_coverDate=08%2F31%2F2002&_sk=999689997&view=c&wchp=dGLbVzW-zSkWA&md5=95ca9ff6238dd0da93237da16a9c613b&ie=/sdarticle.pdf

18) Svobodová, J., Václavík, M. (2006). Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu. Psychiatrie pro praxi. 6, p. 282-283.

Dostupné z: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/6PSY2006_06_05.pdf

19) Škařupová, K. (2004). Drogy a taneční scéna v Brně. Diplomová práce. In: Kubů et al.: Tanec a drogy 2000-2003, výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky. Kapitola 5/9. p. 64-65.

Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/download/518/Tanec-a-drogy-2000-a-2003.pdf>

20) Widerman, M., Pryor, T. (2005, June). Substance Use Among Women with Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders. 20, p.167.

Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com.onelog3.ruk.cuni.cz/ehost/pdf?vid=5&hid=103&sid=ddfc6a39-a050-401a-9cbd-b3d7d823abd8%40sessionmgr104>