

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Hana Hlobilová**

Komorbidity poruch příjmu potravy u pacientů závislých na stimulačních  
látkách v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Co-morbidity of eating disorders and stimulant substances use among patients  
in the Psychiatric Hospital Červený Dvůr

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Dvořáček

V Praze 2015

## **Poděkování**

Poděkovat bych chtěla všem klientům, kteří se mi ochotně podíleli na dotazníkové studii, pro získání dat potřebných k mojí práci. Moje velké poděkování patří vedoucímu bakalářské práce MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, za pomoc při sběru dat, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Dále bych mu také chtěla poděkovat za cenné rady a doporučení, jenž mi poskytnul, jeho vstřícný přístup a čas, který mi věnoval pro konzultace.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně citovala všechny použité zdroje a literaturu. Zároveň prohlašuji, že jsem stejnou práci nepoužila k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s uložením práce v archivu Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty aby zde byla využívána ke studijním účelům, za předpokladu řádného uvedení zdroje a citace dokumentu. Současně souhlasím s uložením práce v meziuniverzitním projektu Theses.cz, za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne .....

Hana Hlobilová

.....

## **Bibliografický záznam:**

HLOBILOVÁ, Hana. *Komorbidity poruch příjmu potravy u pacientů závislých na stimulačních látkách v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. [Co-morbidity of eating disorders and stimulant substances use among patients in the Psychiatric Hospital Červený Dvůr]*. Praha, 2015. 48s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Dvořáček, Jiří.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá komorbiditou poruch příjmu potravy v léčbě u klientů závislých na stimulačních látkách. Práce je zaměřena na téma zneužívání návykových látek, ve smyslu jejich zvýšeného anorektického účinku, jako metodu k redukci hmotnosti. Cílem praktické části bakalářské práce bylo vyhodnotit procento klientů závislých na stimulačních látkách vykazující známky poruchy příjmu potravy. Dílčím cílem bylo zjistit výskyt znaků charakteristických pro jednotlivá onemocnění z této skupiny a vyhodnotit, které z nich se ve zkoumaném vzorku objevují častěji. Získání odpovědí na výzkumné otázky bylo provedeno pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr po dobu šesti měsíců. Častěji byly zjištěny znaky charakteristické pro onemocnění bulimia nervosa.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, stimulancia, duální diagnózy, léčba

## **Abstract**

Bachelor thesis deals with comorbidity of eating disorders in therapy among clients addicted to stimulants. The thesis is focused on the topic of substance abuse, because of their increased anorectic effect, as a method to weight loss. The goal of the practical part of this thesis was to evaluate the percentage of clients addicted to stimulants exhibiting signs of eating disorders. A secondary goal was to determine the incidence of the characteristics of individual diseases in this group and to evaluate which of them will appear in the sample more frequently. Obtain answers to research questions was carried out using a questionnaire survey conducted in the Psychiatric Hospital Červený Dvůr for six months. More often identified features were characteristic for the disease bulimia nervosa.

Key words: eating disorders, stimulants, dual diagnoses, treatment

# Obsah

<b>A. Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>B. Teoretická část .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Psychostimulacia.....</b>	<b>7</b>
1.1. Amfetaminy.....	7
1.2. Metamfetamin .....	7
1.3. Kokain .....	8
1.4. Akutní a dlouhodobé účinky stimulačních látek .....	9
1.5. Užívání stimulantů .....	10
1.6. Léčebné intervence.....	11
<b>2. Poruchy příjmu potravy.....</b>	<b>14</b>
2.1. Historie.....	15
2.2. Úvod do tématu poruch příjmu potravy .....	14
2.3. Mentální anorexie.....	16
2.4. Mentální bulimie .....	17
2.5. Specifické typy poruch příjmu potravy .....	19
2.6. Etiologie vzniku .....	20
2.7. Léčba .....	20
2.8. Faktory komplikující diagnostiku a léčbu .....	21
<b>3. Duální diagnóza .....</b>	<b>22</b>
3.1. Etiologie vzniku duální diagnózy.....	23
3.2. Diagnostika duální diagnózy.....	24
3.3. Léčba .....	24
<b>4. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci .....</b>	<b>25</b>
4.1. Porucha příjmu potravy a závislost .....	25
<b>C. Praktická část výzkumná studie.....</b>	<b>27</b>
<b>5. Použité metody .....</b>	<b>27</b>
5.1. Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek .....	27
5.2. Metody získávání dat .....	27
5.3. Výzkumné otázky.....	28
5.4. Nominace výzkumného souboru.....	28
5.5. Metody analýzy dat .....	28
5.6. Průběh výzkumného šetření .....	28
5.7. Výzkumný soubor .....	29
<b>6. Etické normy a pravidla výzkumu .....</b>	<b>29</b>
<b>7. Výsledky výzkumu.....</b>	<b>29</b>
<b>Diskuze .....</b>	<b>43</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>44</b>
<b>8. Zdroje informací:.....</b>	<b>45</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>47</b>

## A. Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou velmi rozšířeným psychickým onemocněním, které postihuje převážně mladé dívky a ženy, ale výjimkou nejsou ani muži trpící některým z příznaků poruchy příjmu potravy. Důvody mohou být různé od somatických onemocnění přes různé psychiatrické či psychické onemocnění (snížené stavy sebevědomí, depresivní stavy), vysněný ideál krásy, pracovní podmínky např. u sexuálních pracovníků, modelek nebo v důsledku užívání návykových látek. V případě rozvoje závislosti na návykových látkách se souběžným psychickým onemocněním mluvíme o duální diagnóze neboli komorbiditě. Nad pacienty trpící komorbiditami stojí v současnosti otázka, jak k těmto pacientům přistupovat a jak je co nejefektivněji léčit. Jako nejlepší možná léčba se jeví léčba integrovaná, která se kromě psychického problému dokáže v rámci jednoho zařízení soustředit i na léčbu závislosti.

Hlavní problém je, že v České republice integrovaná léčba zatím neexistuje. V případě, že se dané pracoviště u klienta nedokáže souběžně soustředit na obě dvě poruchy, hrozí jeho časné vypadnutí z léčby. Vycházím z krátkých rozhovorů s klientkami, které jako nejčastější příčinu ukončení léčby uváděly to, že jim přidělená léčba příliš nevyhovovala.

Práce se zaměřuje na komorbiditu závislosti na stimulačních látkách souběžně s poruchou příjmu potravy, která je v české i zahraniční literatuře uváděna jako jedna z nejčastějších. V české literatuře toto téma příliš zpracováno nebylo, vyjma neurobiologických, biochemických a metabolických účinků stimulancií na organismus. Užívání stimulačních látek za záměrem redukce hmotnosti se řadí k současnému trendu, i proto se dané téma vystavuje, jako vhodné k přezkoumání (Jeffers et al., 2013).

## B. Teoretická část

### 1. Psychostimulacia

Jsou látky s nefyziologicky budivým efektem na CNS (centrální nervový systém). Znamé jsou také pod názvy psychoanaleptika nebo psychomimetika. Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain, méně typickým zástupcem je extáze, která může mít kromě stimulačního účinku také účinek psychedelický. Mezi stimulantia se řadí samozřejmě i hojně a legálně užívaný kofein (Minařík, 2008).

#### 1.1. Amfetaminy

Amfetamin byl poprvé syntetizován pro terapeutické využití a byl v medicíně i v psychiatrii užíván k léčbě mnoha onemocnění (např. narkolepsie, poruchy pozornosti a deprese). Chemická směs amfetamin sulfát (Benzedrin) byl poprvé syntetizován v roce 1887 a byl zaveden do klinické praxe v roce 1932. Benzedrin byl užíván jako lék na rýmu a astma bronchiale bez lékařského předpisu. V roce 1937, byly tablety sulfátu amfetaminu využívány k léčbě narkolepsie, postencefalického parkinsonismu, deprese a letargie. V sedmdesátých letech, začala řada sociálních a právních aspektů široce omezovat jeho distribuci. V současnosti jsou indikace pro předpis amfetaminových léků omezeny pouze na léčbu poruchy pozornosti, narkolepsie a deprese. Amfetaminy jsou také využívány v léčbě obezity, ačkoli jejich účinnost a bezpečnost jsou pro tuto indikaci kontroverzní (Kaplan a Sadock's).

Budivé aminy jsou skupina drog zahrnující benzedrin (l-amfetamin), dexedrin (d-amfetamin nebo dexamfetamin) a metyl amfetamin (označovaný také jako metamfetamin). Na černém trhu se amfetaminy objevují v podobě bílého prášku nebo krystalů. Pro amfetaminy se užívá slangové označení speed.

Amfetaminy jsou oblíbené z důvodu jejich široké škály stimulačních účinků, které působí na podporu hovornosti, sebedůvěry, zvyšují energii, snižují vnímání prahu bolesti, navozují pocity pohody a zdraví, mají schopnost snižovat chuť k jídlu vedoucí ke snížení hmotnosti, odstraňují pocity únavy a potřebu spánku.

#### **Metamfetamin (pervitin)**

Metamfetamin, zástupce skupiny amfetaminů je chemicky pravotočivý fenyletylaminopropan a jeho účinky jsou větší než účinky ostatních amfetaminů. Syntéza



pervitinu je poměrně snadná (prekurzorem je efedrin nebo amfetamin) často bývá produktem domácích laboratoří.

Metamfetamin má spoustu různých označení, jako např. piko, peří, péčko a jiné. Lze se setkat i s označením "led" nebo "ice", kterého se užívá pro krystalický metyl amfetamin hydrochlorid, upravený ke kouření ve formě páry vzniklé po zahřátí. Led bývá obvykle velmi čistý.

Pervitin se aplikuje per os, intranasálně, intravenózně a někdy i kouřením. Běžné dávkování je 50-250 mg denně. Po aplikaci i.v. se účinek návykové látky dostavuje ihned, intranasální aplikací do 5-10 minut, po požití pervitinu per os se účinek dostavuje do 60 minut a přetrvává asi 8-24 hodin. Z těla je vylučován močí (převážně v nezměněném stavu) v časovém rozmezí i několika dní. Laboratorní průkaz je v moči detekovatelný až 14 dní při chronickém užívání. Biologický poločas rozpadu je 12-34 hodin (Postgraduální medicína, 2005).

## 1.2. Kokain

Je alkaloid jihoamerického keře *Erythroxylon coca* LAM. (koka pravá). Způsoby aplikace účinné látky kokainu jsou čtyři:

- Žvýkání kokových listů: žvýkači denně potřebují průměrně 25-50 gramů listů. Typické následky u žvýkačů koky se projevují jako páchnoucí dech, bledé rty, zelené zuby, zapadlé oči bez lesku, kruhy kolem očí, apatie, můžou se objevit i předčasné změny stárnutí.
- Intranasální: šňupání je nejčastější formou užívání kokainu v Evropě (často se provádí za pomoci srolované bankovky do ruličky). Dávky uživatelů pohybují od desetin gramu do 20-30 gramů denně.
- Intravenózní: denní dávky uživatelů jsou obdobné jaké u intranasální aplikace.
- Crack (chemicky volná base): cesta užití je inhalační. Jednorázová dávka se pohybuje v rozmezí 10-120 mg.

Účinek kokainu je krátkodobý, pokles euforického stavu nastává již po 30 minutách. Poločas eliminace je jen 0,7-1,5 hodiny (dle množství užití látky). V moči je kokain detekovatelný 12-24 hodin (Minařík, 2008).

### 1.3. Akutní a dlouhodobé účinky stimulačních látek

Základní společné účinky psychostimulancií jsou:

- Psychostimulační efekt
- Centrálně-analeptický efekt
- Anorektický efekt

Psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu) především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. V neposlední řadě také snižují chuť k jídlu. Naopak po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, který dominuje celkové vyčerpání, unavenost, bolest kloubů a není výjimečný ani několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s "vlčím" hladem a konzumací ohromného množství potravy.

Užívání stimulancií představuje zátěž pro celý organismus, po celou dobu účinku je připraven na vrcholový výkon, což se sníženou chutí k jídlu vede k velmi rychlému hubnutí. Realimentace z takového stavu je potom dlouhodobá a organismus se dostává do původní kondice až za několik měsíců abstinence. Návrat k původní hmotnosti po krátkodobém užívání je přibližně stejně rychlý jako její úbytek, což je varováním pro ty, kteří chtějí rychle zhubnout, protože kokain, pervitin i ostatní zástupci budivých aminů se řadí do skupiny léků s vysoce anorektickým účinkem. (Kalina a kol., 2003).

#### **Krátkodobé účinky**

Nejčastějšími nežádoucími projevy intoxikace je sucho v ústech, zvýšené pocení, přetížení krevního oběhu, bolesti na hrudi a v neposlední řadě také zvýšené riziko selhání srdce. Vysoká zátěž organismu a jeho následné vyčerpání, následuje stav útlumu s nepříjemnými pocity po odeznění účinku neboli dojezd. Objevují se také pohybové stereotypy, které jsou spojené s intoxikací (tzv. vykroucenost). Intoxikace je provázána úzkostnými stavy, strachem a stíhou. Typické jsou po požití stimulačních látek rozšířené zorničky s vymizelou reakcí zornic na světlo. Obvyklá bývá koncentrace na nějakou, mnohdy nesmyslnou činnost (záseky). Zrychlený tok myšlenek často souvisí s poklesem kvality.

## **Dlouhodobé účinky**

Účinky dlouhodobého užívání stimulačních látek mají mnohastupňový charakter. Nápadné může být rychlé a výrazné snížení hmotnosti. Neméně časté jsou halucinace, které jsou převážně sluchové, nebo se může projevit patologická změna myšlení v podobě bludů, typického persekucního charakteru, což je v odborné literatuře a terminologii nazýváno jako toxická psychóza.

### **1.4. Užívání stimulantů**

Běžní uživatelé stimulantů užívají pro všechny výše zmíněné skupiny efektů – pro dosažení delšího psychostimulačního efektu (zvýšení pozornosti, potlačení únavy, zvýšení sebevědomí, dosažení uvolnění a euforie), pro samotný skokový nástup stimulačního efektu (stav nazývaný užiteli „high“) pro účinek anorektický (mnoho uživatelů nebylo původně motivováno dosažením stimulačního efektu, ale udržením hmotnosti).

V medicíně jsou amfetaminy užívány jako prostředky ke snížení chuti k jídlu, k redukci hmotnosti, jejich psychoaktivní složka je využívána k potlačení bolesti a v neposlední řadě jsou také využívány v terapii poruchy snížené pozornosti s hyperaktivitou.

Medikamenty (např. concerta, ritalin) které se v lékařské praxi dnes běžně předepisují v terapii syndromu poruchy pozornosti (ADHD), obsahují látku metylfenidát (zástupce skupiny amfetaminů), proto v terapii syndromu hrozí vysoké riziko vzniku závislosti. Vzhledem k vysokému stimulačnímu efektu, jsou tyto léky řazeny do skupiny amfetaminů s vysokým potenciálem k jejich nadměrnému užívání a zneužívání bez lékařského předpisu (L. Chen et. al., 2015).

Mezi mladými ženami je převážně rozšířenice (zástupce skupiny amfetaminů), a to hlavně jako metoda rychlého hubnutí. To se může stát spouštěčem pozdější závislosti nebo doprovázet už existující poruchu příjmu potravy (Neale A. et al., 2009).

V přehledu literatury (Holderness et al., 2004) se objevují výsledky studie, které poukazují na fakt, že amfetaminy jsou častěji užívány jedinci trpící anorexií než bulimií (C. Gregowski, S. Seedat, G. P Jordan, 2013).

## 1.5. Léčebné intervence

U uživatelů stimulancií se léčebné intervence zaměřují na některý z následujících stavů:

- Zvládání akutní intoxikace
- Zvládání odvykacího stavu
- Zvládání paranoidně-halucinatorního syndromu při chronickém užívání („toxické psychózy“)
- Zvládání syndromu závislosti

### **Akutní intoxikace**

Příznaky intoxikace jednotlivými stimulanciemi jsou si podobné. Podle stupně intoxikace v klinickém obraze dominuje centrálně-stimulační efekt, s vyšším stupněm přibývají poruchy vnímání typu iluzí a halucinací (zejména vizuální a taktilní), paranoidně laděné myšlení až bludy, někdy ústící až v epizody násilného chování. Intoxikace vysokými dávkami se může rozvinout pod obrazem deliria. Znaky intoxikace stimulačními látkami jsou podle MKN-10: euforie a pocit zvýšené energie, zvýšená bdělost, velikášství, hrubé nebo agresivní jednání, labilita, hádavost, opakované stereotypní chování, sluchové, hmatové nebo zrakové halucinace, paranoia, tachykardie (může být i bradykardie), arytmie, hypertenze (někdy i hypotenze), pocení, zimomřivost, nauzea a zvracení, typické jsou rozšířené zornice, psychomotorická agitovanost, svalová slabost, bolest na hrudi a křeče. Znaky intoxikace přicházejí většinou do dvou dnů, psychotické komplikace trvají déle. V kritické fázi intoxikace může dojít k hyperpyrexii, šoku a křečím. Ke smrti dochází často v důsledku poškození srdečního svalu (infarkty, arytmie) nebo přímým toxickým efektem stimulancií.

### **První pomoc při akutních intoxikacích**

První pomoc při intoxikaci stimulačními látkami, zahrnuje obecné postupy jako při intoxikaci jinými návykovými látkami. Dělíme ji na předlékařskou, poskytovanou často nezdravotníkem před příchodem lékaře, a lékařskou, rozšířenou o náročnější postupy.

- Předlékařská první pomoc: posouzení ohrožení života, posouzení stavu vědomí, zabezpečení životních funkcí, zklidnění a transport do nemocnice s hospitalizací.

- Lékařská první pomoc: stabilizace, udržování a kontrola základních životních funkcí, rozpoznání intoxikace a detailnější diferenciální diagnóza, dekontaminace - zabránění dalšímu vstřebávání látky, urychlení její eliminace z organismu a podání antidot.

V případě intoxikace stimulanty, mohou být zvláštností komplikace při poskytování první pomoci způsobené výrazným neklidem a paranoidně zaměřeným myšlením intoxikovaného. V takovém případě může být obtíženo navázání kontaktu a možnosti poskytnutí předlékařské první pomoci se snižují.

### **Akutní intoxikace**

Terapie akutní intoxikace probíhá symptomaticky. Některé somatické příznaky jako tachykardie nebo hypertenze, bývají léčeny betablokátory nebo blokátory kalciových kanálů. Urychlení eliminace stimulantů z těla podporuje acidifikace moči. V případě záchvatů úzkosti a paniky přinesou rychlou úlevu benzodiazepiny. Někdy se objevují i křeče, které mohou přecházet až pod obraz status epilepticus a léčeny jsou stejně jako u běžné formy epileptického záchvatu (Kalina a kol., 2015).

Léčba závislosti spočívá v psychoterapii, která musí být dlouhodobá a zahrnovat kromě léčby závislosti i dlouhodobou podporu v abstinenci. Substituce u závislosti na psychostimulantech je komplikovaná. Rozporuplné jsou zkušenosti s metyphendiátem (Kalina a kol., 2008).

### **Detoxifikace**

Spočívá vzhledem k nepřítomnosti somatického odvykacího stavu ve vysazení drogy a symptomatické léčbě obtíží.

### **Toxická psychóza**

Počínající toxickou psychózu mohou pozitivně ovlivnit antipsychotika. Rozvinutá psychotická porucha se léčí podobně jako jiná psychotická onemocnění. Vždy je třeba zajistit důslednou abstinenci. Dlouhodobě přetrvávající mírné obtíže připomínající psychotickou symptomatologii mohou pozitivně ovlivnit atypická antipsychotika v subklinických dávkách. Pozitivní odpověď někdy přináší i užití antidepresiv ze skupiny SSRI.

## Odvykací stav

Odvykací stavy po vysazení stimulačních látek jsou obecně méně výrazné, a také v menší míře nepříjemné než odvykací stavy například po vysazení opioidů. V literatuře, kde je rozlišována psychická a somatická závislost, označuje tyto odvykací stavy jako psychické. Hlavní příznaky jsou rozepsány v tabulce 1. Běžně vrcholí za 2-4 dny, ustupují do 1 týdne. Nejzávažnějším stavem, jakým se může odvykací stav projevit je deprese, se všemi potenciálními důsledky, které deprese může mít.

Často uživatelé stimulačních látek (nejtypičtěji u pervitinu a kokainu) užívají ke konci tahu benzodiazepiny. V těchto případech jsou užívány dávky v takové frekvenci, že není vyžadována speciální detoxifikace. Tím ale není vyloučeno, že se možnost potřeby speciální detoxifikace u vyšších dávek nemůže vyskytnout.

Tabulka č. 1:

Znaky odvykacího stavu po odnětí stimulačních látek dle klasifikace MKN-10	
<ul style="list-style-type: none"><li>• letargie a únava</li><li>• psychomotorický neklid nebo agitovanost</li><li>• neodolatelná touha po látce</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• zvýšená chuť k jídlu</li><li>• nespavost nebo hypersomnie</li><li>• bizarní nebo nepříjemné sny</li></ul>

## Terapie odvykacího stavu

Příznaky po vsazení stimulancií odezní i bez farmakoterapie. V případě dlouhodobějšího stavu deprese je indikovaná antidepressivní terapie. (Kalina a kol., 2015)

Léčbu by v budoucnu měl zajišťovat multidisciplinární tým specialistů a adekvátní vybavenost pro léčbu poruch příjmu potravy a souvisejícího užívání "ice" (Neale A. et al., 2009).

## Akutní halucinatorně-paranoidní syndrom při užívání stimulancií

Komplikace, které pravidelně nastávají u uživatelů kokainu, jsou tzv. „toxické psychózy“ - odbornější termín pro tento stav je akutní halucinatorně-paranoidní syndrom. Komplikace může být výsledkem akutní intoxikace při užití vysoké dávky, ale typičtěji se objevuje jako projev chronického předávkování. V klinickém obraze dominuje různě výrazný perzekuční blud (od relativně nenápadného podezření, že se kolem děje něco jinak, a že veškeré okolní dění se vztahuje k osobě uživatele až po plně vytvořený

perzekuční bludný systém), někdy je doplněný poruchami vnímání (sluchovými, taktilními i zrakovými iluzemi a halucinacemi), orientace a silnou úzkostí. Důsledkem může být také agresivní akt zaměřený vůči vlastní osobě či okolí, při dlouhodobějším trvání bludu i různě ucelený systém obranného chování včetně ozbrojování. Navázání kontaktu s pacientem v tomto stavu je velmi obtížné až nemožné, podobně jako u jiných poruch s perzekučními bludy. Vzhledem k výrazné podobnosti klinického obrazu se schizofrenií či s bludovou poruchou, k tajení informací o užití drogy, bývá toxická psychóza velmi často nerozpoznána a uživatelé stimulancí bývají diagnostikováni jako schizofrenici.

### **Terapie a první pomoc**

Vzhledem k minimální spolupráci pacienta je ovlivnění poruchy komplikované. Léčba je obtížná podobně jako u všech jiných poruch s bludy. Pokusy o uklidnění v akutní fázi nebývají často úspěšné a terapie je tak omezena na minimalizaci rizika ublížení sobě nebo okolí a farmakologické tlumení psychofarmaky s rychlým nástupem účinku. Eliminace drogy z těla a následná abstinence vzniklou situaci zcela nevyřeší - paranoia po chronickém předávkování trvá týdny někdy i měsíce. (Kalina a kol., 2015)

## **2. Poruchy příjmu potravy**

### **2.1. Úvod do tématu poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy jsou charakterizovány jako poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Jedná se o neustálé zabývání se jídlem na úkor jiných sociálních aktivit a naléhavé kontrolované výživy. Onemocnění se často vyskytuje hlavně u dospívajících dívek. Na jeho rozvoji se spolupodílejí mechanismy biologické, psychologické a sociokulturní. Výskyt těchto onemocnění má vzestupný trend a tendenci k chronifikaci s častými exacerbacemi. (Babiaková, Marková, 2006)

Mnozí lidé se snaží zhubnout za pomoci různých redukčních strategií. To, jakou cestu k redukci váhy si zvolí, je ovlivněno různými faktory. Například začnou více konzumovat ovoce a zeleninu a omezí přísun sladkostí a cukru. Jinou, nezdravou metodou hubnutí, může být vynechávání jídla, jeho vyvracení nebo užívání laxativ. Metoda hubnutí, jakou si jednotlivec vybere, závisí na druhu vnitřní motivace. V jednom případě může jít o tlak společnosti a touhu být více atraktivní. V druhém případě může jít o zdravotní rizika jednotlivce, potřeba získat více energie a cítit se celkově lépe. Touha po štíhlejší postavě,

z důvodu atraktivnějšího zevnějšku, může jedince spíše zavádět k nezdravým hubnoucím strategiím.

Existuje spousta důležitých psychosociálních proměnných, které je třeba u těchto jedinců brát v potaz. Například, obézní lidé používají metodu přejídání, jako odpověď na stresové situace. U těchto jedinců je potřeba se na tyto stresové faktory a situace zaměřit. Nízké sebevědomí je spojováno s rizikovým chováním, jako je užívání alkoholu, poruchy příjmu potravy nebo rizikové sexuální chování.

## 2.2. Historie

Termín anorexie v historii poprvé použil Galén ve 2. století našeho letopočtu. První zmínka o dívce, která dobrovolně zemřela hladem, pochází ze 14. století. Avšak první klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie, jsou datovány do 17. století. Nejdokonalejší popis choroby je přikládán anglickému lékaři Richardu Mortonovi (1637 - 1698). V jeho díle „Phthisiologia“, popisuje takzvané „nervové opotřebení“. Ve světové literatuře je uváděn jako „první portrétista mentální anorexie“

Podle Platóna znamená anorexie osvobození od žádostivosti, chtivosti, podle Hippokrata nedostatek požitku z jídla a dnes je tímto termínem míněna ztráta chuti k jídlu. Použití termínu anorexie svádí k chybnému závěru, že hlavní podstatou onemocnění je nechutenství a nikoliv vědomé a záměrné odmítání jídla z obavy ze ztloustnutí a z touhy po chorobné vyhublosti. Termín mentální anorexie byl všeobecně přijat koncem 19. století. Od té doby bylo o anorexii publikováno mnoho odborných článků a monografií.

Naproti tomu o bulimických syndromech jsou v literatuře jen sporadické zmínky. Avšak už v době antického Říma bylo ve vznešených vrstvách společnosti jídlo konzumováno v nadměrném množství. Přejídání spojené se zvracením, bylo obecným jevem. Tento způsob obžerství byl již v roce 65 před naším letopočtem popsán Senekou slovy: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli“.

Termín bulimia nervosa poprvé použil v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel. Tuto poruchu specifikoval jako: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí“ (Papežová, 2010).



### 2.3. Typy poruch příjmu potravy

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

Patří sem mentální anorexie (F50.0), atypická mentální anorexie (F50.1), mentální bulimie (F50.2), atypická mentální bulimie (F50.3), přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4), zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5), jiné poruchy příjmu potravy; pica - abnormální chutě, psychogenní ztráta chuti k jídlu (F50.8) a porucha příjmu potravy nespecifická (F50.9) (MKN-10, 2014).

### 2.4. Mentální anorexie

Je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vykytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. (Krch, 2005)

#### **Atypická mentální anorexie**

Poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopравňuje k této diagnóze. Například některý z klíčových faktorů jako strach ze ztloustnutí nebo amenorea nejsou přítomny, ale výrazný váhový úbytek a chování, směřující k redukci váhy. Tato diagnóza by neměla být použita, pokud má pacient nějakou somatickou chorobu spojenou s hubnutím. (MKN-10, F50, 2014)

### **Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F 50.0)**

- Tělesná hmotnost je udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>3</sup>) a nižší. Prepubertální pacienti nespĺňují během růstu očekávaný hmotností přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z podpůrných prostředků k rychlejšímu hubnutí: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik, diuretik a nadměrné cvičení.

### **Vymezení dle DSM-IV**

Za přednost DSM-IV lze považovat rozlišení restriktivního a bulimického specifického typu MA. U anorektiček bulimického typu se obvykle můžeme setkat s mnohem bohatší obecnou psychopatologií od poruch nálady až po závislost na alkoholu a někdy i s odlišnou osobností strukturou. S tím souvisí komplikovanější a dlouhodobější průběh choroby, častější relapsy a menší odezva na terapii. DaCosta a Halmi (1992) shrnují, že podle většiny studií se u anorektiček bulimického typu častěji vyskytuje drogová závislost, sebevraždy, sebepoškozování a emoční labilita.

Při stanovení diagnózy mentální anorexie je důležité vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. S anorektickými rysy se lze setkat i u některých toxikomanů, kteří obvykle trpí nechutenstvím, jsou vyhublí a některé navíc může jejich vyhublost uspokojovat.

## **2.5. Mentální bulimie**

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Gerad Russel (1979) publikoval článek k popisu příznaků třiceti pacientů. Pro vymezení mentální bulimie navrhnul tři základní kritéria:

- silná a nepřekonatelná touha se přejídat
- snaha zabránit tloustnutí vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ, nebo obojím
- chorobný strach z tloušťky (Krch, 2005).

## **Atypická mentální bulimie**

Poruchy splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu. Například, mohou být recidivující záchvaty přejídání a nadměrného používání laxativ bez markantní změny váhy, nebo mohou být nepřítomny typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla (MKN-10, F50, 2014).

### **Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F 50.2)**

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat inzulín.
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

### **Vymezení dle DSM-IV**

- Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Charakteristika záchvatovitého přejídání: konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku, než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době. Nebo pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody.
- Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky nebo cvičení v nadměrné míře.
- Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- Sebehodnocení nepřiměřené závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

## 2.6. Specifické typy poruch příjmu potravy

Jsou dle klasifikace DSM-IV uvedeny jako poruchy příjmu potravy, které nesplňují kritéria pro specifické onemocnění (Kaplan a Sadock's, 1998).

Dělíme je na:

- purgativní typ, který provádí pravidelné zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika
- nepurgativní typ, který drží přísné diety, hladovky nebo intenzivně cvičí (Krch, 2005).

**Ke specifickým typům poruch příjmu potravy jsou řazeny:**

### 1) Záchvatovité přejídání

Často se pro termín také používá anglický název binge eating, u kterého na rozdíl od bulimie, mají jedinci sklony k obezitě. Zdravotní důsledky jsou obvykle vycházející z vysokého energetického příjmu tj. obezita, diabetes mellitus 2. Typu, vysoký krevní tlak a vysoká hladina cholesterolu, iktus, rakoviny, osteoartritida, onemocnění jater a žlučníku a gynekologické potíže (např. abnormální menstruace či neplodnost).

### 2) Kompulzivní přejídání

Charakterizováno je jako souběžné příznaky záchvatovitého přejídání a bulimia nervosa. Na rozdíl od bulimie není součástí poruchy zvracení, což způsobuje přibírání na váze. Mezi symptomy patří epizody přejídání bez pocitu hladu, pocit studu a znechucení nad vlastním jednáním. Kompulzivní přejídání je často provázeno obezitou a může být příčinou vzniku řady jiných somatických onemocnění (SAMSHA, 2011).

## 2.7. Epidemiologie

Poruchy příjmu potravy různého druhu byly hlášeny až u 4 procent dospívajících a mladých dospělých studentů. Mentální anorexie byla častěji hlášena během posledních několika desetiletí než v minulosti, s rostoucím počtem zpráv o výskytu onemocnění u prepubertálních dívek a mužů. Nejčastější období nástupu mentální anorexie je puberta, ale až u 5 procent anorektických pacientů se počátek vzniku onemocnění vyskytuje okolo dvaceti let. Výskyt mentální anorexie se odhaduje přibližně u 0,5 až 1 procenta dospívajících dívek a nastává 10-20 krát častěji u žen než u mužů. Prevalence mladých

ženy s některými symptomy mentální anorexie, ale které nespĺňují diagnostická kritéria, se odhaduje na téměř 5 procent. Zdá se, že výskyt onemocnění je nejčastější v rozvinutých zemích, a to může být způsobeno vidinou s největší frekvencí u mladých žen v profesích, které vyžadují štíhlost, jako jsou modelky nebo baletky (Kaplan a Sadock's, 1998).

## **2.8. Etiologie vzniku**

U pacientek s mentální anorexií a bulimií se často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Podle Hsu (1990) kolem 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy (Krch, 2005).

V letech 2010 - 2012 byly publikovány výsledky sledování klientek léčených v programu Slunečnicová zahrada Centra pro rodinu Drop In, o.p.s., který spočívá v komplexní multidisciplinární péči o matky - uživatelky drog. Analýza byla zaměřena na výskyt traumatické zátěže a psychopatologie ve vztahu k užívání drog. V souboru bylo 75 žen s průměrným věkem 35 let, z nichž 36 užívalo jako primární drogu pervitin, 35 heroin a 4 alkohol. Bylo zjištěno, že 44 % bylo někdy obětí fyzického týrání, 29 % domácího násilí, 65 % bylo zanedbáváno, 95 % prožilo emoční trauma. Některá z poruch osobnosti byla diagnostikována u 21 % souboru, z čehož porucha příjmu potravy u 8 % (s výrazně vyšším 14 % výskytem u uživatelky pervitinu). Ze závěrů vyplývá, že zkušenost s traumatem zvyšuje výskyt psychiatrické komorbidity, řešení symptomů posttraumatické stresové poruchy v léčbě redukuje problémy s užíváním drog a tento efekt přetrvává po léčbě a že léčba zvýšila subjektivně vnímanou kvalitu života (Mravčík, 2014).

## **2.9. Léčba**

Déletrvajícím hladověním postupně vznikají zdravotní problémy, které vyžadují vyhodnocení lékařem (praktický lékař, pediatr nebo jiní specialisté dle typu vzniklých problémů). Případy, které se podaří časně zachytit, mohou být zvládnuty v primární péči. Významnou podporou v léčbě poruchy příjmu potravy může být praktická sestra, která také zároveň může kontrolovat váhu. V případě selhání krátkodobé intervence je nutné doporučení klienta do specializovaného centra. V některých případech je také důležité psychologické poradenství. V rámci psychologického poradenství může být doporučena rodinná terapie, protože právě rodina hraje důležitou roli během rozvoje onemocnění. Existují i programy, které pracují s více rodinami najednou. Ve světě jsou tyto programy využívány častěji, protože v odborné literatuře byla dostatečně prokázána jejich účinnost.

Poruchy příjmu potravy vedou často k izolaci a pocitu osamocení, což situaci ještě zhoršuje. Někdy pomáhá kontakt se stejně postiženými ve svépomocných skupinách. Výzkum prokázal jejich účinnost především u bulimických problémů a u svépomocných organizací pracujících s odborníky. Neměly by ale suplovat léčbu závažnějších případů a v případě neúčinnosti vlastního postupu včas navrhnout další kroky.

Existují také kluby pro rodiče lidí s poruchou příjmu potravy. Celkově je v léčbě nutná komplexní péče s nárůstem váhy, práce s rodinnou, jejími potřebami a postoji. Neúčinné jsou extrémní postoje - pouhé zaměření na váhu nebo pouze psychoterapie v době podvýživy. Psychoterapie nemůže být účinná v době nejhorší podvýživy, protože ohrožení života podvýživou mění schopnost pracovat s novými informacemi a na změně chování. Léčba je založena na aktivní spolupráci klienta a terapeuta. Zaujetí jídlem a váhou zakrývá problémy a pochybnost postiženého o vlastní ceně (Papežová, Hanusová 2012).

Ačkoli psychosociální intervence, včetně psychoedukace, individuální terapie, rodinné terapie a skupinové terapie, jsou považovány za hlavní části úspěšné léčby v léčbě pro mentální anorexii, podpůrných důkazů z výsledků léčby je zanedbatelné množství (J. Yager et al., 2006).

Léčba poruch příjmu potravy není jednotvárná, protože neexistuje jediná příčina, a tak nemůže existovat jediná léčebná metoda, lék nebo postup. Léčba se vyvinula empiricky a dále se vyvíjí (Papežová, Hanusová 2012).

V rámci farmakologie jsou klientům nasazována antidepresiva, antipsychotika a jiné medikamenty jako lithium carbonate. Dále farmakologie zahrnuje doplňování vitamínů a hormonální léčbu. Mohou být také používány podpůrné léky, například anxiolytika, které se podávají před jídlem, pro snížení anticipační úzkosti ze stravování. Doplňková léčba zahrnuje podávání estrogenů, vápníku a vitamínu D v prevenci osteoporózy a osteopenie (J. Yager et al., 2006).

## **2.10. Faktory komplikující diagnostiku a léčbu**

Poruchy příjmu potravy, ať již ve formě mentálně anorektické nebo formě bulimické, představují dobovou psychopatologii, kterou někteří autoři zařazují mezi tzv. civilizační choroby. Ačkoliv jednotlivé případy jsou v písemnictví popsány již před stoletími, jde o onemocnění, které nepochybně patří k druhé polovině 20. století.

Onemocnění během svého vývoje změnilo charakter. Zatímco v 60. a 70. letech převažovala hlavně mentální anorexie, v letech 80. a 90. se setkáváme mnohem více s mentální bulimií. Velmi častý je takový průběh poruchy, kdy onemocnění začne jako mentální anorexie a přejde do mentální bulimie. Výskyt poruch příjmu potravy u mladých žen a dívek stoupá. Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek je uváděna mezi 0,7-2,1% s vrcholem výskytu kolem 14. roku a mentální bulimie 2-4,5% s vrcholem vzniku kolem 18 roku. Mentální anorexie představuje u adolescentních dívek ve věku mezi 15. - 19. rokem třetí nejčastější chronické onemocnění. Tato čísla se týkají pouze plně rozvinutých klinických obrazů, zatímco rozšíření subklinických forem poruch příjmu potravy lze očekávat v mnohem větší míře.

Onemocněním poruchou příjmu potravy jsou ohroženy například modelky nebo gymnastky. Při takovém rozšíření uvedené poruchy lze počítat s tím, že se onemocnění může kombinovat s dalším psychickým či somatickým onemocněním. U poruch příjmu potravy lze komorbidity rozdělit na poruchy psychotické a somatické. Mezi nejdůležitější komorbidity psychické poruchy patří deprese, obsedantně kompulzivní porucha a problematika závislostí, ze somatických pak diabetes mellitus (Kohoutek J., Kocourková J., 2000).

### **3. Duální diagnóza**

Je označována jako souběžný výskyt duševního onemocnění a poruch spojených s užíváním návykových (psychotropních) látek, běžně označovaný jako komorbidita či duální diagnóza. Problematika duálních diagnóz, není novým jevem. V posledních letech je však tento problém stále častěji předmětem politických a odborných diskusí, protože je zřejmé, že postihuje velký a pravděpodobně rostoucí počet lidí.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje komorbiditu nebo duální diagnózu jako "souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince". Podle Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) je jako pacient s duální diagnózou označována "osoba, která má problémy spojené se zneužíváním alkoholu nebo drog vedle další diagnózy, obvykle psychiatrické, např. poruchy nálad, schizofrenie" (UNODCCP, 2000). Jinými slovy, komorbidita v této souvislosti znamená dočasnou koexistenci dvou nebo více duševních poruch nebo poruch osobnosti, z nichž jednou je problémové užívání návykové látky (EMCDDA, 2004).

Je všeobecně známo, že užívání návykových látek, odvykací stavy a závislost, mohou vést ke zhoršení psychiatrických nebo psychotických symptomů nebo syndromů. Naopak také psychiatrické poruchy mohou vést k užívání návykových látek a závislosti. To může být způsobeno třemi možnými způsoby:

- Užívání drog může způsobit jeden nebo více příznaků poruchy duševního zdraví a to buď krátkodobé (např. amfetaminy - psychózy) nebo mohou vyvolat dlouhodobou duševní poruchu (např. konopí a schizofrenie).
- Duševní poruchy mohou vést k sebemedikaci (např. amfetaminy - zmírnění stavů deprese).
- Nebo se překrývají: vrozené poruchy mozky, genetické predispozice, časně vystavení stresu nebo traumatu (EMCDDA, 2013).

V praxi se opakovaně setkáváme s kombinací návykové nemoci a poruchy příjmu potravy, deprese a úzkostné stavy, dissociální porucha osobnosti, narcistická porucha, patologické hráčství a opakované dekompenzace psychotických onemocnění související se zneužíváním alkoholu, konopí, pervitinu nebo halucinogenních drog (Kalina et al., 2005).

### **3.1. Etiologie vzniku duální diagnózy**

V praxi je velmi komplikovaně odlišitelné, které ze dvou, souběžně probíhajících, onemocnění se začalo vyskytovat dříve. Stávající výzkum příčinných vztahů mezi duševními poruchami a poruchami způsobenými užíváním návykových látek je neprůkazný. Symptomy duševní poruchy a problémy drogové závislosti vstupují do interakce a vzájemně se ovlivňují.

Výsledky výzkumu naznačují, že duševní poruchy a poruchy osobnosti se obvykle objevují dříve než poruchy způsobené užíváním návykových látek, takže zvyšují náchylnost k takovým problémům. Užívání drog může také zhoršit duševní poruchy nebo se tyto problémy vyskytují souběžně.

Na užívání drog lze také nahlížet jakožto na součást či symptom duševní poruchy nebo poruchy osobnosti a pokus pacienta sám si naordinovat léčbu. Úlevný účinek těchto látek při úzkostných stavech podceňuje vznik závislosti. Když pacient přestane drogu užívat, například začne abstinovat nebo se podrobí substituční léčbě, mohou se příznaky



opět objevit. Akutní psychózy se navozené drogami se vyskytují zvláště u osob užívajících kokain, amfetaminy a halucinogeny a obvykle rychle ustupují (EMCDDA, 2004).

### **3.2. Diagnostika duální diagnózy**

Komorbiditu není snadné diagnostikovat a psychiatrickým pracovištěm, jakož i dalším zařízením poskytujícím léčbu uživatelů drog, se často nedaří ji u pacientů identifikovat. Akutní psychiatrické syndromy komorbidního klienta, který vyhledal léčbu v souvislosti s užíváním drog, mohou být zaměněny za symptomy navozené psychoaktivní látkou a naopak jevy spojené s abstinencí nebo intoxikací mohou být nesprávně vykládány jako psychiatrické onemocnění. Rutinní vyhodnocení psychiatrických poruch mezi uživateli drog na začátku léčby se zdá být spíše výjimkou než pravidlem. V důsledku toho mnozí klienti s komorbiditou zahajují drogovou léčbu bez toho, aby se jim dostalo léčby zaměřené na jejich problémy v oblasti duševního zdraví. I když je komorbidita diagnostikována, často se k ní při následné péči nepřihlíží, nebo, jak je tomu v případě oddělení, její diagnostikování vede k léčbě, která nezohledňuje současné užívání drog. Přesto se však některým psychiatrickým a dalším zařízením poskytujícím služby uživatelům drog daří dosahovat dobrých výsledků u komorbidních pacientů, pokud mají odborné znalosti v obou oblastech nebo spolu těsně spolupracují (EMCDDA, 2004).

### **3.3. Léčba**

U klienta s duální diagnózou je třeba léčit jak návykovou poruchu, tak i jiný duševní problém. Taková léčba je mnohem efektivnější než léčba pouze pro návykovou nemoc nebo léčba pouze pro duševní poruchu. Léčba může být následná (obvykle nejdříve v jednom zařízení pro návykovou nemoc, a pak v jiném pro duševní poruchu, návyková nemoc je často naléhavější a její zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii), souběžná (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení) a integrovaná (v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy). Nejlepší z daných typů léčby je pravděpodobně integrovaná léčba, není však známo, že by v současnosti působilo v České republice zařízení specializované na léčbu těchto pacientů, i když řada zejména psychiatrických zařízení poskytujících pomoc závislým musí ve většině či menší míře brát v úvahu vysoký podíl pacientů s duální diagnózou. (Kalina et al., 2005)

## 4. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci

Literatura uvádí dvě různé varianty kauzálního vztahu mezi návykovou nemocí a jinou duševní poruchou.

### **Duševní porucha -> návyková nemoc**

Závislost na návykové látce nebo jiná návyková choroba se objevila u klienta, který už předtím trpěl jinou duševní poruchou. Takový výskyt návykové choroby je vyšší než v běžné populaci a to se týče i výskytu poruch příjmu potravy.

### **Návyková nemoc -> duševní porucha**

V tomto případě se duševní nemoc manifestovala už u jedince, který návykové látky zneužíval nebo byl na nich závislý.

Obecně lze říci, že většina duševních problémů zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci i léčbu. Výskyt komorbidit poruch příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu nebo drogách patří mezi jednu z nejčastěji se vyskytujících komorbidit v praxi. Tato duální diagnóza se objevuje častěji u žen. (Kalina et al., 2003)

### **4.1. Porucha příjmu potravy a závislost**

Je všeobecně známo, že větší úroveň užívání nelegálních stimulačních látek, jako kokain a amfetamin je mezi jedinci trpící bulimií, a to i častěji než mezi jedinci vykazující pouze známky anorexie.

Holderness a kol., našli u 20-25% bulimiček v anamnéze abúzus alkoholu a drog. Wiserman a kol., zkoumali 218 pacientek s poruchou příjmu potravy. Celkem u 38 pacientek našli závislost na návykových látkách a předcházející jídelní poruchu, u 71 pacientek naopak jídelní poruše předcházela závislost. Celkem 109 pacientek trpělo pouze poruchou příjmu potravy. U pacientek s komorbiditou našli vyšší počet psychiatrických poruch, jako například obsedantně kompulzivní poruchu, panickou poruchu a sociální fobii, než u nemocných bez závislosti. V České republice zjišťovala výskyt PPP u pacientek léčených pro závislost Pecinovská v roce 1999. Zjistila mentální bulimii u 16,9% pacientek přijatých k první léčbě a u 25,4% přijatých k léčbě opakované.

Existují společné rysy závislosti na návykových látkách a poruchy příjmu potravy. Nalézáme zde nadměrné zaujetí až ovládací myšlenku na jídlo a váhu na straně jedné a zaujetí návykovou látkou na straně druhé. U mentální bulimie nacházíme impulsivitu, ztrátu kontroly nad jídlem s následnými pocity viny. Ty jsou někdy odstraněny pomocí alkoholu. Návyková látka budivého charakteru, pervitin či kokain, bývá pro svůj anorektický účinek zneužíván k redukci hmotnosti. (Kohoutek J., Kocourková J., 2000)

V průměru asi 20% bulimiček uvádí užívání psychoaktivních látek (jiných než alkohol) v současnosti nebo v minulosti. Procento bulimiček, které uvádí úzus drog nebo drogovou závislost v současnosti, nebo v minulosti nebo bylo pro drogovou závislost léčeno, se v různých studiích pohybuje od nuly do 55% (Holderness et al. 1994). Bulik et al. (1992), kteří sledovali 42 hospitalizovaných bulimiček a 29 anorektiček zjistili, že s kokainem mělo zkušenost 21,4% bulimiček a 3,8% anorektiček. Bulimičky také častěji užívaly amfetaminy, alkohol a kouřily. Lze předpokládat také, že nechutenství a "utýraný" vzhled toxikomanek mohou být pro některé dospívající dívky přitažlivé a posilovat jejich zájem o drogy. (Krch, 2005)

Proti většině studií, které se zabývají komorbiditou PPP a abúzu psychoaktivních látek, lze mít řadu metodologických výhrad od velikosti vzorku až po způsob vymezení poruchy. V případě závislosti může být závislost zaměňována za úzus.

## **C. Praktická část výzkumná studie**

### **5. Použité metody**

#### **5.1. Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek**

Cílem dotazníkového šetření je popsat, jaké procento výzkumného souboru uživatelů stimulačních látek zároveň vykazuje známky poruchy příjmu potravy např. strach z tloušťky, přejídání, omezování se v jídle, vyvracení žaludečního obsahu nebo užívání podpůrných prostředků v procesu zrychleného snižování váhy. Daná kritéria vypovídající o známkách PPP jsou převzata z Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Dále jsem se zaměřila na zjištění výskytu častějšího onemocnění, zdali se u výzkumného souboru častěji vyskytují známky poruchy příjmu potravy bulimia nervosa nebo anorexia nervosa.

#### **5.2. Metody získávání dat**

K realizaci výzkumu bylo využito kvantitativní dotazníkové studie. Dotazníkové šetření bylo provedeno pomocí papírových dotazníků, které obsahovaly sedm uzavřených otázek s volbami odpovědí pouze ANO nebo NE.

Dotazníky byly skupinám respondentů rozdávány během odpoledního volna nebo před zahájením ranní komunity. Všechny skupiny dotazovaných byly před samotným zahájením vyplňování seznámeny s důvodem dotazníkového šetření pro studijní účely. Následně byli poučeni o anonymitě údajů. K vyplnění dotazníku jsem vyzvala pouze klienty závislé na stimulačních látkách. Pro větší návratnost a ochotu klientů s vyplňováním dotazníku jsem se dohodla s vedením Psychiatrické léčebny na udělení čtvrt bodu v rámci nastaveného bodovacího systému pro klienty v léčbě.

Výzkum probíhal v období od 30. prosince 2014 do 1. června 2015. K povolení výzkumu jsem žádala svého vedoucího práce, ředitele a primáře psychiatrické léčebny, s nímž jsem se dohodla na realizaci výzkumu a jeho provedení.

První dotazování proběhlo 30. prosince 2014, během kterého se podařilo vybrat celkem 36 dotazníků. Během prvního sběru dat byla oslovena skupina respondentů mužských oddělení ještě před začátkem ranní komunity. Skupině respondentů ženského oddělení byly dotazníky rozdávány až během odpolední komunity. Předtím, než byly

jednotlivé skupiny vyzvány k zahájení vyplňování dotazníků, byly seznámeny s důvodem dotazníkového šetření pro studijní účely. Vyplňování klientům zabralo maximálně 10 minut.

Během dalšího dotazování, které proběhlo 20. března 2015, byly všem skupinám respondentů dotazníky rozdávány v dopoledních hodinách před obědem. V tomto případě byla skupina respondentů odkázána, s odevzdáním dotazníku, na sesternu. Tentokrát se podařilo sebrat celkem 30 dotazníků.

Třetí a zároveň poslední dotazování proběhlo 1. června 2015, které probíhalo ve stejných krocích jako šetření předešlé (20. března). Během tohoto posledního dotazování se podařilo sebrat celkem 43 dotazníků.

### **5.3. Výzkumné otázky**

1) Jaké procento klientů v Psychiatrické léčebně Červený dvůr vykazuje známky poruchy příjmu potravy?

2) Jaká porucha se u zkoumaného vzorku respondentů pravděpodobně vyskytuje častěji?

### **5.4. Nominace výzkumného souboru**

Stěžejním předpokladem pro zúčastnění se studie byla hospitalizace v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a závislost na stimulačních látkách (diagnózy F.15.2).

### **5.5. Metody analýzy dat**

Data byla sesbírána pomocí papírových dotazníků, která byla přepsána do programu Microsoft Excel a následně Microsoft Word. Papírové dotazníky byly po vyhodnocení zlikvidovány a dále bylo pracováno pouze s elektronickými daty v počítači. Metody analýzy dat jsou popisně statistické. Data byla následně sumarizována a zpracována do grafů.

### **5.6. Průběh výzkumného šetření**

Sběr dotazníků byl realizován třemi osobními návštěvami v Červeném Dvoře v půlročním časovém rozmezí. Časové rozmezí šest měsíců jsem zvolila záměrně z důvodu získání většího výzkumného vzorku. V průběhu dotazování jsem byla přítomna osobně pro případné zodpovězení dotazů.

## 5.7. Výzkumný soubor

V průběhu studie jsem oslovila 312 klientů, z tohoto počtu, pro zařazení do výzkumu bylo vhodných celkově 109 respondentů, 66 mužů a 43 žen, tedy 34,94% všech dotázaných.

Jediným kritériem pro zařazení do souboru byla hlavní diagnóza syndromu závislosti na stimulantech. V dotazníkovém šetření se nadále nebyla zohledňována žádná jiná kritéria, vzorek byl hodnocen bez ohledu na věk nebo výskyt další vedlejší diagnózy. Větší četnost mužů je v tomto případě způsobena, větší mužskou obsazeností v léčbě, která se skládá ze dvou mužských a pouze jednoho ženského oddělení.

Na tabulce č. 1 je vyobrazen stručný přehled, celkového počtu oslovených klientů během všech tří návštěv.

klientů celkem	312
odpovědí celkem	109
Ženy	43
Muži	66

## 6. Etické normy a pravidla výzkumu

Hlavním předpokladem zařazení respondentů do výzkumné studie byla dobrovolnost. Všichni respondenti byli srozuměni s anonymitou dotazníkové studie, tedy nikde nebylo vyplňováno jméno, ani jiné osobní údaje, které by mohly napomáhat k jejich identifikaci. Jedinou podmínkou bylo označení pohlaví z důvodu kvalitnějších výsledků studie. Během vyplňování dotazníků jsem byla přítomna pro případ nepochopení otázky a jejího objasnění.

## 7. Výsledky výzkumu

Během prvního dotazování podmínky pro zařazení do výzkumu splňovalo celkem 36 respondentů, 14 žen a 22 mužů. Celková obsazenost klientů v léčbě v den dotazování

30. prosince 2014, byla 100 klientů, tedy podmínky pro zařazení do studie splňovalo 36% všech klientů. V průběhu druhého dotazování podmínky splňovalo 30 respondentů, 14 žen a 16 mužů. Obsazenost lůžek byla v tento den 111 klientů, podmínky tedy splňovalo 27,03 % ze všech klientů, kteří byli 20. března 2015 v léčbě. Během poslední, třetí návštěvy se mi do výzkumu zařadilo dalších 43 respondentů, 15 žen a 28 mužů. V daný den 1. června 2015 bylo hospitalizováno celkem 101 klientů. Podmínky pro zařazení do výzkumu tentokrát splňovalo 42,57 % všech hospitalizovaných.

### **7.1. Výzkumná otázka č. 1:**

Jaké procento klientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr vykazuje známky poruchy příjmu potravy?

Po vyhodnocení dotazníkového šetření, jsem se pokusila zjistit, jaké procento z dotázaných respondentů vykazuje alespoň nějaké známky poruch příjmu potravy. Odpovědi na otázky však nejsou zřetelné diagnostické metody, ale mohou naznačovat výskyt poruch příjmu potravy nebo zvýšený potenciál jejich vzniku.

#### **Tvorba grafů:**

Grafy byly u všech otázek tvořeny stejným způsobem. První graf u každé z otázek, obsahuje v levém sloupci údaj o celkovém počtu respondentů (109) a v pravém sloupci údaj o počtu respondentů, kteří se na danou otázku vyjádřili kladně, toto číslo je následně převedeno na procenta a je uvedeno v horní části grafu.

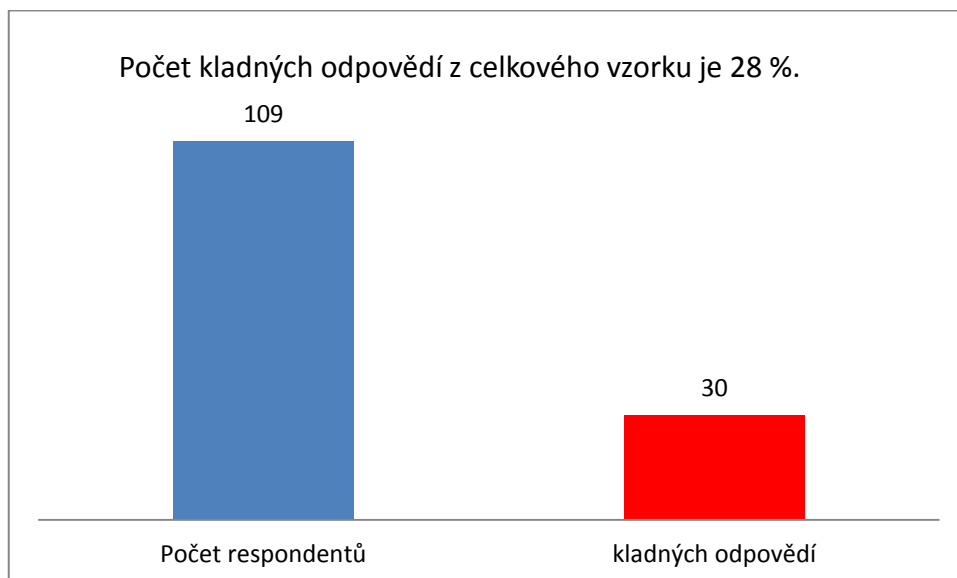
Druhý graf obsahuje čtyři sloupce, přičemž v levé části (první dva sloupce) je vždy uveden vzorek respondentů ženského pohlaví. První sloupec tedy obsahuje celkový počet žen, které se dotazníkového šetření zúčastnily, druhý sloupec obsahuje údaj o počtu žen, které se v jisté otázce vyjádřily odpovědí ANO, a ty jsou převedeny na procenta. Následující dva sloupce obsahují data o počtu respondentů mužského pohlaví a sled číselného záznamu je stejný, jako v případě ženského vzorku. Třetí sloupec obsahuje údaj o celkovém počtu zúčastněných mužů a poslední sloupec počet kladně vyjádřených mužů a následně také převeden na procenta.

Záměrem tohoto šetření bylo zjistit, jaké znaky ve vztahu k poruchám příjmu potravy uživatelé stimulačních látek vykazují častěji.

### Otázka č. 1: Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou příjmu potravy?

Na grafu č. 1 jsou uvedena data celého výzkumného souboru respondentů a počet kladných odpovědí na otázku číslo 1. Kladně se k první otázce vyjádřilo celkem 30 respondentů, což činí 28%.

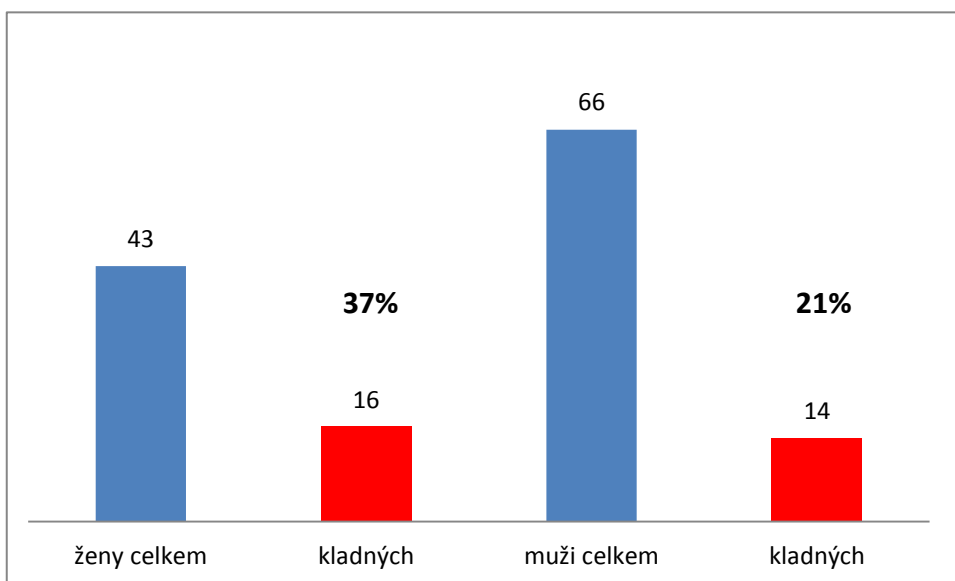
Graf č. 1: celkový počet respondentů, kteří se domnívají, že by mohli trpět PPP.



Na grafu č. 2 jsou rozděleny hodnoty respondentů mužského a ženského pohlaví samostatně. Počet žen, které se vyjádřily kladně k první otázce, bylo celkem 16, procentuálně 37% ze všech zúčastněných žen. Ve vzorku respondentů mužského pohlaví odpovědělo kladně 14 mužů, což činí 21 % ze všech mužských odpovědí.



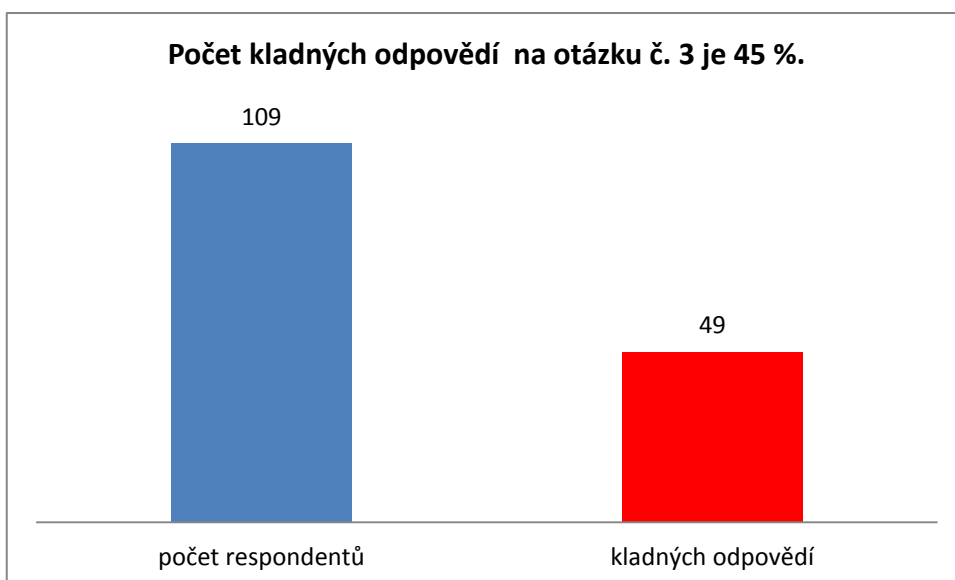
Graf č. 2: odpovědi mužských a ženských respondentů zvlášť.



### Otázka č. 2: Trpíte „žravostí“?

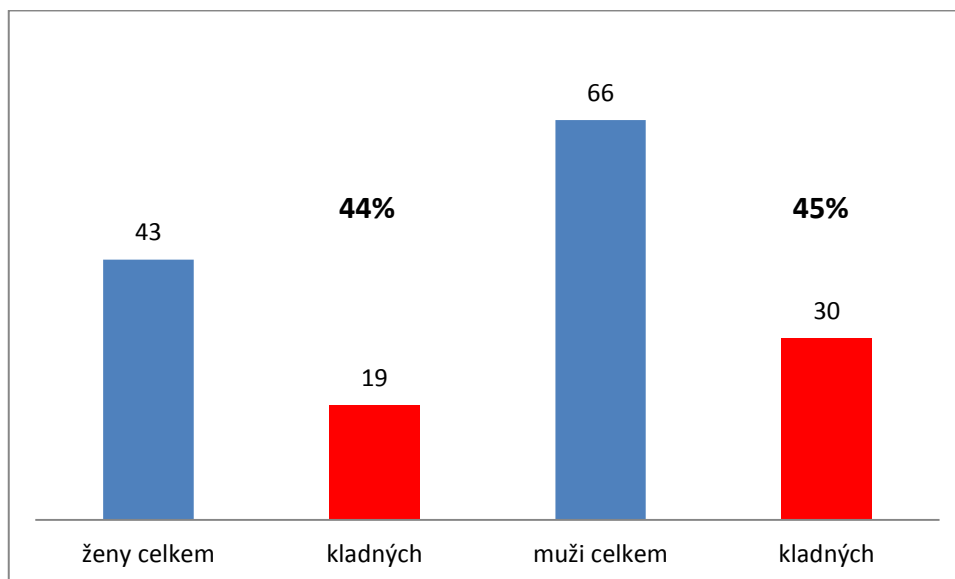
Graf č. 3 znázorňuje počet respondentů z celého výzkumného vzorku a jejich počet kladných odpovědí na druhou otázku dotazníku. Ve výsledku bylo získáno 49 kladných odpovědí (45 %).

Graf č. 3: počet kladných odpovědí na otázku č. 3.



Na grafu číslo 4 je uvedeno opět celkové množství respondentů ženského a mužského pohlaví samostatně. Kladně se k této otázce vyjádřilo 19 žen (44 %) a 30 mužů (45 %).

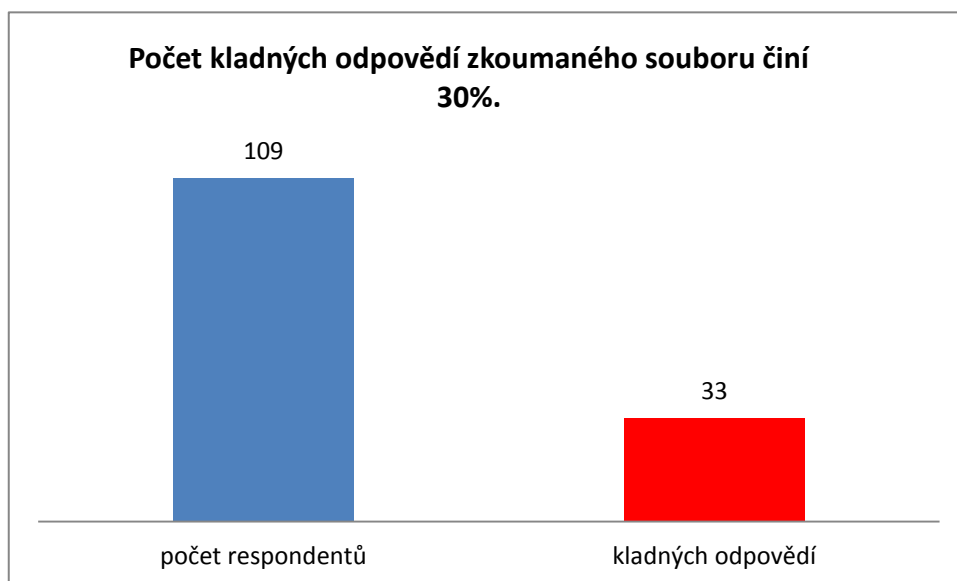
Graf č. 4: kladné odpovědi na otázku číslo 2 ze vzorku mužů a žen samostatně.



### Otázka č. 3: Už jste někdy jídlo záměrně vyzvracel/a?

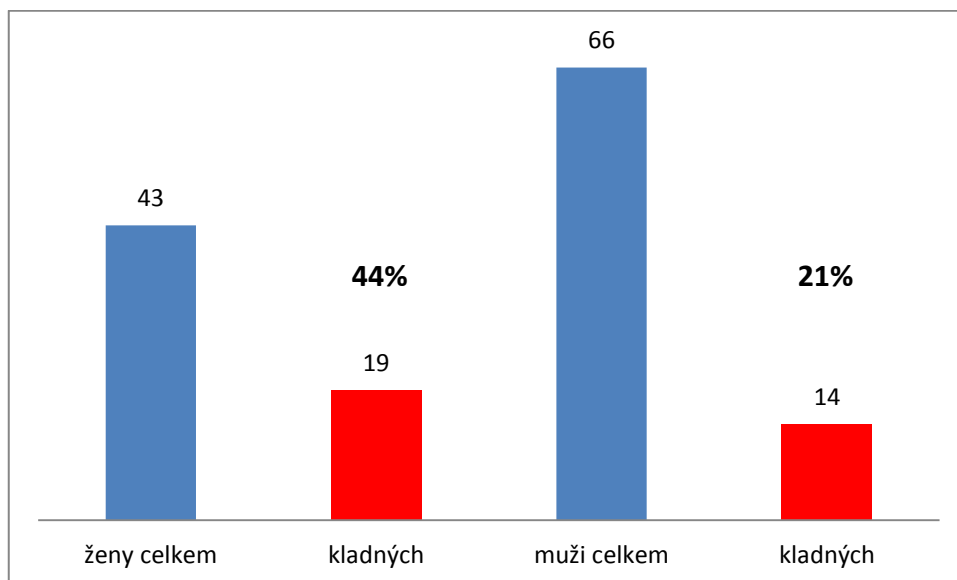
Kromě odpovědí ANO - NE se celkem třikrát v dotazníku objevila doplňující odpověď. Jednou respondent, mužského pohlaví, svoje záměrné zvracení odkazuje na bolest, kdy mu pročištění přineslo značnou úlevu. Ve dvou dalších případech, tentokrát z řad žen, se jednalo o intoxikaci alkoholem. Na grafu č. 5 je uvedeno celkové množství respondentů kladně odpovídajících na otázku číslo tři. Celkem kladně odpovědělo 33 respondentů, což je 30 % výzkumného souboru, toto procento je uvedeno v horní části tabulky.

Graf č. 5: Počet kladných odpovědí na otázku č. 3 celkem.



Na grafu č. 6 je uvedeno množství kladně odpovídajících žen 19, což je 44% všech žen, které se šetření zúčastnily. Z respondentů mužského souboru se kladně vyjádřilo 14 mužů, tedy 21 %.

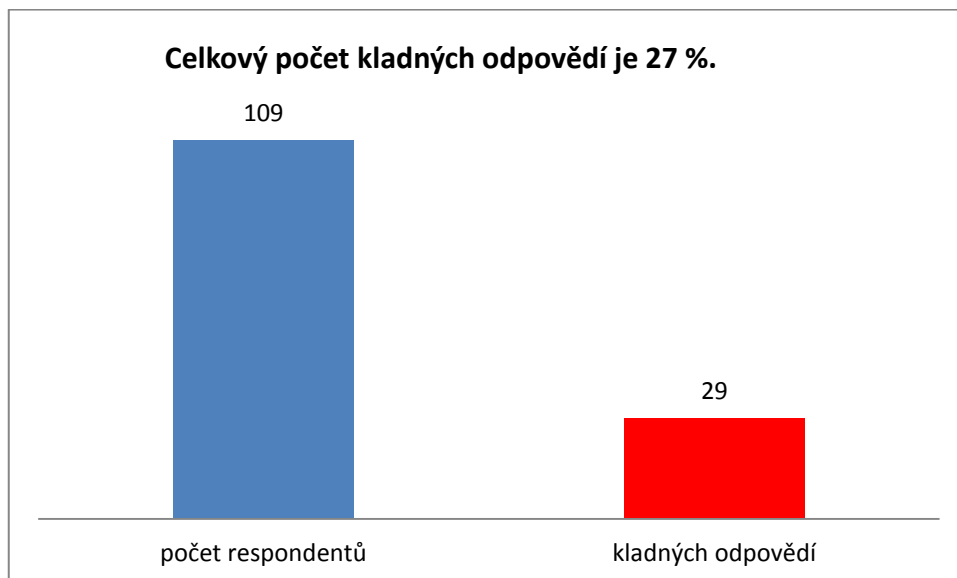
Graf č.6: počet kladně odpovídajících žen a mužů zvlášť na otázku č. 3



#### Otázka č. 4: Jíte celkově málo?

Graf číslo 7 uvádí získaná data z celého výzkumného souboru respondentů a počet kladných odpovědí na otázku číslo 4. Kladně se ke čtvrté otázce dotazníkového šetření vyjádřilo 29 respondentů, tedy 27%.

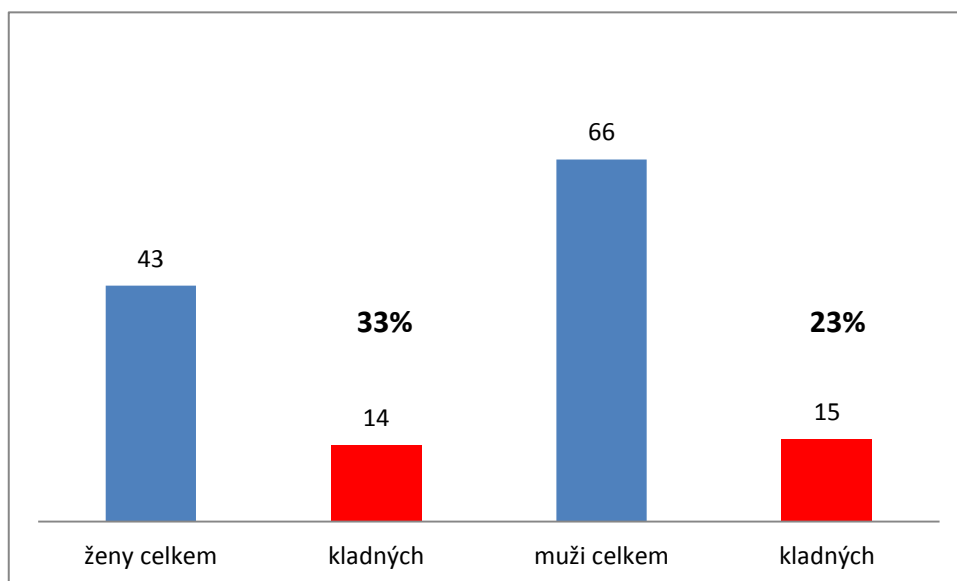
Graf č. 7 celkový počet kladných odpovědí na otázku číslo 4.



Na grafu č. 8 je uvedeno množství kladně odpovídajících žen z celkového vzorku ženského souboru na otázku číslo 4, kladně se k této otázce vyjádřilo 14 žen, což je 33%.

Z respondentů mužského souboru se kladně vyjádřilo 15 mužů, tedy 23 %.

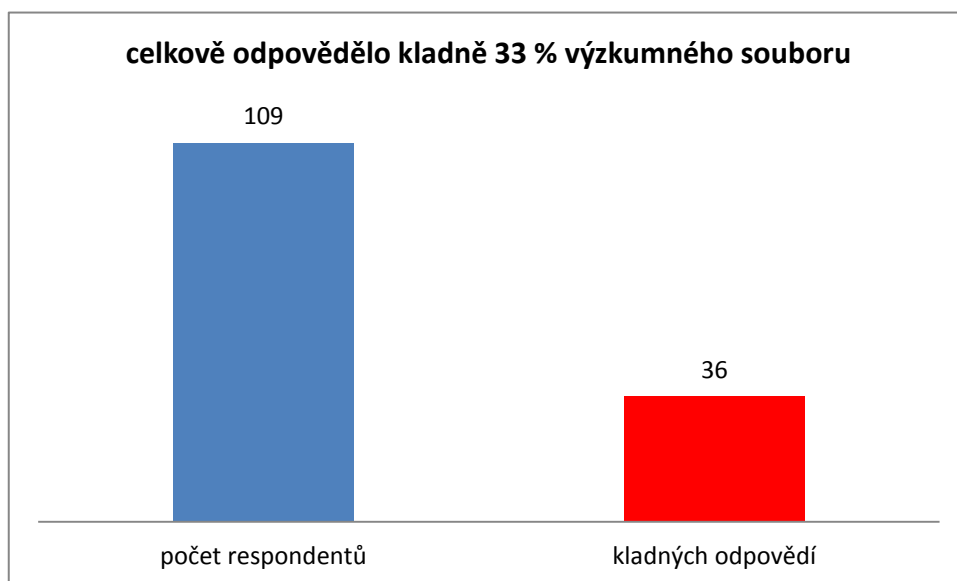
Graf č. 8: počet kladně odpovídajících respondentů mužského a ženského souboru.



**Otázka č. 5: Zhoršily se Vaše problémy, spojené s jídlem, po vysazení drogy v průběhu léčby?**

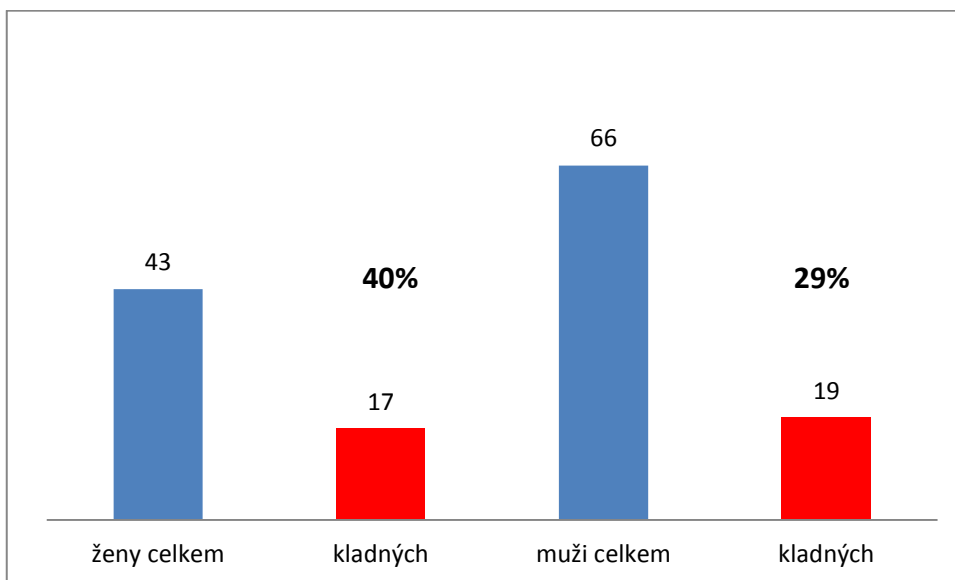
Pozornost jsem také věnovala procentu klientů, u kterých došlo ke změně stravovacích návyků v léčbě. Na grafu č. 9 je uvedeno celkové množství kladných odpovědí na 5, kladně odpovědělo celkem 36 respondentů (33 %).

Graf č. 9: celkový počet kladných odpovědí na 5 otázku.



Na grafu č. 10 je uvedeno množství kladně odpovídajících žen 17, což je 40% všech žen, které se šetření zúčastnily. Z respondentů mužského souboru se kladně vyjádřilo 19 mužů, tedy 29 %.

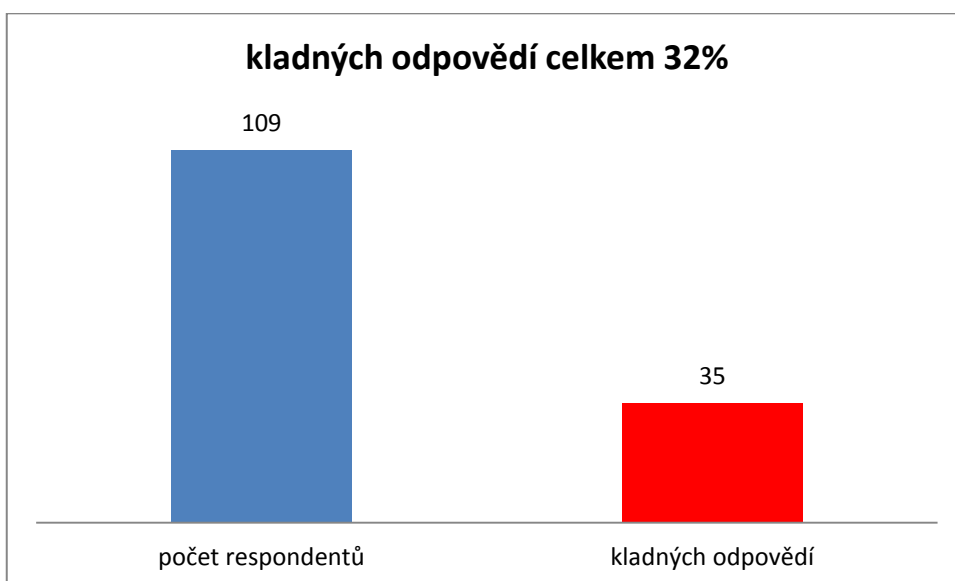
Graf č. 10: počet kladných odpovědí na 5 otázku rozdělený dle pohlaví.



#### Otázka č. 6: Myslíte si, že přibírání na váze by u Vás mohlo vést k relapsu?

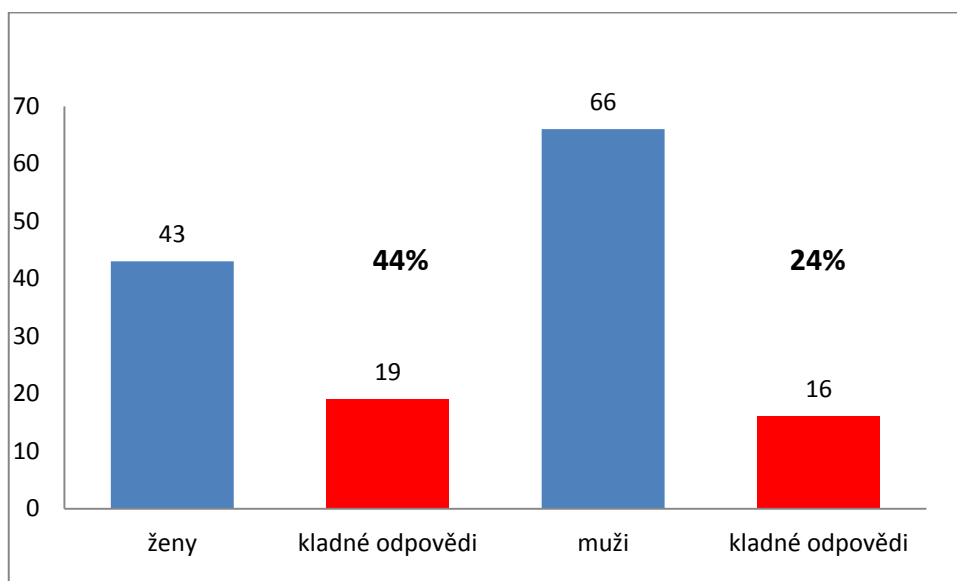
Důležité jsem také shledala procento klientů, u kterých by v důsledku vysazení stimulačních látek mohlo nastat riziko relapsu. Celkem odpovědělo kladně 35 respondentů (32 %).

Graf č. 11: celkový počet kladných odpovědí na otázku č. 6.



Jak lze vidět na grafu č. 12, kladně se k 6 otázce vyjádřilo 19 žen (44%), z jejichž a ze vzorku respondentů mužského pohlaví 16 mužů (24%).

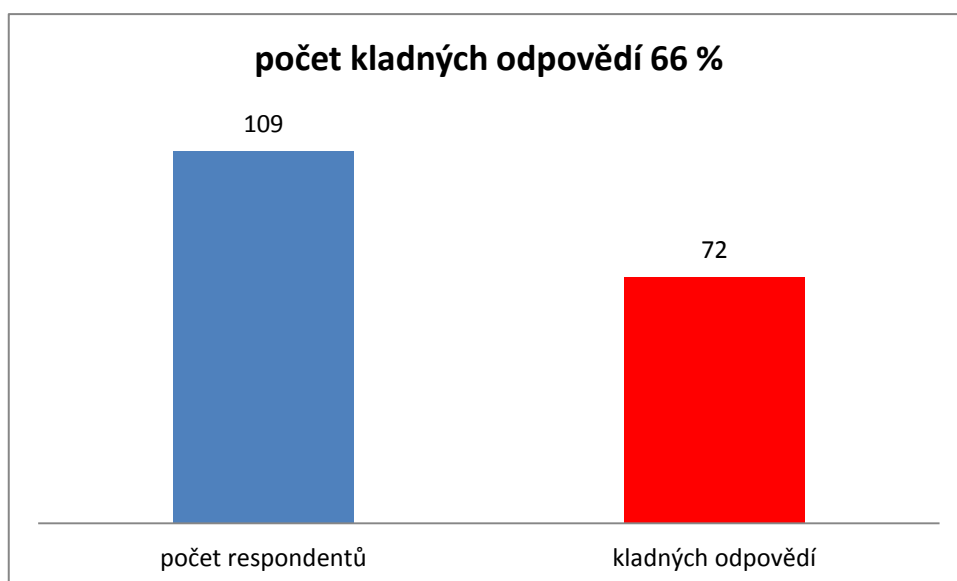
Graf č. 12: přehled odpovědí na 6 otázku dle pohlaví respondentů.



**Otázka č. 7: Už Vás někdy napadlo, že užíváním stimulancí dosáhnete štíhlejší postavy.**

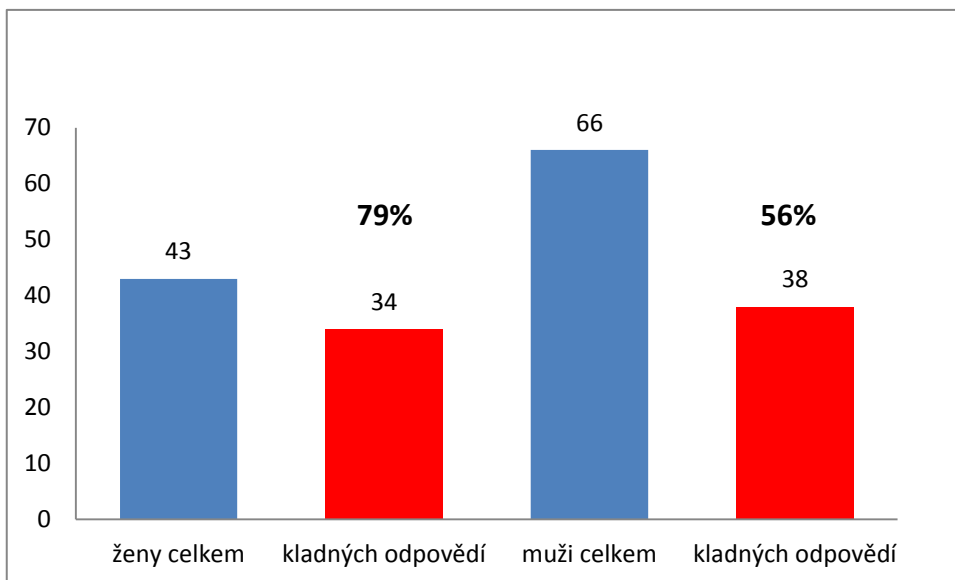
Ze zkoumaného vzorku odpovědělo kladně na poslední otázku celkem 72 respondentů (66 %) tyto hodnoty jsou uvedeny na grafu č. 13.

Graf č. 13: celkový počet kladných odpovědí na 7 otázku.



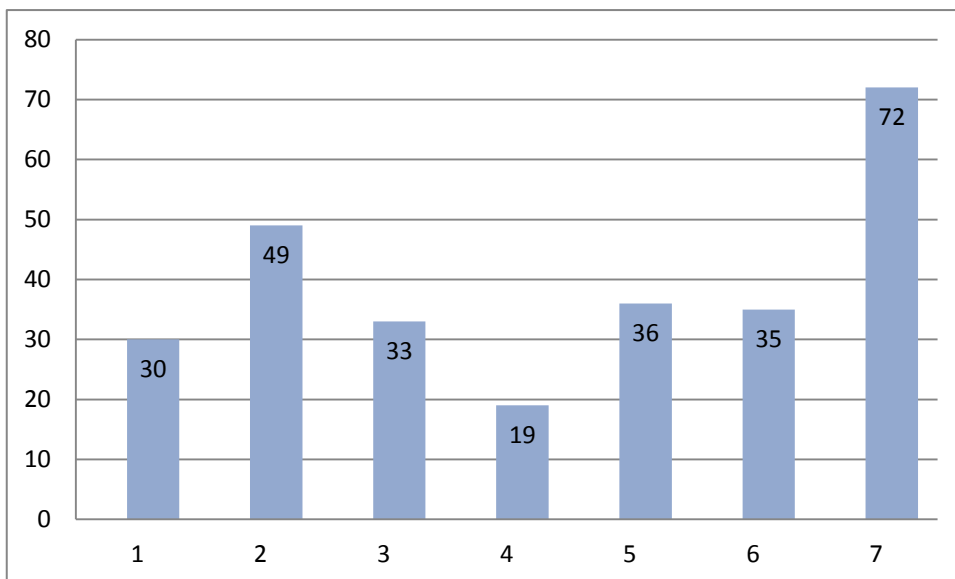
Na grafu č. 14 je uvedeno kolik respondentů ženského a mužského pohlaví odpovědělo kladně na poslední, sedmou otázku dotazníkového šetření. Žen odpovědělo kladně celkem 34, téměř 80 % ze všech dotázaných. Respondentů mužského vzorku odpovědělo kladně celkem 38, což činí 56%.

Graf č. 14: počet kladných odpovědí na 7. otázku, muži a ženy.



### **Celkové shrnutí všech odpovědí.**

Graf č. 15 počet kladných odpovědí na jednotlivé otázky.





Jak je vidět z grafu číslo 15 nejvíce kladných odpovědí bylo získáno na sedmou otázku (Už Vás někdy napadlo, že užíváním stimulancií dosáhnete štíhlejší postavy) dotazníkového šetření, na kterou z celého výzkumného vzorku kladně odpovědělo 72 respondentů (66 %). Jako druhou nejčastěji označovanou odpovědí byla otázka č. 2 (Trpíte „žravostí“?) na kterou kladně odpovědělo téměř 49 respondentů (45 %). Třetí nejčastěji označovaná odpověď byla na otázku č. 5 (Zhoršily se Vaše problémy, spojené s jídlem, po vysazení drogy v průběhu léčby?) na kterou kladně odpovědělo 36 respondentů (33 %). Následovala otázka číslo 6 (Myslíte si, že přibírání na váze by u Vás mohlo vést k relapsu?) s 35 kladnými odpověďmi (32 %). Na otázku číslo 3 (Už jste někdy jídlo záměrně vyzvracel/a?) odpovědělo kladně 33 respondentů (30 %). Druhou nejméně označovanou odpovědí byla otázka č. 1 (Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou příjmu potravy?), kterou odpovědí ano označilo celkem 30 dotázaných (28 %) a nejméně označovanou odpovědí byla otázka č. 4 (Jíte celkově málo?) na kterou z celkového souboru respondentů odpovědělo kladně 29 z dotázaných (27 %).

## **Výzkumná otázka č. 2:**

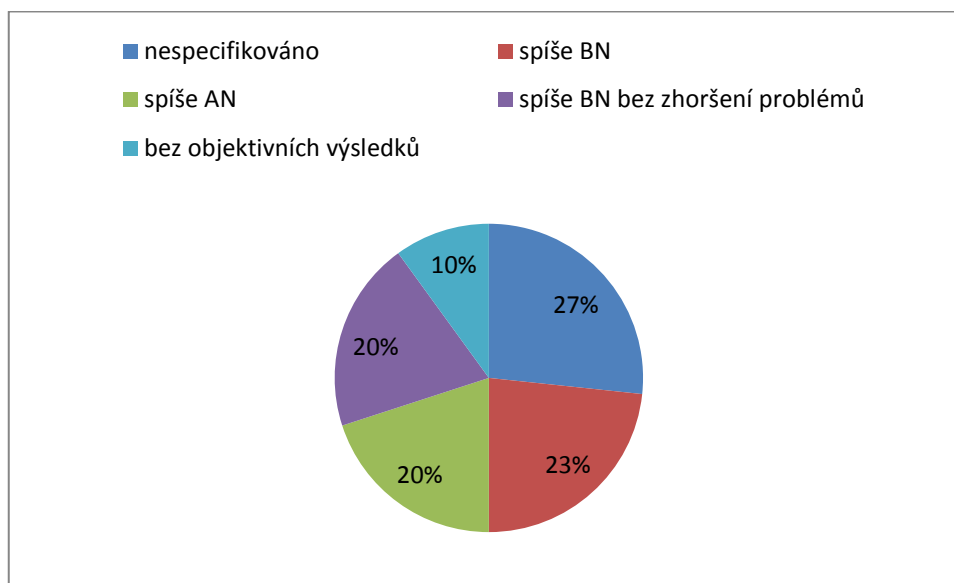
Jaká porucha se u zkoumaného vzorku respondentů pravděpodobně vyskytuje častěji?

Nezbytnou nominací respondentů pro získání odpovědi na druhou výzkumnou otázku byla odpověď na otázku č. 1 v dotazníku. (Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou příjmu potravy?) Z celkových 109 dotazníků, jsem získala třicet, ve kterých se klienti domnívali, že by mohli trpět nějakou poruchou příjmu potravy. Dále jsem srovnávala odpovědi těchto respondentů s odpověďmi na další otázky, které by mohly být vypovídající o chorobě, která je u těchto klientů pravděpodobnější. Otázky číslo 1 a 2 jsou spíše vypovídající o onemocnění bulimia nervosa, otázka číslo 4 spíše o anorexii nervosa. Ostatní otázky by mohly provázet obě onemocnění ve stejné míře. Proto jsem zvolila metodu nejčastější kombinace odpovědí a spočítala jsem, kolikrát klienti, kteří se domnívali, že mají nějakou PPP, odpovídali v kombinaci s dalšími otázkami, jejichž odpovědi by mohly vypovídat o typu jejich onemocnění. Samozřejmě pokud budu vycházet z obecně známých faktů, které jsou uvedené v textu, je užívání stimulancií s anorektickým účinkem vyšší u bulimických pacientů či výskytu obou onemocnění souběžně, nežli jen u anorektických.

## **Kombinace nejčastějších odpovědí**

Dílním předpokladem zařazení respondentů do výzkumného vzorku byl jejich subjektivní pocit nebo vědomí (diagnostika) o vzniklém onemocnění poruchy příjmu potravy. Vycházela jsem tedy z množství kladných odpovědí na první otázku v dotazníkovém šetření. Zároveň, také všichni označili kladně otázku číslo 7, tedy už je někdy napadlo, že by užíváním stimulačních látek, mohli dosáhnout štíhlejší postavy. Na grafu číslo 16 jsou v procentech uvedeny pravděpodobné hodnoty vyskytující se znaků pro možný výskyt a zvýšené pravděpodobné riziko vzniku poruchy příjmu potravy ve zkoumaném vzorku respondentů.

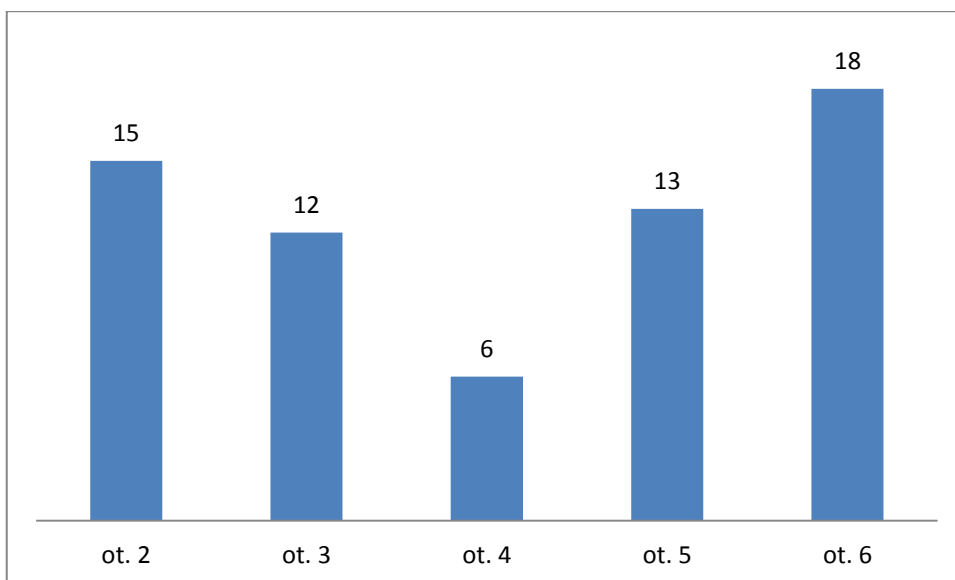
Graf č. 16: kombinace nejčastějších odpovědí.



Kombinace odpovědí 1 a 7 se ve výsledku ukázala jako nejčastěji označovaná, uvedlo ji celkem 27% respondentů. Podle těchto dvou zjištěných odpovědí, ale nelze vyvodit, pro kterou PPP by vzorek mohl vykazovat větší pravděpodobnost vzniku. Z tohoto důvodu jsem tuto skupinu označila jako nespécifickou. Dále se tedy budu věnovat pouze otázkám 2 - 6. Druhou nejčastější kombinací, kterou označilo 23% zkoumaného vzorku, bylo označení kladných odpovědí na otázky 2, 3, 5 a 6 (kromě otázek 1 a 7, kterou kladně označil celý soubor). Uvedli, že trpí žravostí a jídlo už někdy záměrně vyzvraceli. Skupina respondentů této skupiny odpověděla, že se jejich stravovací návyky během

pobytu v léčbě zhoršili, a také by u nich mohlo, v důsledku vysazení stimulancií, zvýšení hmotnosti vést k relapsu. Skupina respondentů třetí nejčastěji označované kombinace, kterou uvedlo 20 % zkoumaného vzorku, označila možností ano otázky 4, 5 a 6 (včetně 1 a 7). Tato skupina tedy uvedla, že jí celkově málo, jejich stravovací návyky se v průběhu léčby zhoršily a přibírání na váze by u nich mohlo vést k relapsu. Čtvrtou nejčastější kombinaci, označilo také 20 % respondentů, označeny byly kladně možnosti odpovědí 2, 3 a 6. Skupina tedy uvedla, že trpí žravostí, jídlo už někdy záměrně vyzvracela a přibírání na váze po vysazení stimulancií by u nich také mohlo způsobit relaps. Nejméně označovanou kombinací bylo kladné označení možnosti, včetně otázek 1 a 7, na otázku č. 2, tedy trpí žravostí. Tuto kombinaci uvedlo 10 % výzkumného souboru.

Graf č. 17: nejčastější odpovědi ve zkoumaném vzorku.



Nejčastěji vzorek výzkumného souboru odpovídal kladně na otázku č. 6, tato možnost byla označena 18 krát, druhá nejčastější odpověď byla otázka č. 2 s 15 kladnými odpověďmi. Třetí nejčastější označovaná otázka byla otázka č. 5, která se objevila celkem 13 krát, následuje otázka č. 3, kterou označilo 12 respondentů, a nejméně často se objevila odpověď na otázku č. 4, kterou kladně označilo pouze 6 respondentů.

## Diskuze:

Počet klientů na odděleních v Červeném Dvoře není zcela vyvážený, oddělení jsou seskupena ze dvou mužských a jednoho ženského, proto je vzorek respondentů mužského pohlaví větší. Z tohoto důvodu není úplně jednoduché četnost odpovědí mužů a žen srovnávat. Nicméně po porovnání výsledků samostatného ženského a mužského vzorku se daly vyvodit alespoň teoretické hypotézy.

Většina odpovědí v dotazníku se dá také zpochybnit subjektivním pohledem respondenta na sebe samého. Klient může mít pocit, že trpí nějakou poruchou příjmu potravy, ale bez ověřitelných znaků, pro diagnostiku tohoto onemocnění. Klient by mohl vycházet například z toho, že mu v daný den nebylo dobře nebo měl špatnou náladu a označil odpověď kladně jen v důsledku současného pocitu, který není dlouhodobý. Je těžko zjiřitelné, jaké množství jídla je pro jedince mnoho, tedy může mít subjektivní dojem, že trpí žravostí nebo se naopak stravuje málo. Vycházím také z odpovědí na druhou otázku dotazníkového šetření, která zjišťovala, zda daný respondent trpí žravostí, na níž jako jedinou odpověď kladně více mužů než žen. U třetí otázky by mohlo být rozporuplný nezjištěný záměr, za jakým jedinci ze zkoumaného vzorku jídlo zvraceli. V tomto případě se mohlo jednat o patologie v souvislosti se somatickým onemocněním (bolest, nevolnost). Někteří z respondentů vpisovali do dotazníků doplňující odpovědi, kdy se jednalo například o vyvracení žaludečního obsahu ve stavu intoxikace alkoholem. Je pravděpodobné, že z důvodu stavu opilosti se tento jev objevil u více z klientů, kteří na danou otázku odpovídali kladně. V případě páté otázky by mohlo být diskutabilní, z jakých důvodů se stravování u daných respondentů zhoršilo. Možností, která se mi nabízí, může být například jiná časová doba podávání jídel. Nezanedbatelné procento se také objevilo u klientů, kteří u šesté otázky projeví obavu rizika relapsu v důsledku přibírání na váze. Vhodné by možná bylo zaměřit se na další postupy v léčbě těchto klientů. Ve shrnutí na grafu č. 15 je zřetelné, s jakou četností byly jednotlivé otázky zodpovídaný. Nejčastěji skupina respondentů označovala kladně poslední sedmou otázku, která se ptala na anorektický účinek stimulancií. Téměř 80% kladných odpovědí, které byly získány od žen a téměř 60% od mužů, by mohlo naznačovat typologii záměru užívání z důvodu snižování hmotnosti, zároveň ale toto vysoké procento může znamenat povědomí o účinku v důsledku nabyté osobní zkušenosti.

Druhá výzkumná otázka podala odpověď na pravděpodobnější výskyt znaků k jednotlivým onemocněním. Vycházela jsem z charakteristiky znaků, které by mohly být

pro onemocnění typičtější. Otázky 2 (trpím žravostí) a 3 (jídlo jsem už někdy vyzvracel/a) by mohly být spíše vypovídající o poruchách směřujících k onemocnění bulimia nervosa, vzhledem k podobnosti s diagnostickými znaky, za kterých se toto onemocnění v praxi určuje. Skupina respondentů, která kladně označila čtvrtou otázku (jím celkově málo), by mohla být zase náchylnější k anorektickému chování.

## **Závěr**

Otázky obsažené v dotazníkovém šetření nejsou postaveny podle diagnostických znaků určujících typ onemocnění. V mnoha případech tyto onemocnění provází stejné příznaky nebo se onemocnění dokonce překrývají, proto výsledky nejsou vypovídající o výskytu poruch příjmu potravy mezi pacienty léčenými v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, spíše jen odhadují procento pacientů, pro které téma tělového schématu a PPP je důležité. To samo o sobě nemusí určovat patologický znak. Výsledky mohou spíše znamenat zvýšený potenciál toho, že se téma tělového schématu, hmotnosti a příjmu potravy může v budoucnu u daného člověka komplikovat.

Na základě kombinací odpovědí jsem se pokusila určit, které charakteristické znaky onemocnění se ve zkoumaném vzorku vyskytují častěji. Více se vyskytovaly znaky odpovídající ke zvýšené náklonnosti k bulimickému chování. K přesnějším výsledkům by však bylo zapotřebí podrobnější studie.

Všechny položené otázky v dotazníkovém šetření kladně odpovídaly ženy s větší četností. Pouze na druhou otázku podali více kladných odpovědí muži. To je potvrzující zjištění, které vypovídá o tom, že vztah k poruchám příjmu potravy je u žen opravdu vyšší.

## 8. Zdroje informací:

*Clients with substance use and eating disorders* [online]. 2011 [cit. 2015-06-26]. Dostupné z: <http://store.samhsa.gov/product/Clients-With-Substance-Use-and-Eating-Disorders/SMA10-4617>

*Co-morbidity: In EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway* [online]. 2004 [cit. 2015-06-25]. ISSN 2315-1463. Dostupné z: [emcdda.europe.com](http://emcdda.europe.com)

*Co-morbid substance use and mental disorders in Europe a review of the data* [online]. Luxembourg: Publications Office, 2013 [cit. 2015-06-25]. ISBN 978-929-1686-711. ISSN 978-92-9168-671-1.

*Časopis postgraduální medicína: taneční drogy 2*. Praha: postgraduální medicína, 2004. ISSN 1212-4184.

GLASNER-EDWARDS, Suzette, Larissa J. MOONEY, Patricia MARINELLI-CASEY, Maureen HILLHOUSE, Alfonso ANG, Richard RAWSON a The Methamphetamine Treatment PROJE. Bulimia Nervosa Among Methamphetamine Dependent Adults: Association With Outcomes Three Years After Treatment. *Eating Disorders* [online]. 2011, **19**(3): 259-269 [cit. 2015-07-14]. DOI: 10.1080/10640266.2011.566149.

CHEN, Lian-Yu, Rosa M. CRUM, Eric C. STRAIN, Silvia S. MARTINS a Ramin MOJTABAI. Patterns of concurrent substance use among adolescent nonmedical ADHD stimulant users. *Addictive Behaviors* [online]. 2015, **49**: 1-6 [cit. 2015-06-25]. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.05.007.

GREGOROWSKI, Claire, Soraya SEEDAT a Gerhard P JORDAAN. A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry* [online]. 2013, **13**(1) [cit. 2015-07-14]. DOI: 10.1186/1471-244x-13-289.

23) KAPLAN, Harold I a Benjamin J SADOCK. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams, c1998, xv, 1401 p. ISBN 06-833-0330-9.

JEFFERS, Amy, Eric G. BENOTSCH a Stephen KOESTER. Misuse of prescription stimulants for weight loss, psychosocial variables, and eating disordered behaviors. *Appetite*. 2013, (vol. 65): 8-13. DOI: 10.1016/j.appet.2013.01.008. ISSN 01956663. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666313000287>

KALINA, Kamil a Benjamin J SADOCK. *Klinická adiktologie: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil et al., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

*Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy* [online]. 2004 [cit. 2015-06-25]. ISSN 1725 - 8480. Dostupné z: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44768\\_CS\\_Dif14CS.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_CS_Dif14CS.pdf)

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X

KOHOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ. Komorbidita poruch příjmu potravy: faktor komplikující diagnostiku i léčbu. *Časopis praktický lékař*. 2000, **12**(80).

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MRAVČÍK, V., et al., 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN: 978-80-7440-109-1

NEALE, Alice, Suzanne ABRAHAM a Janice RUSSELL. Ice” use and eating disorders: A report of three cases. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2009, 42(2): 188-191 [cit. 2015-06-25]. DOI: 10.1002/eat.20587. ISSN 02763478. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20587>

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 424 s., vi s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4724-256

Poruchy příjmu potravy, F50. *MKN-10* [online]. 2014 [cit. 2015-07-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Stimulancia podrobně. *Drogy-info.cz* [online]. 2003, 2014 [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova\\_situace/ilegalni\\_drogy/stimulancia/stimulancia\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne)

YAGER, Joel et al., Practise guideline for the Treatment of patients with eating disorders: third edition. *American Psychiatric Association* [online]. 2006 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf)

## 9. Přílohy

### Vzor dotazníku:

1) Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou příjmu potravy?

Ano

Ne

2) Trpíte „žravostí“?

Ano

Ne

3) Už jste někdy jídlo záměrně vyzvracel/a?

Ano

Ne

4) Jíte celkově málo?

Ano

Ne

5) Zhoršily se Vaše problémy, spojené s jídlem, po vysazení drogy v průběhu léčby?

Ano

Ne

6) Myslíte si, že přibírání na váze by u Vás mohlo vést k relapsu?

Ano

Ne

7) Už Vás někdy napadlo, že užíváním stimulantů dosáhnete štíhlejší postavy.

Ano

Ne