

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



VLADIMÍRA KOPCOVÁ

Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti v dysfunkční rodině

– kazuistická práce

Co-morbidity of eating disorders and substance abuse in dysfunctional
family – a case study

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Lenka Čablová

Praha

2013

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla použita 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 10. 7. 2013

Podpis

Identifikační záznam:

Vladimíra, Kopicová. *Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti v dysfunkční rodině – kazuistická práce. [Co-morbidity of eating disorders and substance abuse in dysfunctional family – a case study].* Praha, 2013. 42 str. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2013. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Lenka Čablová.

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí své práce PhDr. Lence Čablové za trpělivost a cenné rady, které mi po dobu zpracování této práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat primáři MUDr. Juraji Rektorovi za neustávající podporu, odborné vedení a „nakopnutí“ ve správnou chvíli. Svě rodině pak děkuji za pochopení a pomoc s technickými problémy. V neposlední řadě pak patří můj obrovský dík všem ženám, které mi dovolily nahlédnout do jejich osudů.

Obsah

| | |
|--|----|
| A: Úvod..... | 7 |
| B: Teoretická část | 8 |
| I. Poruchy příjmu potravy..... | 8 |
| 1. Porucha příjmu potravy..... | 9 |
| II. Závislost..... | 11 |
| 1. Alkohol..... | 11 |
| 2. Pervitin | 12 |
| III. Vzájemné vztahy a souvislosti | 14 |
| 1. Komorbidita..... | 14 |
| 2. Duální diagnóza | 14 |
| 3. Rizikové a protektivní faktory..... | 15 |
| C. Praktická část..... | 17 |
| I..... | 17 |
| 1. Cíl práce | 17 |
| 2. Výzkumný soubor:..... | 17 |
| 3. Metody a proces získávání dat: | 17 |
| 4. Etika:..... | 19 |
| II. Případová studie..... | 20 |
| 1. Situace výchozího bodu..... | 20 |
| 2. Kazuistika Dominiky:..... | 21 |
| 3. Kazuistika Bohdany:..... | 30 |
| 4. Rodinná kazuistika | 34 |
| D. Diskuze | 36 |
| E. Závěr | 37 |
| F. Seznam odborné literatury | 38 |
| G. Přílohy | 41 |

Abstrakt:

Cílem této bakalářské práce je zmapovat vývoj poruch příjmu potravy a závislostí v ženské linii dysfunkční rodiny se zaměřením na rizikové a protektivní faktory ovlivňující rozvoj onemocnění a to z bio-psycho-sociálního pohledu. Jedná se o rodinnou kazuistiku matky a starší dcery, trpících poruchou příjmu potravy a závislostí. Jelikož dcera je již sama matkou roční holčičky a chtěla by přetnout kruh závislostí a poruch příjmu potravy v rodině, rozhodla se na výzkumu spolupracovat. Jediná žena v této rodině, která netrpí ani poruchou příjmu potravy, ani není závislá na jakékoliv psychoaktivní látce, je mladší sestra klientky. Tato práce proto identifikovala konkrétní protektivní faktory, které jí v tom pomohly.

Práce je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je zmapována problematika komorbidity poruch příjmu potravy a závislostí v dostupné literatuře. Je zde popsána diagnostika jednotlivých poruch, charakteristika zneužívaných návykových látek a jejich účinků. Také je zde výčet rizikových faktorů pro vznik obou poruch. Ve druhé části, praktické, jsou dvě krátké kazuistiky matky a dcery - dvou generací žen této rodiny. Věnují se zmapování vývoje rozvoje závislosti a poruchy příjmu potravy u každé generace zvlášť i jejich vzájemnému ovlivňování. Důležitou součástí je společná rodinná kazuistika vypracovaná za spolupráce tří generací, v níž jsou identifikovány zmiňované protektivní faktory.

Klíčová slova:

Komorbidity, návyková látka, porucha příjmu potravy, protektivní faktor, žena

Abstract:

The goal of this bachelor case study is to describe the evolution of eating disorder and substance abuse in female part of a dysfunctional family, aiming especially on risk and protective factors influencing the development of disorder from bio-psycho-social perspective. It is a family case study of mother and daughter suffering from eating disorder and substance abuse.

The thesis is dividend in to two parts. In the first, theoretical part, a problem of co-morbidity of eating disorder and substance abuse in accesible literature, is a described. It begins with diagnostic, characteristics of substance abuse and their effects. A list of risk factors for development of both disorders can also be found here. The second practical part consists of two short case studies of mother and daughter – two generations of this family. It describes development of addiction and eating disorder in each generation separately, as well as their influence on each other. The important part of it is the conjoint case study of the whole family, created in the cooperation with free generations, in which the sought protective factors are identified.

Key words:

Co-morbidity, addictive substance, eating disorder, protective factor, woman

A: Úvod

Díky dlouhodobé praxi v psychiatrickém centru jsem měla možnost seznámit se s rodinou, jejíž ženskou linií se již třetím pokolením vine jako červená nit diagnóza závislosti, poruchy příjmu potravy, nebo poruchy příjmu potravy doprovázená závislostí. Byla jsem svědkem vývoje onemocnění, nejprve u matky a později jeho rozvoje i u dcery - klientky. Sledovala jsem neschopnost podpory nejen v primární rodině, ale i nevhodné zásahy zainteresovaných institucí (péče o dítě, obvodní lékař, zaměstnavatel...). Jediná žena, která se dokázala z tohoto kruhu vymanit, byla sestra klientky. V dnešní době je jí 20 let a je zdravá fyzicky i psychicky, netrpí žádnou závislostí.

Jako studentka oboru Adiktologie jsem se o tuto rodinu začala zajímat blíže. Měla jsem možnost vidět nejen čím dál hlubší rezignaci matky, ale i bojovnost klientky, zvláště když se sama stala matkou. Vliv nefunkční rodiny, jejich hodnot a prostředí, ve kterém klientka vyrůstala, byly významným rizikovým faktorem při vývoji onemocnění klientky. Rozhodla jsem se proto identifikovat konkrétní rizikové faktory v této rodině a hledat protektivní faktory, které by klientce umožnily, stejně jako její sestře, bojovat nejen s nemocí, ale za „normalizaci“ života. Doufám, že tato případová studie rodiny bude přínosem.

Tato práce je rozdělena do dvou částí – části teoretické a části praktické. V teoretické části se zabývá definicí základních pojmů, problematice komorbidity poruch příjmu potravy a závislostí v dostupné literatuře. Je zde popsána diagnostika jednotlivých poruch, charakteristika zneužívaných návykových látek a jejich účinků. Také je zde výčet rizikových faktorů pro vznik obou poruch. Ve druhé části, praktické, jsou tři krátké kazuistiky. Matky a dcery - dvou generací žen této rodiny a společná rodinná kazuistika, na které spolupracovala i babička klientky. Věnují se zmapování vývoje rozvoje závislosti a poruchy příjmu potravy u každé generace zvláště i jejich vzájemnému ovlivňování.

B: Teoretická část

I. Poruchy příjmu potravy

Problematika poruch příjmu potravy je problémem starým jako samo lidstvo, i když konkrétní formu a název těchto poruch užíváme až v posledních letech. První zmínka o této problematice je zaznamenána již v pátém století před naším letopočtem Hippokratem. Tento je označil názvem asithia. Termín anorexie byl poprvé použit ve 2. století našeho letopočtu Galénem. O této poruše se ve 14. století zmiňuje svatá Kateřina ze Sienny, která popisuje příběh dívky která dobrovolně zemřela hladem. V sedmnáctém století popisují obraz mentální anorexie Robbes, 1668, Reynolds, 1669, a v roce 1689 anglický lékař Morton. V 18. století se mentální anorexii věnuje anglický neurolog Whytte a francouzský lékař Nadeau. Ve století 19. se již můžeme setkat i s rozdělením anorexie na dva druhy, anorexia nervosa a anorexia gastrica. Toto rozdělení vytvořil francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert. Ve druhé polovině 19. století již nacházíme přesný popis příznaků, které jsou důležité pro diagnostiku anorexie i v dnešní době, a to: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a chybění organické etiologie. Setkáváme se i se jmény William Whitey Gull, Erneste-Charles Lasègue, kdy druhý ze zmiňovaných používá termín anorexia nervosa. Ve čtvrté dekádě 20. století se mentální anorexie dostala na seznam psychických poruch. V našich zemích patří mezi nejznámější jména zabývající se touto problematikou profesor Vratislav Jonáš, profesor Otakar Janota, doc. MUDr. František Faltus, DrSc., prof. MUDr. Hana Papežová, CsC., PhDr. František D. Krch, PhD. a doc. PhD. Jana Kocourková, kteří působili na první lékařské fakultě Univerzity Karlovy a na psychiatrické klinice první lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Díky profesorovi Faltusovi u nás byla založena první jednotka specializované péče pro pacienty s poruchou příjmu potravy ve východním bloku a do dnešních dnů patří mezi špičková pracoviště. Díky doktoru Krchovi a profesorce Papežové se poruchy příjmu potravy dostaly do všeobecného povědomí (Faltus, 2010).

Ve zkratce tedy můžeme říci, že historie poruch příjmu potravy je velice dlouhá, sahá od starověku až po současnost. V průběhu let se diagnostika a názvosloví této poruchy vyvíjelo až do dnešní podoby. V posledních desetiletích se začalo jednat o problém poměrně diskutovaný a známý, existuje i velké množství odborné literatury a internetových zdrojů, které se jím zabývají.

1. Porucha příjmu potravy

Porucha obživného pudu. Jedná se o soubor symptomů bez somatického podkladu. Tato kategorie zahrnuje například i záchvatovité přejídání, ale nejčastěji diagnostikovanými poruchami jsou anorexie a bulimie. MKN-10 (2008) tyto poruchy specifikuje takto:

1.1. *F 50.0 Mentální anorexie*

Mentální anorexie je porucha, jejíž hlavní charakteristikou je úmyslné zhubnutí, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Nejčastěji se porucha objevuje u adolescentních dívek a mladých žen, dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi také, stejně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je charakterizovaná specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládací myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: strach z váhy, omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, porušené vnímání tělesného schématu, nezvratné přesvědčení o problematické partii těla, která se nezakládá na pravdě, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.

Němečková (2011) poukazuje na nárůst incidence u nás od počátku devadesátých let minulého století. Poměr mezi onemocněním u dívek a chlapců se pohybuje mezi 9:1 až 10:1.

1.1.1. Diagnostická kritéria:

Tělesná hmotnost je udržována nebo snížena nejméně o 15% proti normálu (hmotnosti, kterou by osoba měla mít vzhledem k výšce a věku).

Ztrátu hmotnosti si pacient působí úmyslně sám (vyhýbá se jídlu, po kterém se tloustne, hlídá glykemický index potravin, zvrací, užívá projímadla apod.), stále přetrvává obava z tloušťky, má zkreslenou představu o vlastním těle, která se projevuje jako vtíravá, ovládací myšlenka. Je přítomna rozsáhlá endokrinní porucha (např. u žen je amenorea, u mužů porucha potence), pokud je začátek před pubertou, jsou pubertální projevy opožděné nebo zastavené (například u dívek se nevyvíjejí prsa, u hochů zůstává dětský genitál) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

1.2. *F50.1 Atypická mentální anorexie*

Poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze. Například některý z diagnostických kritérií jako strach ze ztloustnutí nebo amenorea nejsou přítomny, ale je prokázán výrazný váhový úbytek a způsob chování, směřující k redukci váhy.

Tuto diagnózu by nelze použít, pokud má pacient nějakou somatickou chorobu (např. poruchy štítné žlázy, onkologické onemocnění) spojenou s hubnutím.

1.3. F50.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k záchvatovitému přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, jako zvýšené pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie, trvající od několika měsíců po několik let (MKN-10, 2008).

1.3.1. Diagnostická kritéria:

Dušek & Večeřová-Procházková(2010) uvádí tato diagnostická kritéria:

Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle s epizodami přejídání,

Snaha potlačit účinek přejídání zvracením, laxativy, hladověním, užíváním anorektik apod.,

Chorobný strach z tloušťky, který může vést až k anorexii. Mezi mírnější formy pak patří atypická mentální bulimie (F50.3), přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4) a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)

1.4. F50.3 Atypická mentální bulimie

Jedná se o poruchy splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu.

Jako příklad mohou být recidivující záchvaty přejídání a nadměrného používání laxativ bez výrazné změny váhy, nebo nemusí být přítomny typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla (MKN-10, 2008).

II. Závislost

Diagnostická kritéria syndromu závislosti jsou dnes definována Mezinárodní klasifikací nemocí, její desátou revizí (MKN-10) která syndrom závislosti definuje 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, které si kdysi cenil více. Pro diagnózu syndromu závislosti musí být splněna nejméně tři kritéria, která trvají souvisle měsíc nebo dobu kratší, ale opakující se v posledních 12ti měsících. Souborem těchto kritérií je následující: bažení, narušená kontrola užívání, odvykací stav, růst tolerance, zaujetí užíváním – zanedbávání aktivit nebo věnování většin času, a posledním kritériem je užívání navzdory následkům. Oproti MKN-10 americká DSM-IV požaduje maladaptivní vzorec užívání látky, klinicky významný, kdy se projevují tři nebo více jmenované jevy (mimo cravingu (bažení)) kdykoli během 12ti měsíců. DSM-IV definuje navíc subtyp závislosti a to s fyzickou závislostí a bez fyzické závislosti. (Jeřábek, 2008)

1. Alkohol

Chemická značka této nejdéle zneužívané psychoaktivní látky je C_2H_5-OH . Jedná se tedy o etylalkohol. Snadnou přípravou zkvašením cukru, obsaženém v jakémkoli dostupném ovoci, obilninách či bramborách si můžeme vysvětlit fakt, že se užívání alkoholu rychle rozšířilo. Každý si ji mohl vyrobit doma a byla tedy nejdostupnější. Pro své účinky byla tato látka oblíbená již od nejstarších dob. První archeologické nálezy potvrzující užívání a výrobu alkoholu jsou z období starého Egypta. Na našem území můžeme zmínit první protialkoholní zákon v roce 1039 vydaný knížetem Břetislavem I. I v současnosti se alkohol užívá po celém světě ve velkém množství. Česká republika patří dlouhodobě mezi hlavní konzumenty alkoholických nápojů.

Průměrná spotřeba v České republice se pohybuje okolo 10ti litrů čistého alkoholu na osobu a rok, a to včetně kojenců. Způsob aplikace je per os. Míra intoxikace alkoholem je proměnlivá dle množství užitého alkoholu, tělesné konstituce a pohlaví uživatele. Je-li alkoholemie do 1,5g/kg, jedná se o tzv. excitační stádium (lehkou opilost). Pohybuje-li se alkoholemie mezi 1,6 až 2,0g/kg, jedná se o hypnotické stádium (střední opilost). Alkoholemie více než 2g/kg pak ukazuje na narkotické stádium (těžká opilost), a při alkoholemii nad 3g/kg hovoříme o asfyktickém stádiu, kdy těžká intoxikace hrozí ztrátou vědomí, zástavou dechu a oběhu. Z krátkodobých nežádoucích účinků musíme jmenovat poruchu rovnováhy a svalového napětí, zpomalení reakčního času, nauzeu až zvracení, také se může projevit zvýšené sebevědomí, které vede k riskantnímu chování, může se objevit také chování agresivní, a při těžké intoxikaci se může vyskytnout kvantitativní porucha vědomí až úmrtí. Málo častou komplikací je pak patická opilost, kdy po relativně malém množství požitého alkoholu dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, k časté auto- či heteroagresi a stav odeznívá po několika minutách až hodinách a končí terminálním spánkem. Na tento stav bývá amnézie. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky potom řadíme poškození gastrointestinálního traktu, funkční a orgánové poškození oběhového systému, poruchy krevetvorby, poruchy spánku, úzkostně depresivní stavy, poškození nervového systému neurotoxickým účinkem alkoholu, poškození endokrinního systému a v neposlední řadě u těhotných vážné poškození plodu (fetální alkoholový syndrom). Život ohrožujícím stavem je

odvykací stav, který se objevuje po vysazení dlouhodobě užívaných dávek alkoholu a rozvíjí se během několika hodin až dnů. Tento stav může přejít do deliria tremens, které je jeho nejtěžší formou. Při deliriu tremens dochází k poruchám vědomí, bludům s paranoidním obsahem, dezorientaci, halucinacím. Ze somatických poruch pak k tachykardii, pocení, hrubému třesu a záchvatům křečí až metabolickému rozvratu organismu. Nejvyšší intenzita potíží se projevuje v noci. Stav vyžaduje intenzivní léčbu. Po překonání akutní odvykací fáze nastupuje fáze dlouhodobého odeznívání příznaků, doprovázené poruchami spánku, vegetativními obtížemi a úzkostně depresivními stavy. Toto období obvykle trvá i několik měsíců. (Minařík, 2008; Popov, 2003)

2. Pervitin

Metamfetamin jako první z efedrinu syntetizoval na počátku 20. století v Japonsku Akira Ogata. Patří mezi budivé aminy. Jedná se o prášek žluto-fialové barvy bez zápachu, hořké chuti. Na trh byl uveden poprvé v roce 1920 společností Burroughs Wellcome a nesl obchodní název „Methedrine“ (Logan, 2002). Až do 60. let minulého století byl vnímán jako bezpečný lék, který byl předepisován například na poruchy nálady. V roce 1938 se poprvé objevuje název „pervitin“, pod kterým ho uvedla na trh německá farmaceutická společnost Temmler (Griffiths a spol., 2008). Byl distribuován ve formě tablet hlavně příslušníkům německé armády pro zvýšení výkonu. Stejně užití našla i v roce 1942 u japonských pilotů a také mezi zaměstnanci v továrnách na materiál vojenského určení, tentokrát pod názvem „Philopon“. Odtud se šířil i mezi civilisty, kteří ho pojmenovali názvem „Shabu“ (Tamura, 1989). Po II. světové válce na počátku 50. let byl poprvé omezen prodej i preskripce těchto látek, poptávka ale zůstávala. Tyto látky byly nadále legálně vyráběny a předepisovány a to hlavně na poruchy nálad, poruchy pozornosti, alkoholismus, obezitu a anorexii (ACMD, 2005; Case, 2005; NDLERF, 2005). Ve druhé polovině 20. století se však začínají objevovat i ilegální zdroje metamfetaminu. V České republice byl od 70. let podomácku vyráběn malými skupinami uživatelů z legálně dostupných léků jako Solutan, později pak Modafen, Paralen plus, ... a rychle se rozšířil v česky hovořících zemích. (EMCDDA-Europol, 2009). Je u nás v současnosti nejčastěji užívanou nelegální stimulační látkou.

Převažuje injekční aplikace nitrožilní, další možností je sniffing, inhalace po zahřátí na alobalu a stále častější aplikace per os v gelových tobolkách. Běžná dávka 50-250 mg, denně až nad 1g. U intravenózního podání je nástup účinků okamžitý, při užití sniffingem (nos) 5-10 minut, per os (polknutím) hodina, intoxikace vymizí v rozmezí 12ti až 30ti hodin. V moči je možno užitou látku detekovat 3-21 dnů.

Účinky pervitinu shrnul Minařík (2008) takto:

Krátkodobé účinky - rychle odstraňuje únavu, zrychluje myšlení, usnadňuje asociace, zvyšuje hovornost, aktivuje osu sympatiku, zvyšuje pocit síly a energie. Obvyklým příznakem při užívání je nechutenství a z toho plynoucí snížený příjem potravy.

Krátkodobé nežádoucí účinky jsou sucho v ústech, zvýšené pocení, přetížení krevního oběhu, riziko selhání srdce, nadměrné vyčerpání organismu následované stavem útlumu a nepříjemnými pocity na takzvaném dojezdu, pohybové stereotypy spojené s intoxikací, strach a úzkostné prožívání, pocity ohrožení a pronásledování (stíhy), mydriáza, nadměrná koncentrace na nesmyslnou činnost (záseky), urychlení myšlení na úkor jeho kvality. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky patří toxická psychóza, vznik závislosti, nápadné hubnutí. Odvykací stav je provázen únavou, neklidem a cravingem, sám o sobě však neohrožuje na životě ani na zdraví. Mohu se ale objevit deprese, úzkosti či sebevražedné myšlenky.

Z dlouhodobého hlediska je nutno zmínit rozvoj psychické závislosti, možný rozvoj toxické psychózy a rozsáhlé bio – psycho – sociální dopady.

III. Vzájemné vztahy a souvislosti

1. Komorbidita

Jako psychiatrickou komorbiditu označujeme výskyt dvou a více psychických onemocnění u téhož jedince (Williams & Cohen, 2000; WHO, 2001, 2004). Také se může jednat o komorbiditu onemocnění psychického a somatického, ať už jde o onemocnění infekční, poškození kardiovaskulárního systému, dýchacího systému či poškození lokální spojené s aplikací drog. Často je zaměňována za pojem duální diagnóza. Pro správnou diagnostiku i léčbu je velmi důležité zda se první rozvinula závislost a na ni nasedlo psychické onemocnění, či zda užívání psychoaktivních látek vedoucí k závislosti bylo samoléčbou psychického onemocnění.

Krch a Faltus (1998) ve své studii o výskytu psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy zjistili závislost na alkoholu u 13% svých pacientek. Poukazují ve své studii na to, že poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách mohou být společné predispozice k impulzivité, nebo že regulace požívání alkoholu je řízena stejnými mechanismy jako příjem potravy.

2. Duální diagnóza

Tento termín je používán k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje tak určitou etiologickou souvislost daných onemocnění či poruch (Williams a Cohen, 2000).

Podle Jenner et al. (1998) se klienti s duální diagnózou dají rozdělit do šesti základních typů.

- 1) Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří současně splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách.
- 2) Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách
- 3) Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog
- 4) Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog
- 5) Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví
- 6) Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví

Jak uvádí Popov (2012) mezi pacienty s návykovou poruchou tvoří klienti s duální diagnózou 20-40% . Nejčastěji diagnostikovanými poruchami jsou úzkostné poruchy, deprese, psychózy a poruchy příjmu potravy. Němečková (2011) zmiňuje také posttraumatickou stresovou poruchu

3. Rizikové a protektivní faktory

3.1. Rizikové faktory pro vznik poruch příjmu potravy

Rizikovým faktorem můžeme nazvat osobnostní charakteristiku či událost, která zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění (Kazdin et al., 1997)

rizikové faktory můžeme rozdělit takto:

- a. psychosociální, mezi které patří pohlaví, etnický původ a věk,
- b. osobnostní faktory, kam se řadí impulzivita, perfekcionismus a obsedantně kompulzivní porucha osobnosti
- c. situační a rodinné faktory, mezi které řadíme nepříznivé životní události a jejich zvládnání.

Také Krch (2005) uvádí jako rizikové faktory

- a. Sociální a kulturní faktory - módní ideál, předpojatost vůči obézním, sociální a kulturní tlaky, vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění.
- b. Biologické faktory -ženské pohlaví, tělesná hmotnost, menstruační cyklus, puberta, životní události, rodinné a genetické faktory, emocionální faktory, osobnostní a další psychické charakteristiky, časté držení diet.
- c. Životní události
- d. Rodinné a genetické faktory
- e. Emocionální faktory
- f. Osobnost a psychické charakteristiky
- g. Závislost na psychoaktivních látkách

V neposlední řadě patří podle Papežové (2010) mezi rizikové faktory i nespokojenost s vlastním tělem či sexuální zneužívání.

3.2. Protektivní faktory proti vzniku poruch příjmu potravy

Dá se v zásadě hovořit o tom, že faktory protektivní jsou opakem faktorů rizikových. Můžeme mezi ně tedy zařadit například funkční rodinu, správné stravovací návyky, zdravé sebevědomí a sebeúcta, pravidelný přiměřený pohyb, přijetí vlastního těla, dobrá schopnost zvládat náročné situace, podpora sociální skupiny, a další.

3.3. Rizikové faktory pro vznik závislosti

Podle Hajného (2008) rizikové faktory můžeme nalézt v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické a psychologické. Konkrétně mezi ně můžeme zařadit nefunkční rodinný systém, závislou osobu v primární rodině, nepřijetí v sociálním okruhu, negativní vlivy kolektivu, nízký socioekonomický status, nezralost osobnosti, genetické predispozice, a mnoho dalších. Dále lze identifikovat problematické rysy rodinných vztahů. Szapocznik a Coatsworth (1999) popisují ve

své studii rodinné charakteristiky související s užíváním návykových látek u dětí takto: užívání návykových látek rodiči, trestná činnost rodičů, přehnaná, nebo naopak chybějící péče o adolescenty, nekvalitní komunikace v rodině, nejasné a porušované hranice a v neposlední řadě nedostatečná pozornost věnovaná zájmům a vrstevnickým kontaktům dítěte. Podobné znaky uvádí i Hajný (2001). Nároky na dřívější zralost u dětí, vysoká náročnost nebo naopak benevolence ve výchově, manipulativní jednání s dětmi, řešení vlastních problémů s dítětem – dítě se stává důvěrníkem, projekce ambic rodičů do dětí apod.

3.4. Protektivní faktory proti vzniku závislosti

Kalina (2001) pojem protektivní faktor definuje jako faktory, které snižují možnost výskytu nežádoucích situací. Používá se k označení takových vlastností jednotlivců nebo jejich prostředí, které snižují pravděpodobnost výskytu experimentování s nelegálními drogami nebo jejich užívání. Lze identifikovat některé protektivní faktory jako byly například ženské pohlaví, vysoký socioekonomický status, získané akademické vzdělání, zaměstnanost, praktikující náboženská víra a nekuřáctví.

Papežová (2010) pak popisuje vnější i vnitřní, typ osobnosti, pohlaví, rasa, věk, sebevědomí, spokojenost s vlastním tělem, pozitivní životní události, pocit úspěchu, pevné vztahy, pevné hranice, adekvátní tlak, soulad mezi rodiči/ opatrovníky, absence psychického onemocnění

C. Praktická část

I.

1. Cíl práce

Zmapovat vývoj poruch příjmu potravy a závislostí v ženské linii dysfunkční rodiny se zaměřením na rizikové a projektivní faktory ovlivňující rozvoj onemocnění a to z bio-psycho-sociálního pohledu. Dále si tato práce klade za cíl poukázat na důležitost transgeneračních objektivních informací pro navázání kvalitnější spolupráce a motivaci klienta k léčbě.

Zodpovědět na tyto výzkumné otázky:

Jaké etiologické faktory (a proč?) se mohly na vývoji poruch podílet?

Lze identifikovat nějaké protektivní faktory? Jaké?

Dají se vyzorovat nějaké společné znaky v průběhu onemocnění? Pokud ano, jaké?

2. Výzkumný soubor:

Dysfunkční rodina klientky psychiatrického centra. Matka s těžkou poruchou příjmu potravy a závislostí na alkoholu, dcera, která je již také matkou roční dcery, závislá na pervitinu s poruchou příjmu potravy v anamnéze. Pro objektivizaci vztahů v rodině v současnosti i v minulosti byla zapojena i babička.

3. Metody a proces získávání dat:

Pro tuto rodinou kazuistiku jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodologii. Vzhledem k jedinečnosti výzkumného souboru a neopakovatelnosti, se mi jevila jako nejvhodnější. (Miovský, 2006)

Data pro bakalářskou práci jsem čerpala z pozorování a ze strukturovaných, opakovaných individuálních a skupinových rozhovorů, ze zdravotní dokumentace matky i dcery. Zvolila jsem metodu srovnávání a metodu vyhledávání a vyznačování vztahů (Miovský, 2006). Pro doplnění dat a souvislostí jsem zvolila vytvoření rodinné mapy podle Satirové (2006). Rozhovory se uskutečnily nejprve s klientkou, potom s její matkou, babičkou a také ze společného rozhovoru klientky s babičkou. Matka, jejíž zapojení do společného rozhovoru bylo plánováno také, bohužel týden před jeho uskutečněním spáchala těžký suicidální pokus skokem z okna a v době výzkumu byla hospitalizována v jiném kraji. Zaměřila jsem se nejen na vývoj onemocnění v rodině, na rozvoj závislostí u jednotlivých členů, ale také na vzájemné vztahy v rodině a na spolupráci s institucemi v krizových situacích, které rodinu v posledních letech postihly. Jak uvádí Kalina (2003) pro pochopení závislosti v rodině je důležitý nejen horizontální pohled, ale i pohled více generační. Dalším zdrojem informací byly zdravotní záznamy, zprávy vypracované sociálními pracovníky OSPODu, protokoly PČR a propouštěcí zprávy obou žen. Takto rozsáhlé zdroje

jsem zvolila pro zajištění validity údajů tzv. triangulací, jak uvádí Ferjenčík (2000). Reprezentativita vzorku je zaručena tím, že vybraná rodina splňuje diagnostická kritéria PPP a závislosti (výzkumné otázky).

Rozhovory se uskutečnily v průběhu měsíců dubna až listopadu 2012 a dubna až června 2013 podle časové vytíženosti klientky a zdravotního stavu její matky a babičky. Jednalo se celkem o čtyři rozhovory s klientkou v délce 45 – 60 minut. První dva rozhovory byly tematicky zaměřené nejprve na primární rodinu, její prožívání situace v primární rodině – onemocnění matky, odchod otce, sestry..., na období osamostatňování, na rozvoj onemocnění a závislosti klientky. Další rozhovor byl zaměřen na období narození její dcery a spolupráci s institucemi, poslední potom přiblížil pohled do budoucna, plánování další léčby. Jediným průběžným tématem bylo hledání rozdílů – protektivních faktorů- mezi klientkou a její sestrou. Pro právě čtyři rozhovory v počáteční fázi jsem se rozhodla z ryze praktických důvodů. Klientka byla v době počátku výzkumu aktivní uživatelkou návykové látky, nedodržovala dohodnuté termíny, často se omlouvala, měla sníženou frustrační toleranci, špatně se koncentrovala a byla zvýšeně unavitelná. Sama klientka žádala rozhovory vždy na jedno téma, čemuž jsem ráda vyhověla z důvodu prohloubení motivace ke spolupráci. Ve druhé fázi, v letošním roce byla již klientka abstinující s prohlubujícím se náhledem. Proto byly naše rozhovory kratší cca 30 minut, ale s vyšší frekvencí. Celkem jsme se ve druhé fázi sešly šestkrát.

Rozhovory s matkou se podařily uskutečnit pouze dva, kdy při prvním byla ochotna spolupracovat, ale při druhém byla již značně rezonantní. Na společný rozhovor se z již výše zmíněných důvodů nemohla dostavit. Zaměřily jsme se v prvním rozhovoru na vnímání fungování její primární rodiny, na manželství a výchovu dětí a na její onemocnění. Druhý rozhovor měl být věnovaný vztahům s dětmi a onemocnění její starší dcery – klientky. Tento však byl velmi nekvalitní. Matka klientky byla pod vlivem alkoholu. Přesto se nám podařilo informace získat.

S babičkou jsme vedly jeden individuální rozhovor a jeden společný rozhovor s klientkou. Oba opět v rozmezí jedné hodiny.

Společný rozhovor byl uskutečněn jeden. Proti mému předpokladu, že bude zaměřen na společnou komunikaci mezi klientkou a matkou, na jejich interakci a objektivizaci údajů, pro těžký úraz matky se rozhovoru místo matky účastnila babička. Byla jsem si vědoma úskalí možného mezigeneračního konfliktu, ale rozhovor proběhl v klidu, pohodě obě hodnotily přínos rozhovoru jako pozitivní pro zlepšení vzájemné komunikace do budoucna. Společně s klientkou i babičkou jsme vytvořily rodinou mapu podle Satirové (2006).

Všechny rozhovory se uskutečnily na půdě našeho centra, v pracovně ošetřujícího lékaře klientky. Šlo o známé prostředí jak pro babičku, matku, tak pro klientku. Bylo zvoleno s jejich souhlasem pro větší pocit komfortu a bezpečí.

4. Etika:

S klientkou i matkou klientky se nám za léta společné spolupráce podařilo navázat kvalitní vztah. Proto obě souhlasily se zpracováním jejich dat ke studijním účelům a obě podepsaly informovaný souhlas. Oba tyto souhlasy jsou založeny a staly se nedílnou součástí jejich dokumentace. V mé práci samozřejmě budu respektovat etické zásady, budu dodržovat anonymitu klientek a ochranu jejich osobních údajů.

II. Případová studie

1. Situace výchozího bodu

Díky dlouhodobé praxi v psychiatrickém centru jsem měla možnost seznámit se s rodinou klientky, která se léčí pro diagnózu závislosti na pervitinu a anamnesticky měla problém i s poruchou příjmu potravy. Její matka je také naší klientkou. Je závislá na alkoholu a pro těžkou poruchu příjmu potravy byla invalidizována.

Při osobním kontaktu s naší klientkou jsem ji informovala o tématu této práce a požádala jsem ji o spolupráci na ní. Klientka si vzala čas na rozmyšlenou, a při další návštěvě mi přinesla podepsaný souhlas se zpracováním dat pro tuto studii nejen svůj, ale i své matky, která s účastí na výzkumu také souhlasila. Při třetím setkání s oběma ženami jsme se dohodly na opakovaných osobních setkáních v prostoru centra, které bylo pro obě známým bezpečným místem, dobře dosažitelným. Sběr dat probíhal od dubna do listopadu 2012 a od dubna do června roku 2013. Původní plán počítal pouze se sběrem dat v roce 2012, ale vzhledem k závažnému sebevražednému pokusu matky a následné hospitalizaci musel být ukončen až v roce letošním. Ve druhé části sběru dat se nám podařilo zapojit i babičku klientky, která nám poskytla ucelující informace důležité pro závěrečnou rodinnou kazuistiku.

V osobním kontaktu jsme byly celkem více než deset hodin. Pro možnost upřesnění některých informací v průběhu zpracování této práce jsme některé skutečnosti doplnily opakovaným telefonickým rozhovorem.

Pro tuto práci jsme se dohodly, že u obou klientek budeme používat krycí jména. Jméno klientky je pro tuto práci Dominika a pro matku Bohdana.

2. Kazuistika Dominiky:

2.1. Osobní anamnéza:

Dominika je mladá žena narozená v roce 1993. Jedná se o dlouhodobou klientku psychiatrického centra. Je svobodná matka 1,5 leté dcery. Bydlí ve společné domácnosti s prarodiči. V současné době se léčí pro závislost na pervitinu. V minulosti do centra docházela nejprve pro poruchu přízpůsobení a posléze pro poruchu příjmu potravy.

První kontakt s psychiatrickým centrem měla v roce 2005, kdy přišla spolu s matkou po rozvodu rodičů a stěžovala si na nesoulad doma a propad ve výsledcích ve škole. Rodiče se rozvedli, když měla deset roků, ale dále bydleli spolu. Důvodem rozvodu byly matčiny nevěry. Po roce a půl se otec odstěhoval. Dokud byla spolu se sestrou po rozvodu rodičů ve střídavé péči, žádné problémy se nevyskytovaly. Po odstěhování si však otec našel novou partnerku, a dcery si přestal brát. Také matka si domů přivedla nového, o dost staršího přítele. Na to Dominika reagovala tím, že dělala vše pro to, aby to doma neklapalo, znepříjemňovala všem okolo atmosféru, bojkotovala nového partnera matky, vyčítala. Její stav byl diagnostikován jako porucha přízpůsobení. Medikace nasazena nebyla, byla zařazena do psychoterapie. A to jak individuální, tak rodinné, kam docházela přibližně dva roky.

Po roční pauze byla opět psychiatricky vyšetřena pro potíže ve škole a nesoulad s matkou, kdy v suicidálním pokusu požila celkem 45 tablet antidepressiva mirtazapinu. Jak při rozhovoru uvedla, matka byla v té době opět na léčení, ona byla sama doma a jiné léky doma nenašla. Naštěstí se matka neplánovaně vrátila domů a našla ji.

V roce 2008 u ní byla také poprvé v diferenciální diagnostice zmíněna možnost rozvoje poruchy příjmu potravy – anorexie purgativního typu. Přichází do psychoterapie s tím, že má strach, protože se sama přistihla, že stejně jako matka má i ona sklon k omezování v jídle, ke zvracení, má strach že umře, neví jak vzniklou situaci řešit. Chtěla by zhubnout, ale má strach, aby nedopadla jako matka. Pomocí psychoterapie se podařilo rozvoj poruchy příjmu potravy během několika sezení podchytit v raném stadiu a stabilizovat.

V roce 2010 přichází již jako závislá na pervitinu, který dle svých slov začala brát před rokem proto, že se jí kamarádka pochlubila, že se po něm dobře hubne a navíc jí to pomáhalo zvládat zátěž na brigádě, kde pracovala dlouho do noci. Přítel, se kterým aktuálně žila, sám pervitin nárazově bral a jeho bratr „vařil“. Neměla proto problém se k návykové látce dostat. V léčbě setrvává doposud.

Své dětství hodnotí jako složité. Do deseti let si ho ani moc nepamatuje, podle jejích slov to asi nebylo nic zvláštního. Potom se rodiče rozvedli, otec se odstěhoval a Dominika si začala uvědomovat první větší problémy. Matka začala hodně pít a také porucha příjmu potravy se u ní rozvinula v plné šíři. Byla opakovaně hospitalizována. V tomto období matce s péčí o děti pomáhali prarodiče. Dominika se chtěla přestěhovat k otci, ale ten ji i s její sestrou odmítl. Protože se zdravotní stav matky stále zhoršoval, Dominika převzala postupně péči o celou domácnost. Cítila se za matku zodpovědná. Při rozvodu rodičů se poprvé setkala se sociální

pracovníci oddělení péče o dítě. Byla přítomna rozhovoru pracovnice s matkou, která ji upozorňovala na možnost odebrání dětí z péče. Toto se jí jak sama říkala „zarylo do paměti“. V necelých čtrnácti letech byla při jedné z hospitalizací matky Dominika postavena před rozhodnutí přestěhovat se spolu se sestrou natrvalo k babičce. Rozhodla se však setrvat s matkou. Zvítězil u ní pocit zodpovědnosti za matku a také vidina menší kontroly ze strany matky. „ Mohla jsem si dělat, co chci“. Sestra byla na žádost babičky svěřena do její péče. Odloučení zvládaly obě těžce, ale naštěstí se mohly stýkat pravidelně. Odebrání z péče matky do péče prarodičů se Dominika velmi bála, dědeček byl pedant a s babičkou si nerozuměla. Proto svou matku kryla, omlouvala ji: „ Ne, máma nepila, ale nemohla brát telefon, protože ho zapoměla doma“...Vztahy s otcem díky jeho nové partnerce téměř vyhasly. Bylo jí to velmi líto, snažila se ho kontaktovat, ale bez úspěchu.

Na základní škole byla obětí psychické šikany, hodně se bála spolužáků - chlapců, i když stála o jejich pozornost. Holky ve třídě byly podle Dominiky „- fifleny“, hvězdy, hubené. Byla jiná, neměla značkové věci, byla ošklivější, silnější. Neměla kamarády. Kluci to vycítili. Volali na ni, ona byla nadšená, že se s ní chtějí bavit a když se otočila, ozvalo se jen čau p..., špekosaure, tlustochu. Dodnes má v živé paměti scénu z jídelny. Bylo tam jedno místo, chtěla si sednout. Zeptala se, ale řekli jí, že pro špekosaury místo volné není. Jedla sama. Vážila tenkrát trochu víc, asi už od 3. třídy. Měla vždycky nejméně o deset kilogramů víc než její vrstevnice. Vždycky byla největší ve třídě. Velmi se tím trápila, dodnes občas mívá nepříjemné sny se spolužáky.

Ve čtrnácti letech se seznámila s přítelem a rozhodla se radikálně změnit, zhubnout. Nenáviděla své tělo. Pohled do zrcadla brala jako trest. Stále jí v uších zněly nadávky spolužáků. Doma její změnu nikdo nekomentoval, matka se věnovala jen sama sobě. Zhubnout se jí podařilo, díky restrikci v jídle a zvýšené tělesné aktivitě. Na střední školu nastupovala s váhou okolo šedesáti čtyř kilogramů při výšce 172 centimetrů. Chtěla hubnout dál. Ve škole si nenašla žádnou kamarádku, navázala vztahy pouze s kluky. Prostě se to zlomilo. Kluci ji tam brali, možná se jí i trochu báli. Nedokázala však vysvětlit důvod jejich obav, nepamatovala si je.

Měla dva dlouhodobé vztahy s muži. První vztah začal ve čtrnácti letech, kdy se přítel nastěhoval po měsíční známosti k nim domů. Matka to tolerovala. Tento partner je i otcem jejího dítěte. Druhý vztah navázala vloni po první léčbě a trval až přibližně půl roku. Oba partneři byli uživateli pervitinu. S prvním přítelem se rozešla, protože ji fyzicky týral, opakovaně skončila v nemocnici. Napadl ji pěstmi, měla vyražený zub, podlitiny v obličeji, otřes mozku a nějaké modřiny i na břiše. Šla k lékaři a ten ji nechal hned hospitalizovat. Pak se to opakovalo ještě jednou, ona se začala bránit. Spustila se jí krev z krku a z nosu. Pak ji bil denně. To už nezvládla a odešla od něj i s dcerou.

Druhý partner se z počátku jevil jako ideální. Vztah si užívala. Byl jemný, pozorný, hýčkal ji. Po necelém čtvrt roce ale začal znovu brát pervitin, nabídl ho i Dominice, která neodmítla. Rozjel se znovu kolotoč braní, kdy jak sama říkala: „Brali jsme skoro furt“. Pak začal být partner nesnášenlivý, začal vyčítat maličkosti. Proto se po zkušenosti s předchozím vztahem sebrala a odešla od něj.

Sex měla poprvé v patnácti letech, hned po narozeninách. Podle Dominiky to bylo takové „Teď můžu tak to chci“. Byl to sex s náhodným partnerem. Vystřídala více partnerů 3 týdny a dost, v sexu spíše stářejší. Antikoncepci brala hned od patnácti, teď má od porodu zavedeno nitroděložní tělísko. Problémy v sexu měla, jen když brala – partner chtěl, ona ne. Neměla na sex na rozdíl od přítele chuť. Podvolila se, aby měla pokoj. Sexem za drogu nikdy neplatila. „Za peníze bych nikdy nešla, i když na fet nebylo, raděj jsem si nedala“. Podvádět partnera začala až po porodu dcery. Neklapalo to. Začal ji mlátit, měla k němu odpor.

Vystudovala základní školu, kde až do rozvodu rodičů patřila mezi průměrné žáčky. Po rozvodu a odstěhování se otce k nové partnerce, v 6. třídě, začala propadat ze tří předmětů. Dokázala to ale stáhnout na poslední chvíli, nikdy nepropadla. Asi jí v tom pomohly i psychoterapie, na které docházela. Ve škole moc kamarádů neměla, nedokázala se začlenit. Byla vždy „šedá myška“. Kázeňské problémy neměla, absence pouze omluvené ze zdravotních důvodů.

Po ukončení základní školy si podala přihlášku na střední zdravotnickou školu, obor zdravotnický asistent. Byla přijata bez přijímacích zkoušek. Ne že by tam chtěla, nebyl to její sen, ale moc nevěděla kam a tato škola jí přišla jako taková jistota, kterou všichni okolo schválili. Učit se ani moc nemusela, měla nejhorší známku trojku, ale škola ji nebavila. Podle Dominiky to bylo asi i tím, že už brala pervitin. V prvním ročníku po sebevražděném pokusu antidepresivy a následné hospitalizaci na interním oddělení měla přerušené studium. Plánovala nástup do psychiatrické léčebny, ale kamarádka ji od nástupu na léčení odradila. Zbytek školního roku proto zůstala doma a chodila jen na brigády. Vrátila se do školy v červnu, ale studium pouze ukončila. „Prostě mě nebavilo“. Od září pak nastoupila na učební obor kuchař číšník. Stále brala pervitin. Pak ale zjistila, že je těhotná a školu musela ukončit. Má ukončený jen první ročník. Chtěla si vzdělání po porodu dokončit dálkově, ale nešlo to, musela by jedině na jiný obor. Uvažovala o obchodníkovi s maturitou. Tento obor nemá povinnou praxi. Jednalo by se o stejnou školu, pracovala by potom v nějakém marketingu.

Zaměstnaná byla delší dobu jako brigádnice, nejvíce ji naplňovala práce servírky. Pracovala v restauraci, za barem, na meníčkách, v kavárně. Měla méně peněz než stálí zaměstnanci, ale byla spokojená. Stálou smlouvu by jí nabídli, pokud by měla v ruce výuční list. Rozhodla se proto získat v tomto oboru vzdělání, to se jí však kvůli neplánovanému otěhotnění nepodařilo. V současné době je bez práce, propustili ji ve zkušební době – pracovala necelé dva měsíce jako zásobovačka zeleniny v supermarketu.

Do budoucna plánuje dokončit jakoukoliv školu, není si ale jistá co by to mělo být. Je jí to v podstatě jedno, hlavně aby měla „nějaký papír“.

Než začala užívat pervitin, měla různé koníčky: začínala v šesti letech s plaváním, to ji ale nebavilo. Byla to spíš rodinná tradice, věnoval se mu dědeček i matka. Když chtěla skončit, podpořil ji jen otec. Přešla na sportovní školu se zaměřením na basketbal. To ji bavilo, byla šikovná. V patnácti letech, když chtěla zhubnout, začala chodit na fitness. V té době už začínala aktivně brát pervitin. Vydržela aktivně trénovat téměř rok, byla v tom hodně dobrá. Trenér jí hodně věřil, o závislosti nevěděl. Bylo to ale drahé, platila přes 300 měsíčně za tělocvičnu, na to mamka neměla, tak toho musela nechat, to ji moc mrzelo. Soutěže, plavky, samoopalovací

krémy, startovné... byla na třech nižších soutěžích. Testy na přítomnost návykových látek nebo dopingů nikdo naštěstí neřešil. Pak jí to ale matka zakázala- „dělej to, když si vyděláš“, tak skončila.

Ted' žádný sport aktivně neprovozuje, nechybí jí to. Chtěla by se vrátit k fitness, ale neví. Hlídní malé by bylo asi problém. Jinak nechte, má ráda filmy a vaření pro druhé. Sama to nejí, ale pro druhé jí to dělá radost

2.2. Rodinná anamnéza

Matka se narodila v roce 1973 jako prostřední ze tří dětí. Vystudovala průmyslovou školu, ale nikdy se oboru nevěnovala. Pracovala patnáct let jako plavčice na krytém bazéně. Posledních šest let je v invalidním důchodu pro poruchu příjmu potravy. Od rozvodu s otcem klientky začala hodně pít, až se u ní rozvinula i závislost na alkoholu. Vystřídala několik partnerů, se kterými Dominika jen velmi těžce vycházela. Měla spíše pocit, že matka neumí být sama, proto,, brala, co se naskytlo“. Matka byla opakovaně hospitalizována na somatických odděleních i v psychiatrických léčebnách. Po dobu její nepřítomnosti se o klientku a její sestru starali prarodiče. Vztah s matkou se dá označit od počátku puberty jako ambivalentní. Má ji ráda, bojí se o ni, chtěla by a vždy se jí snažila pomoci, ale na druhou stranu ji pro její pití a poruchu příjmu potravy nenávidí. Má obavy, že matka brzy zemře „vyhublá a na smrt opilá“.

Otec je ročník 1966, vystudoval elektrotechnickou průmyslovou školu. Pracuje dlouhodobě v oboru jako elektrokonstruktér. Má pestré koníčky, věnuje se aktivně hudbě. S matkou klientky se rozvedl pro její často se opakující nevěry. Navázal vztah s novou partnerkou a znovu se oženil. Vychovávají dceru z partnerčina prvního manželství, která je stejně stará jako Dominika a spolu mají další čtyřletou dceru. Od doby co se otec znovu oženil, styky s dcerami z prvního manželství na přání nové partnerky přerušil. Kontakt s ním udržují minimálně, spíše tajně telefonem, aby o něm partnerka otce nevěděla. Dominice je to líto, ráda by měla vztah s otcem lepší. Většinou se snaží o kontakt, pokud se sama nachází v krizi. Ví, že díky tomu otec o ní nezískává nejlepší dojem, ale pokud je v pořádku nenajde odvahu. Možná časem.

Vlastní sestra je o čtyři roky mladší, je úspěšnou studentkou cizojazyčného gymnázia. Je zdravá, netrpí žádným onemocněním. Nikdy rizikově neužívala žádnou návykovou látku, poruchou příjmu potravy nikdy netrpěla. Sestra je podle Dominičina soudu klidnější, poddajnější, nekonfliktní. Přijala rodinné normy a pravidla. Na rozdíl od Dominiky jí nedělala dědečkova pedanterie problém, vycházela i s babičkou, byla u prarodičů od sedmi let téměř nepřetržitě. S matkou se moc nevidala. Od deseti let byla oficiálně svěřena do péče prarodičů, před nástupem na gymnázium se přestěhovala do rodiny bratra z matčiny strany, kde žije dodnes.

Nevlastní sestra z otcova druhého manželství je tříleté zdravé dítě.

Babička, matčina matka se léčí pro úzkostnou poruchu u svého obvodního lékaře.

Strýc, starší bratr matky má problémy se závislostí na alkoholu, ale neléčí se.

Manželka tohoto strýce je také závislá na alkoholu a krátce se léčila pro bulimii. K lékaři ale přestala docházet, potíže má stále.

Oba jejich synové užívají intravenózně pervitin a ve zvýšené míře konzumují alkohol. Nikdy s nimi nebrala, o jejich závislosti se dozvěděla od známých uživatelů.

Dědeček z otcovy strany se ve stáří léčil pro poruchy paměti.

2.3. Zdravotní anamnéza:

2.3.1. Ranné dětství:

Těhotenství i porod klientky byl fyziologický, v termínu, kříšená nebyla. Psychomotorický vývoj v normě. Jako batole měla jednu febrilní křeče, byla krátce na pozorování. Z dětských nemocí prodělal pouze plané neštovice a zarděnky. Od čtyř do dvanácti let léčena alergologem pro astma, užívala inhalátor.

2.3.2. Hospitalizace:

Ve třech letech byla hospitalizovaná pro popáleninu břicha a podbřišku, zvrhla na sebe horkou vodou. V podbřišku jizva jako trvalý následek. Opakovaně v dětství hospitalizovaná pro opakované těžké laryngitidy. Jedenkrát hospitalizována na interním oddělení po suicidálním pokusu antidepressivy. Hospitalizace na chirurgickém oddělení po napadení přítelem pro těžký otřes mozku. V šestnácti letech pro závislost na pervitinu – léčbu nedokončila, odešla po dvaceti pěti dnech. V devatenácti letech úspěšně ukončená tříměsíční léčba závislosti na pervitinu. Nikdy nebyla operovaná.

2.3.3. Gynekologická anamnéza:

Menarche pravidelně od dvanácti let s tříměsíční amenoreou v patnácti letech. Jeden porod v akutní intoxikaci pervitinem. Hormonální antikoncepci užívala bez komplikací od patnácti let, po porodu aplikováno nitroděložní tělísko. Pohlavní chorobu nikdy neměla. Těhotenství proběhlo bez problémů, její slova: „kdybych si neudělala test, tak ani nevím, že jsem těhotná...“. Nezvracela, neměla žádné problémy. Drogy brala před otěhotněním, těhotenství zjistila v pátém týdnu. Od pátého týdne těhotenství drogy nebrala, vydržela nebrat, protože ji sociálka umístila do diagnostického ústavu 17,5 – 18 let. Neměla „ani moc chutě“. V ústavu byla spokojená, neměla žádné problémy s kázní, režimem ani ostatními chovanci. „Dost mě brali, byla jsem za hvězdu, říkali mi velká máma“. Neměla ani problémy s komunikací, dokázala se totiž přiměřeně ozvat. Pokud s něčím nebyla spokojená, dokázala projevit nesouhlas. Po opuštění diagnostického ústavu pobývala u babičky, to taky celkem vydržela. Drogy si vzala až před porodem, bála se ho.

2.4. Psychický stav:

Úzkostně depresivní ladění, poruchy spánku a soustředění.

2.5. Klinické pozorování adiktologa:

Klientka k rozhovoru přichází vždy upravená, jemně nalíčená, v obtaženém sportovním oblečení. Lze tedy pozorovat, že má zpět normální váhu. Působí mírně roztěkaným dojmem, její řeč je mírně zrychlená, orientovaná je dobře všemi směry. Na rozhovoru aktivně spolupracuje, otázkám rozumí, sama doplňuje možné zajímavé informace. Učí se znovu navazovat kontakty, začíná pomalu rozšiřovat své aktivity. O svých potížích nemá problém hovořit otevřeně, svěřuje se i s intimitami. Oceňuje bezpečné prostředí.

2.6. Porucha příjmu potravy:

V současnosti bez potíží. Diagnostická kritéria pro mentální anorexii splňovala pouze ve čtrnácti letech po dobu půl roku. Tělesnou hmotnost si v této době cíleně snížila, při výšce 172 cm na váhu 50 kilogramů, a to cílenou restrikcí stravy s občasným vyvolávaným zvracením a nadměrným tělesným pohybem. I při této váze měla stále pocit, že má silná stehna. Několikrát týdně se přeměřovala, při cvičení se odmítala dívat do zrcadla. Po dobu tří měsíců trpěla amenoreou. Důvodem ke změně tohoto stavu byla obava o život její matky, která byla akutně hospitalizována pro těžkou malnutrici nejprve na interním oddělení a následně na specializovaném oddělení pro poruchy příjmu potravy. Sama Dominika reagovala na situaci sebevražedným pokusem, a po propuštění z nemocnice začala docházet na individuální psychoterapii. Její stav se stabilizoval, přibrala na 64 kilogramů, a tuto váhu si držela celý rok. V patnácti letech začala užívat pervitin pro povzbuzení a pro jeho anorektický účinek. Nechtěla zhubnout moc, dokázala váhu udržet nad šedesátikilogramovou hranicí.

2.7. Drogová anamnéza:

První užitou návykovou látkou byl nikotin, přibližně ve dvanácti letech začala kouřit. Během půl roku se stala pravidelným kuřákem pěti až sedmi cigaret denně. Od patnácti let kouří krabičku denně.

Od čtrnácti let popíjela alkohol, nejčastěji vodku, kterou kupovala matce. V sedmnácti letech byla poprvé opilá. Pije vždy nárazově při oslavách či setkáních. Vždy pila ve společnosti.

Marihuanu vyzkoušela v patnácti letech, kouřila ji asi jeden rok poměrně pravidelně, téměř každý víkend.

Z tlumivých látek užívala hlavně Neurol a Diazepam, které kradla matce. Benzodiazepiny používala pouze při dojezdech, jinak je neužívala.

LSD zkusila v osmnácti letech pouze jedenkrát, neměla příjemný zážitek, proto vícekrát neopakovala.

Primární drogou Dominiky je ovšem pervitin. První užití bylo čerstvě po patnáctých narozeninách. Aplikace z alobalu, s kamarádkou. Následně dvakrát sniffing a všechny další aplikace již pouze intravenózně. Poprvé se takzvaně „nastřelila“ v necelých šestnácti letech. Jehly se nebála, ocenila nižší spotřebu drogy s vyšším účinkem. Nejprve užívala jednou až dvakrát měsíčně, postupně se frekvence aplikací zkracovala až na denní. Pokud měla dostatek, zvládla i dvě aplikace denně. Začínala na 0,5g na aplikaci. Nejvyšší dávka byla 1g. Během těhotenství dokázala abstinovat. Byla v chráněném prostředí diagnostického ústavu a později u prarodičů, kteří ji hlídali. Těsně před porodem si aplikovala půl gramu pervitinu intravenózně, chtěla překonat strach z porodu. Dcera se narodila bez příznaků intoxikace. Proto v porodním protokolu není o intoxikaci matky záznam. Kojila dva měsíce, po tuto dobu nebrala. Když přestala kojit, začala brát znovu. Potupně se dostala až na původní frekvenci a dávky aplikované drogy. Na pervitinu oceňoval zpočátku jeho budivý efekt. Dokázala pracovat celý víkend, dospávala potom v týdnu ve škole.

Svou závislost se snažila maskovat oblečením pouze v zaměstnání a při návštěvách prarodičů. Doma chodila celý rok odhalená, vlastně ani neví, jestli chtěla, aby si toho matka všimla. Nevšimla si ničeho.

V šestnácti letech se matce svěřila. Myslela si, že ji pochopí, „když je taky závislá“. Matka ji ale nechala hospitalizovat. Brala to jako zradu.

Po celou drogovou kariéru se Dominika nikdy nepředávkovala, neměla žádné somatické komplikace intravenózního užívání jako například absces, či flegmónu. Na dojezdech mívala halucinace - viděla psy v psí škole, eskymáky, viděla lidi, kteří tam nebyli, měla pocit, že ji lidé pozorují, velké úzkosti, když se viděla v zrcadle. Nejhorší to bylo večer. V zrcadle pak viděla místo sebe svoji matku. Vychrtlou anorektičku, závislou na lécích a pití a začala se bát, že skončí jako ona. Začal brečet. Věděla – uvědomovala si, že by měla přestat brát. Po odeznění intoxikace cítila velké pocity viny, byla spavá. Po druhé léčbě, kterou v loňském roce úspěšně absolvovala je Dominika čistá, více než půl roku dochází pravidelně na kontroly.

2.7.1. Aplikace pervitinu:

Poprvé inhalace z alobalu v patnácti letech, později intranasální, od třetího užití již pouze intravenózní užívání. Injekční náčiní nikdy nesdílela, výjimečně aplikovala drogu dvakrát toutéž jehlou. Opakovaně vyšetřena na HIV/AIDS a VHC, vždy s negativním výsledkem. V prvním ročníku zdravotní školy očkovaná proti hepatitidě A i B. Somaticky zdravá, bez subjektivních potíží.

2.8. Sociální anamnéza:

Bydlela střídavě u matky v bytě, u babičky, po ubytovnách, zase u babičky. Nikde neměla pořádně pocit domova. U babičky má ve 3+1 svůj pokoj. Děda hlídá, nemá soukromí. Babička se snaží respektovat. S dědou to bylo hrozné vždycky, i mamka si stěžovala, že když byla malá, tak to dělal taky. Pořád je kontroloval a zůstalo mu to. S babičkou se ale nedá moc mluvit, nevychází spolu.

V bytě bydlí babička, děda, Dominika a malá když si ji můžou vzít z kojeneckého ústavu. V bytě nebydlí žádný uživatel návykových látek. Prarodiče abstinenti. Za Dominikou návštěvy nesmí, ani by nechtěla. Na ubytovně ale bydlela s přítelem, který bral. Občas i vařil.

V současné době je uchazečkou o zaměstnání. Finanční situace Dominiky není příliš optimistická. Bere pouze sociální dávky, a to 3410,-Kč životního minima. Chybí jí odpracovaných osm dnů, aby měla nárok na podporu v nezaměstnanosti, nemá odpracovaný celý rok, a tudíž na podporu nemá nárok. Sociální a zdravotní pojištění má placené, to jí platil zaměstnavatel, nebo stát. Má dluhy taky za pokuty v MHD – asi 300,- za jízdu na černo. Exekuci má na 150 000ový dluh u společností Provident, Profikredit. Tyto se snaží řešit splátkovým kalendářem, ale neví, zda bude úspěšná. Dluhy u babičky částečně splatila, ale chybí ještě zhruba 30 000.

2.9. Kriminální anamnéza:

Dominika byla podmíněčně odsouzena k trestu 2 roky odnětí svobody s podmíněčným odkladem na 2 roky za spolupachatelství krádeže. Přítel rozprodal matce byt. On to prodal sám, ona byla u babičky, ale řekl jí o tom a ona to nenahlásila, a taky ho kryla. Tak ji odsoudili. Z peněz nic neviděla. Taky měla dvě pokuty za drobnější krádeže. Kradla jídlo a pro opilou matku v obchodě vodku. Ta ji pro pití posílala pravidelně. Pokud měla peníze, tak to bylo v pořádku, ale potom chtěla pít dál, a to už musela krást. Posílala si ji pořád, třeba i v noci. Ona chtěla spát, ale matka ji poslala, tak šla. 2x ji chytili, PČR ji odvezla domů, tam byla opilá matka. Dominika byla proto na popud sociální pracovníce umístěna do diagnostického ústavu pro děti a mládež. Matce to bylo jedno.

2.10. Zkušenosti s odborem péče o dítě:

O dceřino umístění do kojeneckého ústavu požádala sama, protože brala drogy a neměla kde bydlet. Vztah mají jinak pěkný. Sociální pracovníce jí v současnosti pomáhá v navrácení dítěte – dala jí předlohu žádosti. Tu si Dominika podala a teď čeká, jak to dopadne. Jednání mělo proběhnout po měsíci a půl. V té době byla Dominika v léčebně, proto bylo jednání odročeno na neurčito. Sociální pracovníce jí jen zběžně vysvětlila, co má do žádosti napsat, co by tam nemělo chybět, ale musela to udělat sama. Při jednání s touto úřednicí se jí vybavil zážitek z dětství a

začala se dalšího jednání bát. Po propuštění z léčebny ale zjistila, že má přidělenou novou sociální pracovníci, s tou spolupracuje lépe, je vlídnější, mají na sebe čas. Upozornila ji, že asi kojenecký ústav napíše zamítavé stanovisko, negativní zprávu, protože za dcerou jezdí babička, vyzvedává si ji... Dominika sama do ústavu nevolá, stačí jí informace od babičky. Nemá na mobilu moc velký kredit a v ústavu mají jen pevnou linku, což bylo mimo její finanční možnosti. V kojeneckém ústavu ale neví, že se s dcerou vidá u babičky. Ví, že kdyby do ústavu jela, tak ji za dcerou pustí. Nyní se již sociální pracovnice nebojí, naopak s ní ráda spolupracuje.

2.11. Důležité osoby:

Pro Dominiku jsou nejdůležitějšími lidmi v jejím životě dcera, táta, máma, sestra. S otcem a matkou nemá dobré vztahy, ale jsou důležití. Třeba tátu nevidá, miluje ho, ale i nenávidí. Když otci naposledy volala asi před půl rokem, že by s ním potřebovala sejit, omluvil se, že má pracovní večírek, odmítl ji. Řekl jí, že v práci je víc, tak je pro něj důležitější. Sekla mu telefonem. Už si nevolají. Myslela si, že otec počká, až vychladne a ozve se jí, kdyby o ni stál, ale nevolá. Asi se na ni úplně vykašle. Totéž máma. Se sestrou si volají pravidelně, bydlí u strýce v Brně. S babičkou a dědou se snaží vycházet. S matkou se viděla, když byly obě zároveň v léčebně, to za ní chodila každý den. V léčebně si matka našla nového přítele. Byl to taky alkoholik, ale Dominice se celkem líbil. Dalo se s ním rozumně mluvit. Pak ale matka odešla, přerušila léčbu a od té doby se jí jen volala. Ani ne po měsíci matka v opilosti v suicidálním pokusu vyskočila z okna a způsobila si závažné polytrauma. Ležela na anesteziologicko- resuscitačním oddělení a potom na traumacentru. Dominika se to dozvěděla se to od matčina přítele. Ví, že by jí měla zavolat, ale byla na ni strašně našťvaná, že odešla z léčebny čistá a zase pila a zase se pokusila zabít. Neví, jestli na to má ještě sílu s matkou komunikovat. Volala si ale do té nemocnice, řekli jí, že už je stabilní, že leží na jipu, z nejhoršího je venku, tak se zklidnila. Dali jí přímu linku, ale nechtěla. Později jí ale volala mamka, brečela jí do telefonu, že je jí to líto. Dominika odpovídal jen hmmm. Pak už se to zklidnilo, občas si volaly, bavily se už celkem normálně. Po propuštění z nemocnice má matka nastoupit do protialkoholní léčebny znovu, ale Dominika se bojí, že pokud pojede sama, napije se už cestou.

Mimo rodinu – kamarádky asi 3, podrazily ji. Přestala se s nimi bavit. Ví, že to bylo kvůli drogám. Bližší přátele teď nemá, spíše známé. Učí se znovu nacházet důvěru k lidem.

3. Kazuistika Bohdany:

3.1. Osobní anamnéza

Bohdana je matkou Dominiky. Jedná se o čtyřicetiletou ženu s dlouholetou psychiatrickou diagnózou. Je rozvedená matka dvou dcer. Starší je již samostatná, mladší byla svěřena do péče Bohdaninu bratrovi. Bydlí v pronajatém bytě, o vlastní přišla. Je závislá na alkoholu a trpí poruchou příjmu potravy, konkrétně atypickou mentální anorexií.

Vyrůstala s oběma rodiči, nevzpomíná ráda, cítila se omezovaná, do deseti let trpěla enurézou. S otcem vycházela vždy dobře, i když byl dominantní a měl vysoké nároky, s matkou od malička vztah konfliktní. V dětství si nepamatuje na pochvalu, naopak kritik bývala na denním pořádku. Rodiče neuměli „dávat lásku“, chtěli vidět výkony.

První kontakt s psychiatrickým centrem byl před deseti lety, kdy přišla na doporučení praktické lékařky. V té době už pět let užívala nadměrně laxativa, konkrétně fenolax, aby zhubla. První kontakt byl přibližně rok po rozvodu Bohdany. Rozvod byl po vzájemné dohodě, Bohdana měla v té době přítele. Myslela si, že s ním založí novou rodinu, ale ve chvíli kdy se ona rozvedla, on se s ní rozešel. Lékařkou byla diagnostikována jako porucha přizpůsobení a škodlivé užívání laxativ. Byla zmediikována Citalopramem, Rivotrilem a Hypnogenem a byla odeslána k hospitalizaci na oddělení skupinové psychoterapie.

Po roční pauze se vrací do péče, tentokrát již pro diagnózu F50.0, mentální anorexie. Jednalo se o jednorázový kontakt. V roce 2005 začala docházet na kontroly pravidelně. Mimo mentální anorexii byla diagnostikována také středně těžká deprese a byly znovu nasazeny antidepresiva. V roce 2006 rehospitalizace v psychiatrické léčebně po suicidálním pokusu antidepresivy a alkoholem, následně pak hospitalizace na specializovaném oddělení pro poruchy příjmu potravy. V roce 2006 absolvovala celkem 2 další hospitalizace, a to pro poruchy příjmu potravy a poruchu přizpůsobení. V roce 2007 se jednalo o další dvě hospitalizace, opět pro poruchy příjmu potravy a jeden suicidální pokus medikamenty. V roce 2008 absolvovala tři léčby, a to pro poruchy příjmu potravy a závislost na alkoholu. Pokud bychom pokračovali až do dnešního dne, dostali bychom se k číslu blížícímu se 20. Hospitalizována byla nejčastěji pro tyto diagnózy: F 50.0 mentální anorexie, F50.1atypická mentální anorexie s nadužíváním laxativ, F43.2porucha přizpůsobení,F10.2 závislost na alkoholu, F32.1středně těžká depresivní fáze. F34.1 dystymie.

Ze somatických poruch dominují malnutrice, hypokalémie, sekundární anemie na podkladě nedostatečného nutričního příjmu, stav po intoxikaci laxativy v kombinaci s alkoholem, srdeční arytmie – četné KES, protein-energetická podvýživa, minerálová dysbalance s hypomagnézii, hyponatrémií, sekundární hypotyreóza, otrava prostředky působícími primárně na gastrointestinální trakt, ...

3.2. Rodinná anamnéza:

Matka ročník 1952, otec ročník 1946, oba zdraví přiměřeně věku. Otec pracoval jako zámečník, matka dělnice, v současnosti oba starobní důchodci. Má dva bratry, mladšího ročník 1974, zdrav, policista. Má v péči její mladší dceru. Staršího ročník 1971, kresliče závislého na alkoholu.

3.3. Zdravotní anamnéza:

3.3.1. Ranné dětství:

Porod byl druhý v pořadí, bez komplikací, v termínu, kříšena nebyla. Psychomotorický vývoj v normě, není si vědoma žádné patologie.

3.3.2. Gynekologická anamnéza:

Menarche pravidelně od patnácti do dvaceti pěti let. Poté v důsledku malnutrice amenorhea do dnešního dne. Užívala antikoncepci. Dva porody, bez komplikací.

3.4. Psychický stav:

Silné pocity viny, úzkostná, myšlení zkreslené akutní intoxikací, debaklová situace.

3.5. Klinické pozorování adiktologa:

Při prvním kontaktu přichází mírně s úsměvem, přiměřeně upravená, avšak se znečištěnými nehty a mastnými vlasy. Spolupracuje ochotně, chce Dominice pomoci. Stejně jako dcera oceňuje bezpečné prostředí.

Při druhém kontaktu však již Bohdana k rozhovoru přichází neupravená, nenalíčená, v pytlovitém oblečení. Působí silně roztěkaným dojmem, páchne starým alkoholem, lehce vrávorá. Její řeč je mírně setřelá, orientovaná hrubě všemi směry. Zaujímá ambivalentní postoje, „je tady kvůli dceři“. Na rozhovoru spolupracuje, otázkám rozumí. O svých potížích hovoří neochotně, okrajově, „přečtěte si kartu, tam je všechno“ je univerzální odpověď. Proto sezení zkracujeme.

3.6. Porucha příjmu potravy:

Porucha příjmu potravy u Bohdany nachází kořeny již ve školních letech. Jako aktivní sportovkyně měla velkou muskulaturu, a čelila proto kritice okolí. Také doma byla centrem posměchu od svých bratrů. Říkali jí, že „má ramena jako chlap“. Protože až do sedmnácti let aktivně sportovala, neměla potřebu svou váhu ani tělesné schéma měnit. Když přestala plavat, přibrala deset kilogramů. V té době zjistila, že je těhotná, a proto váhu neřešila. Po porodu dětí se začala opět potýkat s kritikou okolí, navíc nastoupila na pozici plavčíka. Kolegové si ji začali dobírat, že do Pamely Anderson má hodně daleko, a pokud s nimi chce pracovat, měla by se sebou něco dělat. Během období po nástupu do práce jí byly diagnostikovány hemeroidy, v roce 1999 začala kvůli tomu užívat laxativa. Po čase zjistila jejich účinky na hubnutí a začala je tedy nadužívat. Kritika však neustávala, proto začala před nástupem do zaměstnání pravidelně jednu až dvě hodiny usilovně plavat. Během čtyř let zhubla až na BMI 16 a poprvé vyhledala odbornou pomoc. Od té doby Bohdana absolvovala celkem devětkrát léčbu na specializovaných odděleních pro poruchy příjmu potravy. Hospitalizace pro realimentaci na interních odděleních nelze ani spočítat. Jak už jsem uvedla výše, ze somatických poruch u Bohdany dominují malnutrice, hypokalémie, sekundární anemie na podkladě nedostatečného nutričního příjmu, stav po intoxikaci laxativy v kombinaci s alkoholem, srdeční arytmie – četné KES, protein-energetická podvýživa, minerálová dysbalance s hypomagnézii, hyponatrémií, sekundární hypotyreóza, otrava prostředky působícími primárně na gastrointestinální trakt, a další. I přes odbornou péči stále nemá náhled onemocnění. Přijímá velmi malé porce potravy – za den polovinu jablka nebo jeden jogurt, eventuálně zelený salát. Nahrazuje je spíše alkoholem, při potížích se nechává hospitalizovat na interním oddělení. V současné době je na váze 49 kilogramů při výšce 178 centimetrů, její BMI je tedy 15,46. Při přímém dotaze na její váhu je aktuálně spokojená, více už by hubnout nechtěla, ale „musí si hlídat jídlo, aby nepřibrala“.

3.7. Alkoholická anamnéza:

Až do své plnoletosti alkoholické nápoje nepožívala. Poprvé se napila po porodu první dcery, kdy na oslavě narozenin ochutnala víno i tvrdý alkohol. Konkrétně vodku. Až do rozvodu pila pouze společensky, neopíjela se. Po rozvodu začala užívat alkohol jako sebemedikaci svých úzkostných stavů po rozchodu s milencem. Potřebovala větší dávky, frekvence užívání se také stupňovala, začala zanedbávat domácnost, koníčky, přátele, začala mít problémy v práci, a i přes tyto negativní dopady v pití pokračovala. Opakovaně absolvovala protialkoholní léčbu, ale pouze ve dvou případech ji absolvovala kompletní. Největší délka abstinence po propuštění byla dle její proklamace tři měsíce, ale fakticky, dle sdělení dcery a sousedů se většinou napila do týdne.

3.8. Sociální anamnéza:

V současnosti bydlí v pronajatém bytě s vysokým nájmem. Není si jistá, jak dlouho to ještě z důchodu utáhne. O svůj původní byt, který jí zůstal po rozvodu manželství, přišla pro neplacení nájemného a poplatků s tím souvisejících již před třemi lety. Od té doby střídala různě pronájmy, podnájmy, a podobně. Do loňského roku s ní bydlela Dominika, pomáhala jí s péčí o domácnost i s finančním zabezpečením. Bohdana vystudí střední průmyslovou školu, ale v oboru nikdy nepracovala. Hned po mateřské dovolené nastoupila jako plavčice, ale pro poruchu příjmu potravy byla před pěti lety invalidizována, a v současné době pobírá invalidní důchod třetího stupně.

Vztahy s okolím má velmi najaté až nepřátelské. Sousedé na ni opakovaně píšou anonymní dopisy, kde upozorňují na její závislost na alkoholu, poruchu příjmu potravy, na její ekonomické problémy a na neschopnost postarat se o domácnost ani sama o sebe. Přátele už žádné nemá, občas se zastaví někdo známý, s kým pije.

3.9. Kriminální anamnéza:

Bohdana nikdy trestaná nebyla, pouze jednou byla vyslýchána jako spolujezdec, účastník dopravní nehody. Nikdy nebyla vyšetřována a ani trestána za zanedbání péče.

3.10. Zkušenosti s odborem péče o dítě:

S odborem péče o dítě se poprvé setkala při rozvodu manželství. Úřednice, která byla stanovena jako opatrovník dětí pro soudní řízení, jí vyhrožovala, že pokud by prokázala zanedbání péče o děti z matčiny strany, bude usilovat o jejich odebrání u péče. Od té doby však pracovníci tohoto odboru neviděla. Na šetření nedocházela. Poměry po rozvodu v rodině nezjišťovala. Druhý kontakt nastal po intervenci policie České republiky z důvodu krádeže zboží v supermarketu. V tomto případě se jednalo o jinou úřednici, která i přes zjevnou Bohdaninu opilost s ní jednala vstřícně a snažila se jí pomoci. Zařídila umístění Dominiky do diagnostického ústavu pro děti a mládež na nezbytně nutnou dobu. Stejná pracovníce odboru péče o dítě má v současnosti v referátu Dominiku a její dceru, vztahy mají také velmi dobré.

4. Rodinná kazuistika

K prvnímu kontaktu přišla babička sama. Vypadla starší, byla ustrojena do nmoderních kalhot a volné halenky. Po celou dobu setkání držela v klíně křečovitě kabelku. Oční kontakt byl spíše sporadický. Slíbila Dominice, že přijde, chce, aby byla zdravá tak je tady. Babička moc nechápe proč dcera i vnučka mají problémy s jídlem ani s návykovými látkami. I když se o obě snažila pečovat, nedokázala pojmenovat problémy ani jedné z nich. Podle babičky je matka od rozvodu moc hubená a málo jí. Myslela si dlouho, že jí chybí peníze. Snažila se jí pomáhat, ale zjistila, že je utrácí za alkohol. Promluvila si o tom s manželem a ten jí pomoc dceři zakázal. Říkal jí o tom, že je dcera nemocná, i jí to nějak vysvětloval, ale ona neví, proč nemá nějaké prášky, aby ji vyléčily. Když začala mít problémy Dominika ani o tom nevěděla. Že „droguje“ zjistila, když přišla oznámit, že se dohodla s úřady na svěření dcery do toho kojeneckého ústavu. Tenkrát jí to řekla. Tak se jí snažila taky nabízet pomoc, občas ji nechala bydlet, umýt se, najíst. Zakázali jí ale s manželem návštěvy kamarádů, to Dominika těžko nesla a tak vždycky po čase odešla. Že šla zase drogovat, nevěděla. Je moc ráda, že už je Dominika zdravá, ta nemocnice jí teď pomohla. Asi má dobré prášky, které jí pomáhají.

Při společném setkání Dominiky a babičky působila babička již uvolněně. Odložila kabelku a začala vyzvídat, co budeme dělat.

Při kreslení Dominičiny rodinné mapy spolu s babičkou se nám podařilo identifikovat další z rizikových faktorů vyskytujících se v rodině. Dále babička poskytla doplňující údaje o závislostním chování v rodině. Sama je nejmladší ze tří sester, nejstarší sestra má problémy s alkoholem, prostřední sestra trpěla anorexií. V manželově rodině nikdo problémy se závislostí ani poruchou příjmu potravy netrpěl. S manželem se brali poměrně mladí, narodily se jim postupně tři děti. Nejstarší syn má problémy s alkoholem, prostředním dítětem je Bohdana, která má problémy jak s alkoholem, tak s poruchou příjmu potravy, pouze nejmladší syn žádné potíže tohoto typu nemá. Vnuci od nejstaršího syna mají také problémy s alkoholem a drogami. Bohdana má také dvě dcery, kdy starší, Dominika, měla období, kdy trpěla poruchou příjmu potravy a později začala užívat pervitin. Mladší dcera nikdy podobné potíže neměla. Dá se tedy říci, že mezi protektivní faktory v této rodině patří pozice nejmladšího sourozence a pevná rodinná vazba. U obou zkoumaných, matky i dcery, jsou etiologické faktory identickými s faktory rizikovými.

Porovnávala jsem později sama obě kazuistiky a podařilo se mi identifikovat tyto společné etiologické faktory rozvoje poruch příjmu potravy a závislostního chování. Ani jedna z žen nevzpomíná na své dětství ráda. U Bohdany se jednalo o konfliktní stav s matkou, stejně jako u Dominiky, přesto že důvody konfliktů byly odlišné. Nepříliš dobrý socioekonomický statut, porušené interpersonální vztahy byly společné pro obě. Matka i dcera měly kritický vztah k vlastnímu tělu, jsou závislé na návykové látce, mají podobné osobnostní faktory -obě vykazují rysy nezralosti, nezdrženlivosti, impulzivitu a zvýšené iritability, zažily nepříjemné životní události jako opakovaná šikana. U Bohdany pak rozvod a odchod milence, u Dominiky závislá matka i partneri, u obou žen potom fyzické násilí ze strany partnerů. Vyšší tělesná hmotnost v pubertálním věku. Profese vyžadující reprezentativní zevnějšek je u matky plavčice i dcery

servírky také shodná. Posledním shodným faktorem je výskyt závislé osoby v primární rodině obou žen, u Bohdany to byl starší bratr, u Dominiky matka. Dá se říci, že u obou zkoumaných, matky i dcery, jsou etiologické faktory identickými s faktory rizikovými.

D. Diskuze

Praktická část této práce je věnována dvěma kazuistikám dcery a matky, které si nesou životem maladaptivní vzorce chování, které měly podstatný vliv na rozvoj psychických poruch. U obou žen došlo ke kumulaci rizikových faktorů pro vznik závislostního chování a následně došlo k rozvoji poruchy příjmu potravy, na které nasedla v obou případech závislost na návykové látce. Tlak okolí, zvýšená kritika, konfliktní vztah s matkou, nespokojenost s vlastním tělem, nedostatečná podpora a osobnostní rysy jsou jen střípkem z výčtu etiologických faktorů, které se nám podařilo identifikovat.

Rizikové faktory v této rodině se plně shodují s odbornou literaturou (Papežová 2010; Krch., 2005; Hajný, 2008). Hledání protektivních faktorů bylo v tomto případě mravenčí prací. Velkým přínosem nám zde byly informace o životním příběhu Dominičiny sestry, zprostředkované jak samotnou Dominikou, tak jejich babičkou.

Model závislostního chování je u matky pevně zakotven, na možnou změnu zcela rezignovala. Přestala spolupracovat s ošetřujícím psychiatrem, nedochází na individuální psychoterapii.

Naproti tomu u dcery se setkáváme s odhodláním bojovat za normalizaci života a trvalé přerušení kruhu závislosti. V současné době je půl roku po absolvování kompletní protitoxikomanické léčby, dochází na pravidelné kontroly, sama vyžaduje kontrolní testy na drogy. Podle kola změny je tedy ve fázi udržování změny (Prochaska a DiClemente, 1986).

Komorbiditu poruchy příjmu potravy a závislosti na návykové látce se v této práci podařilo prokázat u obou generací žen této rodiny. U matky můžeme však hovořit o duální diagnóze (Kalina, 2010) jelikož byla prokázána etiologická souvislost mezi mentální anorexií, rozvoji deprese a závislosti na alkoholu. Dcera splňovala diagnostická kritéria rozvinuté mentální anorexie v relativně krátkém časovém období, nicméně i v době rozvinuté závislosti na stimulantech se objevovaly uklouznutí – lapy- poruchy příjmu potravy. Další, do dnešního dne, přetrvávající poruchou je úzkostně depresivní porucha. I u dcery proto můžeme hovořit o komorbiditě.

Okrajově se tato práce věnovala i spolupráci s oddělením sociálně – právní ochrany dětí. Byla jsem velmi překvapena, že v minulosti sociální pracovnice, přestože měly zprávy o dysfunkčním prostředí, v této rodině nezasahovaly, nechodily ani na místní šetření. Nikoho nezajímalo, jak je v době opakovaných hospitalizací matky zajištěna péče o dvě nezletilé děti. V dokumentaci Bohdany byla založena jediná zpráva z OSPODu a to ona popud Policie České republiky, kdy byla Dominika přichycena při opakované krádeži a bylo navrženo její umístění do diagnostického ústavu pro děti a mládež. Svěření mladší sestry do péče prarodičů proběhlo na jejich žádost, bez přispění OSPODu. Jak uvedla sama Dominika, oceňují současnost přístup pracovnice OSPODu, spolupráce probíhá pravidelně, beze strachu. Už se těší, až bude žádat o svěření dcery do péče.

E. Závěr

Tato práce je věnována kazuistické studii zaměřené na zmapování problematiky poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách v dysfunkční rodině klientky.

Je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je zmapována problematika komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti v dostupné literatuře. Je zde popsána diagnostika jednotlivých poruch, charakteristika zneužívaných návykových látek a jejich účinků. Také je zde výčet rizikových faktorů pro vznik obou poruch.

V praktické části, jsou zpracovány dvě krátké kazuistiky matky a dcery - dvou generací žen této rodiny. Věnují se zmapování vývoje rozvoje závislosti a poruchy příjmu potravy u každé generace zvláště i jejich vzájemnému ovlivňování. Důležitou součástí je i společná rodinná kazuistika vypracovaná za spolupráce třetí generace, v níž jsou identifikovány rizikové i protektivní faktory.

Model závislostního chování je u matky pevně zakotven, na možnou změnu zcela rezignovala. Naproti tomu dcera se v současnosti nachází ve fázi udržování změny (Prochaska a DiClemente, 1986).

Komorbiditu poruchy příjmu potravy a závislosti na návykové látce se v této práci podařilo prokázat u obou generací žen této rodiny. U matky můžeme hovořit o duální diagnóze, jelikož byla prokázána etiologická souvislost mezi mentální anorexií, rozvoji deprese a závislosti na alkoholu. Dcera splňovala diagnostická kritéria rozvinuté mentální anorexie v relativně krátkém časovém období, nicméně i v době rozvinuté závislosti na stimulantech se objevovaly uklouznutí – lapy- poruchy příjmu potravy. Další, do dnešního dne, přetrvávající poruchou je úzkostně depresivní porucha. I u dcery proto můžeme hovořit o komorbiditě.

F. Seznam odborné literatury

- ACMD (2005). 'Methylamphetmine review', a report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs, <http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/ACMD-meth-report-November-2005>. In: EMCDDA –Europol (2009). Metamfetamin (pervitin) situace v EU a její globální kontext. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. pp. 13 – 14
- Case, P. (2005). The history of metamphetamine: An epidemic in context, First National Conference on Metamphetamine, HIV and Hepatis, The Harm Reduction Project, Salt Lake City, August. In: EMCDDA –Europol (2009). Metamfetamin (pervitin) situace v EU a její globální kontext. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. pp. 13 – 14
- Dušek, K., & Večeřová- Procházková, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing. pp. 259- 261
EMCDDA –Europol (2009). Metamfetamin (pervitin) situace v EU a její globální kontext. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. pp. 13 – 14
- Faltus, F. (2010). Historie poruch příjmu potravy. In: Papežová, H. et al. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. Praha: Grada Publishing
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. and Klempova, D. (2008). 'Quite a lot of smoke but very limited fire: The use of metamphetamine in Europe, *Drug and Alcohol Review* 227 (3), pp.236-242. In: EMCDDA –Europol (2009). Metamfetamin (pervitin) situace v EU a její globální kontext. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. pp. 13 – 14
- Hajný, M. (2001). O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.
- Hajný, M. (2008). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky
- Jenner, L., Kavanagh, D., Greenaway, L., Saunders, J. (1998). *Dual Diagnosis Consortium 1998 Report*. Brisbane: Alcohol and Drug Training and Research Unit. In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing. pp. 53-56

Kalina, K., et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova.

Kalina, K. (2008). Rodinná terapie a práce s rodinou. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky

Kazdin, A. E.; Kraemer, H. C.; Kessler, R. C.; et al. (1997). Contributions of risk- factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychologic Review*, 17, pp. 375 – 406. In: Papežová, H. et al. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. Praha: Grada Publishing. p. 36

Krch, F. D. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing

Krch, F. D. (2010). Mentální anorexie – Druhé přepracované vydání. Praha: Portál

Krch, F. D.; Faltus, F.: Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Československá psychiatrie*, 84, 1988, pp. 384-391. In: Krch, F. D. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing

Logan, B.K. (2002). 'Metamphetamine: Effects on human performance and behavior', *Forensis Science Review* 14 (1/2), January, pp.133-151. In: EMCDDA –Europol (2009).Metamfetamin (pervitin) situace v EU a její globální kontext. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. pp. 13– 14

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing. pp. 341,357-359

Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. et al. Základy klinické adiktologie. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.

MKN – 10 (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. pp. 221-222.

NDLERF (2005). The governance of illicit synthetic drugs, Monograph 9, National Drug Law Enforcement Research Fund, Australia, http://www.ndlerf.gov.au/pub/governance_synthetic_drug_s.pdf. In: EMCDDA– Europol (2009). Metamfetamin (pervitin) situace v EU a její globální kontext. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. pp. 13 – 14

Němečková, P. (2011). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*. 8(11), pp. 459-462. Dostupné <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>

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

Popov, P. (2003). Alkohol. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. p. 151

Popov, P. (2012). Duálních diagnóz mezi alkoholiky přibývá. Zdravotnické noviny 11. 04. 2012
Dostupné <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/dualnich-diagnoz-mezi-alkoholiky-pribyva>.

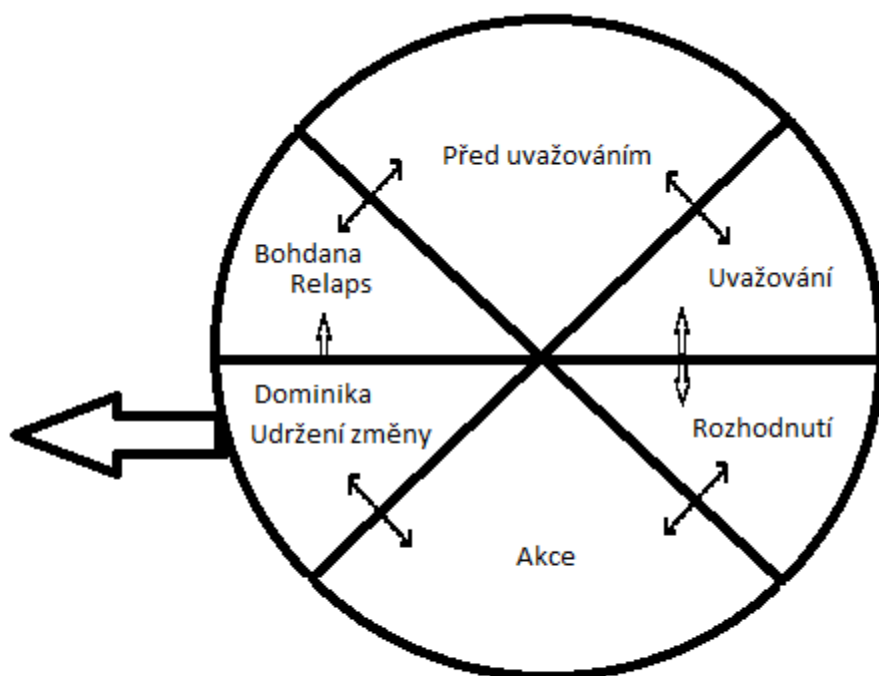
Satirová, V. (2006). Kniha o rodině. Praha: Práh

Szapocznik, J., Coatsworth, J. D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse. In Glantz, M. *Drug Abuse: Origins and Interventions*. Washington DC: American Psychological Association. In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Williams, R., Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 24, pp. 43-46. In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing. p. 75

G. Přílohy

Příloha č. 1 – Kolo změny



Kolo změny
podle Prochaska a DiClemente (1982)

Příloha č. 2- Rodinná mapa podle Satirové (2006)

