

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Adiktologie – kombinovaná forma**



Dominika Roztočilová DiS.

Ortorexie jako nová závislost: případová studie

Orthorexia as new addiction: case study

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, 6. července 2019

Dominika Roztočilová

Podpis:

Identifikační záznam:

ROZTOČILOVÁ, Dominika. *Ortorexie jako nová závislost: případová studie*. [Orthorexia as new addiction: case study]. Praha, 2019. 47 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování:

Děkuji především vedoucímu své práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za jeho cenné rady, připomínky a podporu během zpracovávání práce. Rovněž děkuji své respondentce za ochotu a spolupráci, protože bez ní by práce v tomto rozsahu nemohla vzniknout. A také své rodině za trpělivost, pochopení a podporu v těchto náročných chvílích.

Abstrakt:

Východiska: V posledních letech, s rozvojem masmédií, se objevují nově vznikající pojmy, často také označované jako „novodobé“ závislosti. Konkrétně pojem orthorexia nervosa s nímž přišel již v roce 1997 americký lékař Steven Bratman, dnes vzbuzuje zájem mezi mnoha odborníky. Mnozí z nich diskutují nad tím, zda tento pojem zařadit mezi poruchy příjmu potravy či jiné poruchy a nebo mu dát samostatné místo v klasifikačních systémech. Ortorexie však vykazuje mnoho podobností se závislostním chováním a to je také důvod proč jsem si vybrala toto téma bakalářské práce.

Cíl: Má práce se vlastně zaměřuje na popis problematiky ortorexie z pohledu závislostního chování. Klade si za úkol zmapovat podobné etiopatogenetické mechanismy, které se podílí na vzniku obou poruch. Výzkumným cílem je tedy popsat podobnosti mezi ortorexií a závislostním chováním se zaměřením na rizikové faktory z bio-psycho-sociálního pohledu. Práce se mimo jiné zabývá shledáním podobností v průběhu, diagnostice a léčbě nemoci. Sledovány jsou zejména biologické, psychologické a sociální faktory související s výše jmenovaným rizikovým chováním s důrazem na rodinné prostředí.

Metody: Vzhledem k volbě případové studie, vychází práce z metod kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvoří jedna respondentka, která se s danou problematikou potýká, výběr byl tedy cílený dle mnou zvolených kritérií. Sběr dat byl prováděn nestrukturovaným rozhovorem. Z části byl proveden i specifický tzv. nativní rozhovor, kdy měla klientka možnost vyprávět svůj příběh volně bez mého zásahu. Následně byl zbytek dat získáván a upřesňován prostřednictvím emailu. Data jsou následně zpracovávána a interpretována s použitím odborné literatury.

Výsledky: Díky volbě případové studie, je možnost komplexně nahlédnout na danou problematiku a shledat významné biologické, psychologické a sociální faktory, které podmínili výskyt poruchy. Mohu říci, že výsledky mého šetření korespondují s teoretickými poznatky provedených výzkumů. Výsledky odpovídají na stanovené cíle a poukazují na to, že etiopatogenetické mechanismy vzniku závislosti nesou významné podobnosti s mechanismy vzniku ortorexie. Rovněž i průběh a diagnostika ortorexie se ve velkém shodují se závislostními poruchami. Tím se dá říci, že i léčebné intervence nejsou příliš rozdílné. Ke vzniku závislosti a ortorexie tedy přispívají výrazné povahové rysy a dále nedostatky z období raného vývoje, zejména nenaplnění dětských potřeb. Pokud chybí významné protektivní faktory je vyšší riziko vzniku patologického chování.

Závěr: Práce poukazuje na nově se vyskytující problematiku a dává impuls k provedení dalších výzkumů na toto téma. Upozorňuje mimo jiné na potřebu časně diagnostiky a na podporu protektivních faktorů, které mohou zamezit vzniku závislosti či jiného rizikového chování. Práce tedy spojuje problematiku poruch příjmu potravy s problematikou závislosti na základě teoretického ukotvení a rovněž je spojována i s pojem novodobých behaviorálních závislostí. Závěr práce se věnuje mimo jiné i doporučení uplatnění adiktologů u diagnostiky a intervence poruch příjmu potravy.

Klíčová slova: ortorexie – zdravá výživa – závislost na procesech – chronická nemoc – rizikové faktory

Abstract:

Background: In recent years, with the development of mass media, new concepts have emerged and often also referred to as "modern" addiction. Specifically, the concept of orthorexia nervosa, which came in 1997 by American physician Steven Bratman, is now arousing interest among many experts. Many of them discuss whether to include this term in eating disorders or other disorders, or to give it a separate place in classification systems. However, orthorexia has many similarities with addictive behaviour, and that is why I chose this topic of bachelor thesis.

Aims: My thesis actually focuses on the description of orthorexia from the perspective of addictive behaviour. It aims to map similar etiopathogenetic mechanisms involved in both disorders. Therefore the research objective is to describe the similarities between orthorexia and addictive behaviour with a focus on risk factors from bio-psycho-social perspectives. The work also deals with finding similarities in the process, diagnosis and treatment of the disease. In particular, biological, psychological and social factors related to the above-mentioned risk behaviour are monitored.

Methods: Given the choice of case study, the thesis is based on qualitative research methods. The research group consists of one respondent who is dealing with the given issue, so the choice was targeted according to my chosen criteria. Data collection was conducted by unstructured interview. In part, a specific so-called native interview was conducted, when the client had the opportunity to tell her story freely without my intervention. Subsequently, the rest of the data was collected and refined via email. The data is then processed and evaluated using literature.

Results: By choosing a case study, it is possible to comprehensively look at the issue and find significant biological, psychological and social factors that have caused the occurrence of the disorder. I can say that the results of my investigation correspond to the theoretical findings of the research. The results correspond to the stated goals and point out that the etiopathogenetic mechanisms of dependence formation have significant similarities with the mechanisms of orthorexia. Also, the course and diagnosis of orthorexia are broadly consistent with dependency disorders. Thus, treatment interventions are not very different. Thus, the distinctive traits and shortcomings of early development, in particular the lack of children's needs, contribute to the emergence of addiction and orthorexia. If significant protective factors are absent, there is a higher risk of developing pathological behaviour.

Conclusion: The thesis points to newly emerging issues and gives impetus to further research on this topic. Among other things, it highlights the need for early diagnosis and the promotion of protective factors that may prevent addiction or other risk behaviour. It combines the problems of eating disorders with the problems of addiction based on theoretical anchoring. The conclusion of the thesis is also deals with the recommendation of the use of addictologists in the diagnosis and intervention of eating disorders.

Key words: orthorexia - healthy nutrition – behaviour addiction - chronic disease - risk factors

OBSAH

1. Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
2. Orthorexia nervosa.....	10
2.1 Historie.....	10
2.2 Definice.....	11
2.3 Diagnostická kritéria.....	12
2.3.1 Srovnání ortorexie s OCD.....	13
3. Poruchy příjmu potravy.....	14
3.1 Srovnání ortorexie s PPP.....	14
3.2 PPP v souvislosti s návykovým chováním.....	14
4. Ortorexie jako závislost.....	16
4.1 Vymezení pojmů.....	16
4.1.1 Definice závislosti.....	16
4.1.2 Behaviorální závislost.....	17
4.2 Etiopatogeneze vzniku závislosti a ortorexie.....	17
4.2.1 Biologické faktory:.....	17
4.2.2 Psychologické faktory:.....	18
4.2.3 Sociální faktory:.....	19
4.3 Diagnostika a průběh závislosti a ortorexie.....	20
4.4 Terapie závislosti a ortorexie.....	23
PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
5. Cíle výzkumu a metodika.....	25
5.1 Cíle a výzkumné otázky:.....	25
5.2 Etické náležitosti.....	25
5.3 Výzkumný soubor.....	25
5.4 Metody získání a zpracování dat.....	25
6. Výsledky kasuistické práce.....	27
6.1 Respondentka, Sára.....	27
7. Rozbor výsledků.....	33
7.1 Společné etiopatogenetické jevy podněcující vznik závislosti.....	33
7.2 Rodinné prostředí.....	35
7.3 Diagnostika, průběh a terapie.....	36
7.4 Identifikace protektivních faktorů.....	38
8. Souhrn výsledků.....	39
9. Diskuse a závěr.....	40
10. Seznam použité literatury.....	42
11. Přílohy.....	45

1. Úvod

V posledních letech se objevují nové poruchy související se stravováním a životním stylem, jednou z nich je právě orthorexia nervosa. Posedlost zdravým stravováním začíná mít v dnešní době velký rozsah. Není divu, žijeme v době informačního chaosu a orientovat se v tom co je správné a co nikoli není jednoduché. Jídlo vždy patřilo mezi nejdůležitější lidské potřeby. Dnes však díky bezedným možnostem patří strava více mezi požitky než-li mezi potřeby.

Tato problematika, ačkoli byla pojmenována již v roce 1997 dnes vzbuzuje stále větší zájem mezi odborníky. Někteří odborníci zastávají názor, aby byla zařazena mezi poruchy příjmu potravy, zatímco jiní by ji přiřadili vlastní klasifikační místo (Rochman, 2010). Ortorexie vykazuje totiž jisté podobnosti jak s některými poruchami příjmu potravy, ale například i s obsedantně kompulzivní poruchou (Bratman & Knight, 2000).

V dnešní době se rozšiřuje také nová skupina tzv. nelátkových neboli behaviorálních závislostí, které jsou charakterizované opakovaným konáním určité činnosti za účelem rychlého uspokojení (Vacek & Vondráčková, 2014). Sem se již řadí například gambling či závislost na internetu, ale někteří autoři v tomto kontextu zmiňují i bulimii a psychogenní přejídání právě ze skupiny poruch příjmu potravy.

Dle Bratmana & Knighta (2000) vykazuje právě i ortorexie jisté podobnosti se závislostním chováním. To je především důvod, proč jsem si vybrala toto téma bakalářské práce.

Vzhledem k tomu, že jedinec je výsledkem působení bio-psycho-socio a někdy také spirituálních faktorů, zaměřuji se ve své práci na popis ortorexie z pohledu návykového chování. Jako výzkumný cíl jsem si zvolila najít a popsat etiopatogenetické mechanismy vzniku závislosti a ortorexie se zaměřením na rizikové, případně protektivní faktory na konkrétním případě klientky. Vedlejším cílem je pak poukázat na podobnosti z hlediska průběhu, diagnostiky a terapie ortorexie a návykových poruch.

Práce je rozdělena na dvě části.

Teoretická část se v počátku věnuje vymezení pojmu orthorexia nervosa, tedy historii, definici, ale také zmiňuje zatím neoficiálně navrhovaná diagnostická kritéria. Další kapitola poukazuje na podobnost ortorexie s poruchami příjmu potravy a rovněž závislostním chováním. Poslední kapitola pak směřuje ke stanovenému cíli a tedy k popsání problematiky ortorexie jako nové behaviorální závislosti.

Ve výzkumné části se věnuji konkrétnímu případu na kterém následně demonstruji stanovené cíle, tedy podobnosti výše jmenovaných poruch. Metoda sběru dat je nestructurovaný rozhovor doplněný o emailovou korespondenci. Práce je zpracovávána dle etických zásad. Získaná data jsou následně hodnocena na základě odborné literatury.

Byla bych velmi ráda, kdyby výsledky mé práce měly nějaký smysl a přispěly nadále k dalším výzkumům ortorexie jako jedné z mnoha nelátkových závislostí. Považuji současně také za smysluplné uvažovat nad tím, zda by adiktologičtí odborníci neměli spolupracovat i s některými poruchami příjmu potravy, které se potencionálně jeví jako poruchy návykové k čemuž se přiklání jak Nešpor (2011) tak i Kalina (2019).

TEORETICKÁ ČÁST

2. Orthorexia nervosa

2.1 Historie

Dosud oficiálně neuznávaný pojem orthorexia nervosa byl poprvé popsán americkým lékařem Stevenem Bratmanem, s cílem popsat osoby držící extrémní diety, nikoli zacílené na množství potravy, ale na jejich kvalitu. Popsal je poprvé v článku s názvem Health Food Junkie publikovaném v říjnovém vydání časopisu Yoga Journal, již roku 1997. Bratman byl lékař uznávající alternativní léčitelství, zajímal se o léčebnou výživu s cílem vymyslet koncept zdravé stravy vhodné pro všechny a na všechno. Sám se však stal posedlý zdravou stravou a právě to ho dovedlo k popsání této problematiky (Bratman, 1997).

Přestože pojem ortorexie spatřil světlo světa již v roce 1997, jde o stále nový koncept a mezi odborníky si musí vydobýt své místo.

Již v minulosti bylo provedeno několik studií, které se snažily zkoumat a přiblížit problematiku ortorexie. Jednou z nich je například významná italská případová studie (Catalina et al., 2005), která přinesla významné poznatky. Donini et al. (2005) prováděli výzkum s cílem navrhnout dotazník, který by byl vhodný pro diagnostiku ortorexie. Ačkoli se jejich dotazník setkal s kritikou, byl později využit jako inspirace pro další výzkumy. Například turecká studie (Arusoglu et al., 2008) přinesla nezanedbatelné výsledky a modifikovala původní Doniniho dotazník na jednoznačnější verzi.

Výzkumů na toto téma se v průběhu let provedlo několik, nicméně žádné nejsou zatím natolik přesvědčivé, aby docílili zahrnutí ortorexie do diagnostických manuálů. Je například i málo studií, které by informovaly o možných negativních sociálních důsledcích této poruchy (Nevin & Vartarian 2017).

Za zmínku ještě stojí, že některé studie prokázaly vysokou míru prevalence u pacientů s mentální anorexií či mentální bulimií až kolem 40-80%, u obecné populace se prevalence poruchy udává mezi 1% - 7% (Strahler et al., 2018). Například studie Clifforda & Blytha (2018), která se zaměřila na výskyt ortorexie u mladých sportovců zjistila, že je výskyt této poruchy v této skupině až 30%. Navíc je často maskována všeobecnou preferencí zdravé stravy u sportovců.

Jedinou monografií, zaměřenou na tuto problematiku, byla doposud monografie Stevena Bratmana a Davida Knighta (2000) s názvem Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating. Nedávno však vyšla nová publikace autorky McGregor (2017) s názvem Orthorexia: When health eating goes bad. Letos byla přeložena i do českého jazyka.

2.2 Definice

Pojem orthorexia nervosa vznikl spojením dvou řeckých slov. Slovem „*orthos*“ tedy správný a slovem „*orexis*“ jež se dá přeložit jako chuť či apetit. Zatímco an-orexie se dá tedy chápat jako bez chuti k jídlu, ortorexie znamená správnou chuť k jídlu. Spojením se slovem nervosa tak vzniká klíčový pojem vystihující posedlost na zdravém jídlu (McGregor, 2017). Bratman & Knight (2000) ve své knize zmiňují, že změna stravovacích návyků bývá složitá a zdlouhavá. Možná právě proto, se většina jedinců uchyluje k přísné sebekázní ze dne na den, než aby cílila k postupnému osvojování přirozených zásad zdravého stravování.

Catalina et al. (2005) ve svém výzkumu definují ortorexiu jako patologickou posedlost na biologicky čistých potravinách. Tedy potravinách bez herbicidů, pesticidů a jiných uměle přidaných látek. Dodávají, že prvním impulsem k tak radikálnímu stravovacímu směru může být snaha o zlepšení zdravotního stavu či vyléčení nemoci.

Dle Barnes & Caltabiano (2017) je důležité poznamenat, že dietní režim ortorektiků není součástí lékařsky předepsané stravy.

V průběhu poruchy se dieta stává čím dál tím více radikálnější a v extrémních případech dávají jedinci posedlí zdravou stravou přednost hladovění než konzumaci nevhodných potravin (Donini et al., 2005).

Některé zdroje nazývají ortorexiu také jako „clean eating“ tedy čisté stravování.

I zkušená nutriční specialista Judita Tkáčová (2018) dodává, že preference zdravé stravy není sama o sobě špatnou volbou. Hlavní problém shledává v celkovém špatném vztahu k jídlu, který v dnešní době vzniká v důsledku tlaku marketingového trhu. Mimo nespočet informací o výhodách bezlepkových, bio a eko výrobcích, které kolují po internetu, jsou k dispozici i klamné články, zdůrazňující někdy až smrtící vliv nečistých potravin na lidské zdraví (Tkáčová, 2018).

Dle Nevin & Vartarian (2017) se ortorektici zaměřují na svůj celkový životní styl, který směřují zdravým směrem a jsou na něj patřičně hrdí. Rádi tak hledají etické důvody pro jejich stravovací praktiky, neboť mimo jiné věří, že tato forma stravování charakterizuje jistou morální převahu. McGregor (2017), dodává, že ortorektici se snaží očistovat tělo a mysl pomocí čistých potravin. Jejich cílem je zlepšit sebe prostřednictvím lepší stravy.

Bratman (1997) již ve svém primárním díle popsal problematiku ortorexie jako problém podobný závislostem. Poté spolu s Davidem Knightem (2000) navrhli terapii ortorexie dle principů léčby závislosti.

2.3 Diagnostická kritéria

Mnohdy najdeme ortorexii spolu s dalšími neodbornými pojmy (bigorexie, drunkorexie aj.) mezi tzv. „novými“ poruchami příjmu potravy.

Ačkoli Bratman v počátku nepředpokládal, že by jeho nový pojem mohl být používán jako diagnóza, postupem času připustil, že skutečně identifikoval určitý problém s příjmem potravy (McGregor, 2017). Ve své knize také definoval klíčové položky, které považuje za diagnostická kritéria ortorexie. Vytvořil sebehodnotící test, který obsahuje deset otázek, na základě kterých má jedinec možnost poznat, zda se již jedná o problém či nikoli. V případě, že ano, je mu doporučena návštěva lékaře. Otázky v testu se zaměřují třeba na čas strávený přípravou jídla, zanedbávání dalších aktivit, či na pocity viny v případě konzumace nevhodných potravin (Bratman & Knight, 2000).

Jak je již zmíněno výše, kvůli nedostatečnému počtu studií se tato porucha stále ještě nepovažuje za odborný termín a nemá tedy zatím v diagnostických příručkách své místo (Catalina et al., 2005).

Dle Arusoglu et al. (2008) se dá v důsledku omezených výzkumu předpokládat, že bude orthorexia nervosa zahrnuta mezi ostatní poruchy příjmu potravy. Je však i možnost, že se ortorektické rysy rozpoznají v rámci zdravé výživy a nebudou pak popsány jako porucha.

„V tomto procesu se má za to, že přínos studií pocházejících z různých kultur souvisejících s definicí, univerzálností, průnikem a diferenciací jiných psychopatologií a rozvinutého měřítka bude pro další postupy velmi důležitý.“ (Arusoglu et al., 2008, s. 284)

Donini et al. (2005) vytvořili na základě své studie dotazník nesoucí název ORTO-15 viz. příloha č.1. Dotazník vychází z Bratmanova sebehodnotícího testu. Na otázky se zodpovídá ve čtyř bodové škále a jsou složeny z odpovědí (vždy, někdy, často, nikdy). V testu je možné získat nejvíce 60 bodů a již hodnoty pod 40 bodů poukazují na riziko orthorexia nervosa.

Donini et al. (2005) studovali přes 500 subjektů, aby vyplnili mezeru v odborné literatuře s cílem vyvinout doporučení pro diagnostiku orthorexie a zkoumali prevalenci v italském vzorku. Účastníci byli hodnoceni z hlediska nutričního výběru, obsedantně kompulzivních a fobických charakteristik (Arusoglu et al., 2008).

I přes zajímavé provedení, je dotazník hodnocen neuspokojivě. A proto se na základě něj objevily nové přesnější dotazníky. Turečtí autoři Arusoglu et al. (2008) modifikovaly předchozí dotazník vypuštěním, dle nich nepodstatných, zavádějících otázek a tím vytvořili dotazník ORTO-11.

Za nejnovější diagnostickou metodu se však nyní považuje EQH tedy Eating Habit Questionnaire. S touto metodou přišli výzkumníci Gleaves et al. (2013) Jedná se o dotazník, který stanovuje změnu chování, vnímání a cítění v souvislosti s extrémním dietním opatřením. Tak jako dotazník předchozí, byl tento odvozen z původního dotazníku ORTO-15 (Gleaves et al., 2013).

2.3.1 Srovnání ortorexie s OCD

Považuji za důležité alespoň nastínit srovnání ortorexie s obsedantně kompulzivní poruchou.

U pacientů s orthorexií převažují totiž jisté obsedantně kompulzivní mechanismy, úzkostné nastavení, ale také i některé hypochondrické mechanismy (Catalina et al., 2005).

Hlavním rysem obsedantně kompulzivní poruchy jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkání k nějaké činnosti. Čím více se jim jedinec snaží klást odpor, tím více sílí. Kompenzační činnosti většinou navazují na nutkavou myšlenku s cílem snížit úzkostnost. Nutkavé činnosti a rituály bývají stereotypní (Dušek & Večeřová, 2015).

Právě ortorektici spojují své čisté stravování s mnoha rituály. Od přípravy jídla až k důslednému rozmělnění potravy před vstupem do jícnu. Za očistné též považují popíjení ovocných či zeleninových šťáv, půsty a výjimkou není ani očistné provádění klystýrů. Autorka McGregor (2017) zmiňuje, že očistné rituály vykonávají s cílem zbavit se pocitů nedostatečnosti, neúplnosti a úzkostnosti. Soubor pravidel a dietního opatření, poskytuje jedincům určitý smysl, pocit úspěchu, klidu a naplnění.

I Arusoglu et al. (2008) se přiklání k tvrzení, že orthorexie vykazuje jisté podobnosti s obsedantně kompulzivní poruchou. Ortorektici tráví většinu času nadměrnou sebekontrolou což může vést i k sociální izolaci. S tímto tvrzení se mimo jiné shoduje většina odborníků zkoumající problematiku ortorexie (Barnes & Caltabiano, 2017).

Dle autorky Papežové (2018) se rizikové chování jako je zvracení, přejídání či přehnaná kontrola přijímaných potravin spojují s kompulzivními mechanismy. Dodává, že podobné kompulzivní mechanismy lze najít i u závislostních poruch.

Studie Strahler et al. (2017) mimo jiné poukázaly na vyšší výskyt orthorexie u pacientů s depresí, úzkostí či obsedantně kompulzivními rysy chování. Znamená to tedy, že neurotická porucha může být rovněž i významným rizikovým faktorem vzniku ortorexie.

3. Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy se řadí řada poruch. Od těch nejzávažnějších, kam patří anorexia nervosa, bulimia nervosa, po ty méně závažné, kam se řadí psychogenní přejídání a noční přejídání spojováno s obezitou (Papežová, 2010). Tento typ onemocnění má své místo v MKN-10 pod kódem F50.

3.1 Srovnání ortorexie s PPP

Ačkoli ortorexie stále ještě není oficiální psychiatrickou diagnózou, mnozí odborníci, jak je výše popsáno, ji aktivně zařazují mezi ostatní poruchy příjmu potravy. (Tkáčová, 2018).

Například i Arusoglu et al. (2008) doporučují aby bylo na orthorexii pohlíženo jako na ostatní poruchy příjmu potravy s vážnými důsledky a s akceptací určitých rozdílů. Tak jako anorexie, může i orthorexie vést k výrazné podvýživě, právě v důsledku přísného omezování určitého okruhu potravin.

Anorexie a bulimie jsou si v mnohém s ortorexií podobné, každá porucha má však svá specifika, kterými se odlišuje. Zatímco anorexii a bulimii spojuje zaměření na množství přijaté potravy, u ortorexie se pacienti zaměřují především na kvalitu přijímaných potravin.

Dle McGregor (2017) je stěžejní, že ortorexie nevykazuje takovou míru nebezpečí jako je tomu například u anorexie a právě to může být důvod, proč je často přehlížena. Přitom výzkumy poukazují na častou komorbiditu či prolínání s mentální anorexií, která má velmi často fatální následky.

Papežová (2010) má však jiný názor, tvrdí, že nové diagnózy včetně ortorexie jsou používány hlavně laickou veřejností pro krytí diagnózy anorexia nervosa.

3.2 PPP v souvislosti s návykovým chováním

V poslední době se objevují informace o tom, že by mohlo být na poruchy příjmu potravy nahlíženo z pohledu závislostního chování.

Například Marádová (2006, s. 19) ve své publikaci tvrdí, že: *„Myšlenky na jídlo, tělesnou hmotnost a dietu jsou důležitější než všechno ostatní. Tento stav lze charakterizovat jako určitou závislost na jídle, která se podobá závislosti na alkoholu či jiných drogách.“*

I Nešpor (2011) hledí na problematiku poruch příjmu potravy velice komplexně. Poukazuje na zajímavé části definic, které vykazují jisté podobnosti se znaky závislosti. Cituji: *„Také „neu-stálé zabývání se...“ a „neodolatelná touha...“ připomínají známé znaky závislosti.“* (Nešpor, 2011, s. 44). V podstatě i definice zhoršeného sebeovládání patří k poruchám příjmu potravy a rovněž i k poruchám návykovým.

Za poruchy příjmu potravy, které svým způsobem nějak souvisí se závislostním chováním se řadí zejména bulimie a psychogenní přejídání.

Mentální bulimie se projevuje jako syndrom s opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou však následovány vyvoláním zvracení, laxativ aj. mechanismů vedoucím ke zpětné kontrole hmotnosti. Tyto činy jsou doprovázeny pocity viny a úzkosti (Dušek & Večeřová, 2015).

Papežová (2018) ještě dodává, že právě oslabení kontroly, pocity nutkání a impulzivita jsou jevy charakteristické i v souvislosti s nadměrným nekontrolovatelným užíváním návykových látek.

Patologické přejídání a mentální bulimie, vykazují častější souběh se závislostními poruchami než mentální anorexie, mají s nimi také např. společnou i sníženou exekutivní kontrolu a zvýšenou sensitivitu vůči odměně. (Kalina, 2019, s.39)

Z výše uvedeného je patrné, že kromě mentální anorexie mají poruchy příjmu potravy významné podobnosti s návykovým chováním.

4. Ortorexie jako závislost

„Poruchy příjmu potravy a závislostní poruchy se často vyskytují společně jako komorbidita či duální porucha, případně navazují jedna na druhou.“ (Kalina, 2019, s. 38)

Dle Kaliny (2019) se postupně zvyšuje zkušenost vzájemného prolínání obou výše jmenovaných skupin duševních poruch a tím vyvstávají na povrch jejich jisté shodné rysy a další podobnosti. To by mělo být vodítkem k dalším výzkumům o podobnostech a odlišnostech poruch příjmu potravy a závislostí.

Vacek & Vondráčková (2014, s. 145) zastávají názor, že: *„existuje pouze jedna závislost, kterou lze v chování generalizovat jako disharmonii, redukci sebe sama na jediný princip, kdy štěstí pramení pouze z uspokojování jediné potřeby, z určitého chování či vztahování se k nějakému objektu, které dává zapomenout na starosti.“* Z uvedeného vyplývá, že všechny mechanismy, které vedou jedince opakovaně k určité činnosti, s touhou po odměně a cílem na chvíli zapomenout na bolesti, jsou víc či méně závislostmi.

4.1 Vymezení pojmů

4.1.1 Definice závislosti

Dle Nešpora (2011) se závislostí hodnotí formálně pouze to, co sedí na definici závislosti dle MKN-10.

Návykové poruchy jsou tedy poruchy vyvolané zdraví škodlivými návyky. Řadí se sem zejména poruchy způsobené alkoholem, tabákem a jinými drogami. Mají své místo v MKN-10 kam spadají do tabulky duševních poruch a poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) viz. příloha č. 2 (Raboch & Zvolský, 2001).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se závislostí rozumí skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních procesů kdy je za nejdůležitější považováno užití návykové látky. Nicméně pro definitivní diagnózu syndromu závislosti je potřeba aby se během roku objevily více než tři jevy z diagnostických kritérií, uvedených v následující kapitole.

Psychoaktivní látky působí skrze systémy mozkové odměny na biochemické úrovni a jejich opakovaný účinek vyvolává návyk (Jeřábek, 2015). Velká část látek způsobují závislost, jsou však také látky, které ji nezpůsobují, neznámá to ovšem, že nejsou škodlivé.

Při vzniku závislosti hraje klíčovou roli také tzv. craving neboli bažení. V rámci fyziologických procesů bažení ovlivňuje aktivitu některých podkorových struktur, které jsou zodpovědné za emoční odpověď (Raboch & Zvolský, 2001).

4.1.2 Behaviorální závislost

Nešpor (2011) k předchozímu tvrzení dodává, že by v tomto případě nelátkové závislostní chování nebylo závislostí v pravém slova smyslu, přitom tomuto chování nelze zapřít společné rysy.

Pojem behaviorální závislost začíná mít dnes již svůj nezanedbatelný význam. Dle Vacka & Vondráčkové (2014, s. 145): „*Se v této souvislosti mezi psychiatry a psychology mluví o závislosti na hazardu, internetu, závislosti na jídle či i závislosti na sexu.*“ A dodávají, že díky rostoucímu počtu této problematiky roste zájem odborníků o rozšíření konceptu pojmu závislostí.

Lze tedy chápat, že závislosti se již neomezují jen na užívání návykových látek, ale spadají sem jiné nelátkové závislosti. Což vychází z principu, že jakékoli chování, které přináší okamžité uspokojení má tendence aby bylo opakováno (Vacek & Vondráčková, 2014).

4.2 Etiopatogeneze vzniku závislosti a ortorexie

Příčiny vzniku závislosti mají komplexní charakter. Dle Kudrleho (2003) ještě dosud nebylo potvrzeno něco co by jednoznačně prokázalo predispozice pro vznik závislosti. Vznik závislosti může být podmíněn vrozenými dispozicemi, psychologickými problémy a sociálními vazbami. Existují i rituály provázející užívání návykových látek, proto se někdy setkáváme i s pojmem spirituální faktor podmiňující závislost.

Dá se tedy říci, že osobnost je výsledkem kombinací faktorů. Vlohy osobnosti jsou geneticky dané, ale prostředí je proměnlivé. Člověk se totiž nevyvíjí v izolaci, ale jako součást společnosti a vyrůstá v takzvaném sociálním kontextu (Kern, 2006).

4.2.1 Biologické faktory:

Předpokládá se, že za riziko vzniku závislostí, tedy i závislosti na jídle či jiných PPP může genetická dispozice pro určité neuromediátorové nastavení (Kalina, 2019). Dle Kaliny (2019) má na vznik závislosti, ale i bulimie a patologického přejídání, vliv snížená citlivost na přirozené zdroje odměny.

Další oblast zkoumání, hledající podobnosti či rozdíly, se otevírá díky moderním zobrazovacím metodám mozkové činnosti. Kalina (2019) rovněž dodává že, snížená aktivace prefrontálních oblastí mozkové kůry může mít dopad na další oblasti, které se podílejí na exekutivní kontrole. To je pak společný jev psychogennímu přejídání, bulimii, ale i závislostem, vedoucí k deficitu kontrole.

4.2.2 Psychologické faktory:

Psychologické faktory vzniku závislosti lze najít již v období prenatálního vývoje. Za faktory nejvíce významné se však považuje období raného vývoje. Přiměřené uspokojování dětských potřeb hraje klíčovou roli v následujícím prožívání a kvalitě života jedince. Dalším rizikovým obdobím je období dospívání, které je charakterizované budováním osobních hranic a hledáním identity (Kudrle, 2003).

Dle Papežové (2018) má významný vliv na rozvoj PPP působení stresu a traumat v období raného dětství a adolescence. Do období raného dětství autorka řadí zejména poruchy attachmentu. Za rizikový faktor v adolescentním období považuje mimo jiné i bouřlivé hormonální změny. Kalina (2019) dodává, že tento model jde zařadit i na závislostní poruchy. Výsledkem tohoto rizikového modelu je pak zvýšená zranitelnost, tedy zvýšená citlivost na stresové události a nižší schopnost tyto události ustát.

Bratman & Knight (2000) tvrdí, že zdravé jídlo přináší jedinci pocit ochrany a bezpečí, splňuje kritéria pro získání identity, příslušnosti k určité skupině, tím může zvyšovat sebevědomí a tvorbu sebepojetí. Což vypovídá o tom, že je rizikové chování zvoleno jako jistý kompenzační mechanismus.

Určité faktory, které tedy jakkoli naruší přirozený a plynulý vývoj jedince, mohou vést jak k závislosti, běžným PPP a tedy i k ortorexii.

Ortorexie totiž poskytuje ortorektikovi jistý smysl života, jde o jakousi iluzi, kterou Bratman (2000) přirovnává k drogovému opojení. Díky tomu se závislý jedinec dostává do iluzorního stavu pohody, do světa, kde je vše v pořádku a problémy ztrácí na významnosti.

„Pro zranitelnou, nedostatečně adaptivní osobnost s klubkem problematických mezilidských vztahů pak může být, podobně jako u PPP a závislostního chování, krizovým obdobím puberta a adolescence.“ (Kalina, 2019, s.42).

Existují i psychodynamické teorie vysvětlující příčiny závislostního chování. Pro představu uvedu dva příklady, koncept Khantziana a psychosomatickou teorii J. McDougallové.

Koncept Khantziana vysvětluje vznik negativního chování v důsledku deficitu self, kdy tento deficit pramení z nenasycení vývojových potřeb a dalších. V tomto případě se rozeznávají dva problémy, alexithymie (obtížné rozeznávání a vyjadřování emocí, pozn. autora) a externalizace (vývojový obranný mechanismus, projekce vnitřních problémů na okolí, pozn. autora).

Dle teorie McDougallové, vznikají PPP a poruchy závislostní v důsledku psychosomatické externalizace vnitřní bolesti (Kalina, 2019). I podle McGregorové (2017), je ortorexie důsledkem trpícího překonat své úzkosti a celkovou disharmonii sebe sama díky kontrole stravování.

Osobnostní rysy:

Je to právě nedostatek sebevědomí, neschopnost být laskavý sám k sobě co vede jedince k užívání návykových látek. Tak jako tendence k extrémním dietním směrům. Pocity selhání, nedocenění, nedokonalosti (McGregor, 2017).

Dle autorky Papežové (2018) se u pacientů s PPP velmi často objevuje určitá porucha osobnosti.

Avšak významnější podobnosti lze najít přímo v rysech osobnosti. Kde je mezi PPP a závislostními poruchami společná impulsivita, vysoký stupeň sebekontroly a perfekcionismu (Kalina, 2019). Dle (Barnes & Caltabiano, 2017) jsou klíčové rysy osobnosti a chování u ortorektiků rovněž s převahou perfekcionismu, sebekontroly, úzkostnosti a pocitů osamělosti.

Existuje i řada poruch osobnosti, které více či méně inklinují k závislostnímu chování. Jednou z nich je například závislostní porucha osobnosti, charakterizována extrémní závislostí na druhých, velkým strachem z opuštění. Rovněž se často vyskytují pocity bezmocnosti, nekompetence, emoční nestabilita a snížení frustrační tolerance na běžné požadavky denního života (Dušek & Večeřová, 2015).

4.2.3 Sociální faktory:

Sociální faktory jsou faktory, které se zaměřují na vliv vztahů s okolím a mohou mít jak protektivní tak i rizikový účinek. Patří sem etnická příslušnost, společenský status, sociální zajištění, rodinné a společenské prostředí a další. Sociální prostředí výrazně formuje člověka v průběhu socializace. V dnešní době hraje významnou roli rozpad klasických institucí jako je právě rodina. Mladistvým chybí vhodné prostředí a hledají vzory mimo rodinu. Často vyrůstají také bez dostatečné rodičovské podpory a vedení.

„Hledají pocit přijetí, sounáležitosti, a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání příležitostí vůbec“ (Kudrle, 2003, s. 93).

Velmi rizikové je také soužití se závislým ve společné domácnosti. V důsledku toho je jedinec konfrontován s užíváním návykových látek jako s normou. Soužití s takovou osobou vede ke zneužívání jak na fyzické tak i na emocionální úrovni (Kalina, 2019). Toto tvrzení vypovídá i o nevhodných stravovacích návycích ve kterých jedinec vyrůstá a jsou pro něj tedy normou (Papežová, 2018).

Další nezanedbatelný vliv má na vývoj jedince také kolektiv vrstevníků. V tomto okamžiku se ukáže nakolik jsou protektivní faktory dostatečně silné. Tímto se zabývá primární prevence, která se mimo informovanosti ohledně škodlivosti návykových látek věnuje i vyzdvihováním volnočasových aktivit (Kudrle, 2003).

Autorka McGregor (2017) dodává, že obrovský vliv mají v dnešní době masmédiá. Jedinec je denně konfrontován s různými informacemi a postupy na dokonalý život. Nevinný cíl zlepšit svůj životní styl se tak rázem překlene k direktivnímu a nevhodnému stravovacímu režimu. Navíc je na mladé kladen neustálý tlak a ti mají potřebu se zrychlenému tempu a touze po dokonalosti vyrovnat.

4.3 Diagnostika a průběh závislosti a ortorexie

Existují diagnostická kritéria syndromu závislosti podle MKN-10. Podle ní se může syndrom závislosti definitivně diagnostikovat tehdy, pokud se po dobu jednoho roku vyskytnou více než tři následující jevy:

- 1) Silná touha nebo pocit puzení užívat adiktivní látku.
- 2) Potíže v kontrole užívání, pokud jde o začátek užívání, ukončení či v množství užití látky.
- 3) Tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem snížit intenzitu příznaků typických pro odvykací syndrom nebo odvykací příznaky úplně odstranit.
- 4) Průkaz tolerance k užívané látce vyžadující užití vyšší dávky k uspokojení a dosažení účinků, které byly původně vyvolány nižšími dávkami.
- 5) Postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané látky v rámci věnování zvýšeného množství času k získání, užití či zotavení se z účinku látky.
- 6) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivosti (Dušek & Večeřová, 2015).

Pokud se dá orthorexia nervosa spolu s ostatními poruchami příjmu potravy aplikovat na problematiku závislostí, pak existuje jistá shoda v těchto diagnostických kritériích. Cílem je poukázat na podobné diagnostické rysy.

Jak uvádí totiž i Vacek & Vondráčková (2014) důvodem o snahu společné klasifikace je vlastně skutečnost, že látkové i nelátkové závislosti sdílejí určité společné znaky, v oblasti genetické, neurobiologické, osobnostní či klinické. Dodávají, že tyto poruchy mimo jiné vykazují tendence k výskytu komorbidit, kdy až polovina osob trpící behaviorální závislostí trpí vlastně i další často běžně známou závislostí.

K podobnému tvrzení se přikládá i Benkovič (2007), který mimo jiné připodobňuje většinu nových nelátkových závislostí k zatím nejznámější závislosti na procesech – patologickému hráčství. Tvrdí také, že dnešní rychlé tempo společnosti vede k nutné adaptaci, která se však v průběhu let postupně vymyká kontrole.

1) Silná touha nebo pocit puzení užívat adiktivní látku.

I poruchy příjmu potravy, konkrétně záchvatovité přejídání u bulimie či psychogenní přejídání se charakterizují opakovaným a nutkavým vyhledáváním odměny, kterou adiktivní podnět vyvolává (Kalina, 2019.)

Pro ortorexii je typické nutkavé vyhledávání a konzumace zejména „čistých potravin (Bratman & Knight, 2000). „*Brewerton potvrzuje craving u bulimických PPP a uvádí, že je zvyšován restrikcí jídla.*“ (Kalina, 2019, s. 46)

U diagnózy patologického hráčství se toto kritérium definuje na silnou touhu po příjemných zážitcích a zaujetí těmito činnostmi (Benkovič, 2007).

2) Potíže v kontrole užívání, pokud jde o začátek užívání, ukončení či v množství užití látky.

Zvracení, patologické přejídání či preference pouze „čistých potravin“ je nepřiměřené chování, které se vyznačuje významnou ztrátou kontroly (McGregor, 2017).

3) Tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem snížit intenzitu příznaků typických pro odvykací syndrom nebo odvykací příznaky úplně odstranit.

Tělesný odvykací stav je dle diagnostických kritérií typický jen pro některé substance, například pro opiáty, benzodiazepiny či alkohol. Pokud se budeme držet tedy striktně somatického odvykacího stavu, poruchy příjmu potravy, ani ortorexie se s tímto kritériem shodovat nebudou.

Nicméně Kalina (2019) dodává, že jistý psychosomatický stav lze najít i u jiných typů látkových a nelátkových závislostí. Dají sem zařadit například, poruchy spánku, zvýšená úzkostnost aj.

4) Průkaz tolerance k užívané látce vyžadující užití vyšší dávky k uspokojení a dosažení účinků, které byly původně vyvolány nižšími dávkami.

Potřebu vyšších dávek a zvyšování tolerance v pravém slova smyslu lze najít především u látkových závislostí a to jen některých (Kalina, 2019). Nicméně u ortorektiků se lze často setkávat se zvyšováním frekvence a tedy se zpřísňováním aktuálního stravovacího režimu. Jak uvádí Bratman & Knight (2000) ve své publikaci, nejprve se může jedinec rozhodnout ke zdravějšímu životnímu stylu s cílem zlepšit svůj zdravotní stav, to však většinou vede k postupné posedlosti.

5) Postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané látky v rámci věnování zvýšeného množství času k získání, užití či zotavení se z účinku látky.

Donini et al. (2005, s. 31) popisují jedince s ortorexií takto: „*Ortorektik trpí spoustou času přemýšlením o jídle, často věnuje celou svou existenci plánováním, nákupu, přípravě a spotřebě jídla, které považuje za zdravé.*“ . Z toho jednoznačně vyplývá, že způsob stravování zabere tolik času, že již nezbyvá čas na ostatní zájmy.

Bratman & Knight (2000) dodávají, že způsob stravování vytváří v jedincích pocit nadřazenosti nad životním stylem a stravovacími návyky druhých lidí. Tím dochází k postupné sociální izolaci.

Kalina (2019) opět dodává, že zanedbávání jiných zájmů a činností vzniká v důsledku patologického zaujetí chováním, které směřuje k dosahování rychlé odměny. Na základě neurobehaviorálních procesů.

I patologické hráčství má tuto položku definovanou jako preferenci činností před jinými zálibami (Benkovič, 2007).

6) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivosti.

„Ve vztahu ke všem kritériím, které se týkají nežádoucích účinků látkových i behaviorálních závislostí, se závislostní poruchy i poruchy příjmu potravy vyjevují jako vysoce auto- i hetero- destruktivní a působí nebo spouštějí celou škálu medicínských, psychiatrických, mezilidských, společenských, sociálních, pracovních i ekonomických poškození.“ (Kalina, 2019, s. 48)

I Benkovič (2007) dodává, že jedinec pokračuje v pokračování činnosti i přes jasné ekonomické, rodinné a společenské důsledky.

Dá se tedy říci, že všechna tato fakta svědčí o velké podobnosti PPP, včetně ortorexie jakožto stále neoficiálně uznávané poruchy, se závislostním chováním a dají se bez váhání řadit mezi behaviorální závislosti.

V MKN-10 lze najít charakteristiky návykových a impulzivních poruch, které vykazují typické rysy behaviorálních závislostí.

a) neschopnost odolat impulzu či pokušení udělat něco co je považováno za nevhodné

b) jedinec pocítuje narůstající napětí před svým činem

c) jedinec pocítuje stav vzrušení a uvolnění bezprostředně po činu, nicméně mohou potom následovat pocity viny a lítosti (Dušek & Večeřová, 2015).

4.4 Terapie závislosti a ortorexie

Tak jak je tomu i u jiných poruch, nelze jednoznačně říci co danou poruchu zapříčinilo. Vždy se uplatňuje více faktorů. Autorka Papežová (2010) tedy zmiňuje nutnost posuzování PPP v širším bio – psycho – sociálním kontextu. Jedná se tedy o multifaktoriálně podmíněné onemocnění kam spadají i návykové poruchy. A proto vyžadují komplexní léčbu složenou z multidisciplinárního týmu odborníků.

Dle Vondráčkové & Vacka (2014) se v rámci terapie nelátkových závislostí uplatňují postupy stejné jako při léčbě běžně známých látkových závislostí. Autoři ještě dodávají, že je v terapii behaviorálních závislostí důležité počítat s tím, že jde o chování, které nejde vyřadit z běžného života jedince. Jde tedy o jakýsi typ „kontrolovaného užívání“.

Bratman & Knight (2000) rozlišují tři základní kroky úspěšné terapie ortorexie. V prvním kroku považují za důležité, aby si pacient připustil, že má problém. To je jednotný názor i pro léčbu adiktologických pacientů. Kalina (2015) dodává, že je důležité zvolit léčebnou intervenci dle stavu motivace klienta. I Papežová (2018) považuje motivační rozhovory za velmi efektivní v léčbě PPP.

Druhý krok k úspěšné léčbě dle Bratmana & Knighta (2000) je postupný náhled. Miovský & Bartošiková (2003, s. 27) dodávají: *Čím více si klient uvědomuje problémy, které mu užívání návykové látky způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je však moment vnímání a hodnocení těchto problémů, které musí vadit především jemu a být mu nepříjemné, ohrožující a z jeho pohledu nežádoucí.*

Třetím krokem dle Bratmana je samotná změna stravovacích návyků.

Při terapii duševních poruch se uplatňují různé psychoterapeutické směry se stejným cílem, kterým je úzdava nemocného a jeho návrat do běžného života.

Odborná literatura popisuje nejčastěji úspěšné využití kognitivně – behaviorální terapie, motivačních rozhovorů, psychodynamických a psychoanalytických přístupů a rodinné terapie (Vacek & Vondráčková, 2014).

(Koven & Abry, 2015) považují u ortorexie za velmi významnou právě kognitivně-behaviorální terapii. Dle Miovského & Bartošikové (2003, s. 36) „*Pod pojmem behaviorální terapie lze řadit široké spektrum psychoterapeutických postupů zacílených na změnu chování klienta. Tyto přístupy vycházejí z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s okolím.*“

Mezi terapeutické postupy u KBT, včetně stanovení cílů, patří i psychoedukace. Pacient se díky ní učí pochopit své závislostní onemocnění a především se učí orientovat ve varovných příznacích jak samotné nemoci, tak i ve stavech, které závislostnímu chování předchází. Mimo jiné i sem patří nácvik relaxačních technik. Další zajímavou technikou je postupné vystavování rizikovým situacím a nácvik jejich zvládnání, které jsou zejména vhodné pro prevenci relapsu (Slámová, 2018).

Součástí komplexního systému léčby by měla být zcela jistě rodinná terapie. Nešpor (2011) vnímá zapojení rodiny do léčby pacienta za její významnou součást. Kdy se může působit na posilování protektivních faktorů a zejména vazeb dítěte na rodinu. V případě, že je nevhodné rodinné prostředí významným rizikovým faktorem pro rozvoj patologického chování, je důležité rodinu edukovat o významu jejich pozornosti, empatie a pochopení. Nešpor (2013) také dodává, že je to právě rodina, která má mocnější motivační nástroje v citové oblasti než-li samotný terapeut.

Dle Koven & Abry (2015) je někdy potřeba podpůrná léčba antidepresivy, konkrétně typu SSRI, které se jeví v léčbě ortorexie jako nejúspěšnější. Dodávají, že je třeba však počítat s tím, že je mnohdy problém ortorektiky přesvědčit o vhodnosti užívání léků, neboť ty jsou z jejich pohledu považovány za nečisté

Považuji za důležité zmínit, že velkou překážkou v léčbě ortorexie jsou pacienti, kteří se často vyhýbají zdravotnickým zařízením. Někdy se tedy pacienti dostanou k lékaři právě až díky spojení s jinou běžně známou diagnózou, jako jsou například jiné běžně známé PPP, poruchy neurotické, které přesahují rámec jejich zvládnutí.

Z toho důvodu záleží na přístupu a informovanosti odborníků se kterými přijde dotyčný do kontaktu. Právě poskytovatelé léčby by měli být schopni včas rozpoznat jedince s rizikovým chováním. (McGregor, 2017.)

Costa et al. (2017) identifikují specifické chování pacientů, které by mohlo být vhodným ukazatelem právě této poruchy. Někdy, třeba nevědomě, se může pacient například přihlásit k různým radikálním dietním teoriím, bez pádného důvodu. Což by mohl být zrovna jeden z ukazatelů dysfunkční poruchy chování.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Cíle výzkumu a metodika

5.1 Cíle a výzkumné otázky:

Hlavním cílem mé výzkumné práce je zmapovat podobnosti mezi ortorexií a závislostním chováním se zaměřením na rizikové faktory z bio-psycho-sociálního pohledu.

1. Jaké charakteristiky ortorexie jsou z hlediska etiopatogeneze shodné se závislostním chováním?
2. Jaký vliv ve vývoji problému hraje rodinné prostředí respondentky?
3. Je si ortorexie shodná se závislostním chováním i z hlediska diagnostiky, průběhu a terapie?
4. Je možné identifikovat nějaké protektivní faktory, popřípadě jaké?

5.2 Etické náležitosti

Čestně prohlašuji, že má respondentka byla seznámena se smyslem a cílem výzkumné práce. Byla informována o tom, že veškeré získané informace, budou využity jen a pouze ke studijním účelům. Sdělila jsem jí dále pravidla o ochraně osobních údajů, povinné mlčenlivosti a ujistila ji, že veškeré citlivé údaje budou pozměněny aby nemohlo dojít k identifikaci. Informovaný souhlas s použitím údajů mi klientka sdělila osobně a dokončila se mnou všechny rozhovory i přesto, že mohla z výzkumu kdykoli odstoupit.

5.3 Výzkumný soubor

Hledání ideálního respondenta bylo zpočátku obtížné vzhledem k úzce stanoveným podmínkám. Kritériem výběru byla problematika ortorexie a uvědomění si vlastně samotného problému. Poptala jsem se jak v blízkém okolí tak v prostředí sociálních sítí. Ačkoli je v mém blízkém okolí pár respondentů, kteří by byli pro mou práci vhodní, nesouhlasili s účastí na výzkumu a nebo jsou ve fázi, kdy si nejsou schopni svůj problém připustit. Ze sociálních sítí mne kontaktovaly tři respondentky, se kterými jsem si před domluvením termínu napsala a konkretizovala své požadavky. Nakonec se ukázalo, že dvě z nich pro výzkum nebyly vhodné, protože se jednalo o mentální anorexii.

5.4 Metody získání a zpracování dat

Nejvhodnější metodou pro případovou práci je volný tedy nestrukturovaný rozhovor, který jsem si zvolila pro získání dat do mé bakalářské práce. Tento typ rozhovoru se podobná běžné konverzaci bez předem stanovených otázek. Výhodou je, že přináší mnohdy velmi citlivé a klíčové údaje díky spontánnosti respondentů. Specifickým typem nestrukturovaného rozhovoru je rozhovor narativní, kdy je jedinci umožněno volně vyprávění různých životních událostí. Díky tomu je možné nacházet určité klíčové body a zlomové situace, které vedly k danému problému (Reichel, 2009).

S respondentkou jsme měly celkem tři setkání, během kterých jsem byla postupně seznamována s jejím životním příběhem. Rozhovory jsem si nenahrávala, ale zapisovala jsem si důležité poznámky. V případě potřeby mi byl poskytován další kontakt prostřednictvím emailu či sociální sítě, kde bylo možné určité informace upřesnit, doplnit či zkontrolovat. Získaná data jsem pak postupně zpracovávala v kasuistickou práci co nejlépe a nejpřesněji to bylo možné.

Sběr dat proběhl v období od prosince 2018 přibližně do dubna 2019.

6. Výsledky kasuistické práce

6.1 Respondentka, Sára

Vstupní údaje

Sáře je 25 let, je vegetariánka. Působí jako zdravá, sebevědomá žena s pozitivním pohledem na svět. Sára však trpí chronickou autoimunitní tyreoiditou, dráždivým tračníkem, alergiemi a nyní i úzkostnou neurózou. Má za sebou období drogových experimentů a jak říká i období divoké puberty.

Na první pohled působí sebejistě. K rozhovoru přichází vždy aktivně a dle slov se na naše setkání těší i přesto, že mluví o velmi citlivých tématech. Působí však mírně roztěkaně, ale to je dle jejích slov normální stav. Nemá problém o svých potížích mluvit, hovoří otevřeně. Oči jasné, orientovaná v čase i prostoru. Aktivně odpovídá na mé doplňující otázky a sama má velmi hezký náhled na svůj problém. Sama potvrzuje, že již prošla nějakým terapeutickým procesem a je dále než byla na začátku svého problému.

Osobní anamnéza

Dětství:

Své dětství hodnotí Sára jako normální. Vyrůstala se svými vrstevníky na malém sídlišti, jako dítě prý byla hodně zvědavá, což jí prý zůstalo dodnes. Tvrdí, že byla vždy velmi přátelská, komunikativní a měla radost do života. Dodává, že se sestrou vždy měly to co chtěly a hodně často s rodiči cestovali.

Nejlepší kamarádku prý nikdy neměla. Vnímá, že byla mnohdy příliš důvěřivá a na to i několikrát doplatila. V dětství tedy trávila nejvíce času s partou vrstevníků z okolí. Na základní a střední škole se svými spolužáky. Ve 23 letech se upnula na kamarádku, kterou poznala náhodně na jedné akci, hodně si prý rozuměly a tak se začaly intenzivně stýkat. Naneštěstí šlo právě o kamarádku, která ji seznámila se svou partou a mimo jiné drogami. Upnula se na naivní představu jak se mají v partě všichni rádi aniž by viděla skutečnou podstatu. Toto přátelství posléze skončilo tím, že ji ze dne na den kamarádka odepsala a Sára dodnes prý nechápe proč. Popisuje, že ji to tehdy nesmírně ranilo.

Dospívání:

Na základní škole patřila mezi průměrné žáky, ale učení jí vůbec nebavilo. Během základní školy chodila dva roky do skautského oddílu, kde zažila šikanu od jedné vedoucí. Sama si na různé vyhocené situace příliš nepamatuje, jen si vybavuje, že když se blížil den a čas nástupu do kroužku, cítila obrovské napětí a strach. Rodičům o svém problému však nikdy neřekla.

Proto, že nevěděla co by ráda dělala dál, přihlásila se na střední školu ekonomickou na kterou se hlásilo nejvíce spolužáků a byla nejbližší. V rámci socializace začala na střední škole kouřit, ale také zatahovat. Střední škola už ji bavila ale více a tak i přes ne příliš šťastnou docházku patřila mezi lepší elitu. V této době ji začal také první vážný vztah, ke kterému patřila i první sexuální zkušenost.

Úspěšně odmaturovala a nastoupila na roční studium anglického jazyka.

Následně nastoupila na vysokou školu se zaměřením na ekologii, protože ji vždy zajímala příroda a dle jejího názoru je ekologie obor budoucnosti. Počátky studia byly náročné, protože trpěla ve vztahu a do školy jeden čas spíše nechodila než chodila. Přesto před rokem studium úspěšně dokončila a nyní studuje ve stejném oboru na inženýrský titul.

Vzhledem k tomu, že ji studium chytlo se nynější jaro hlásí na další bakalářský obor humanitních studií však v kombinované formě aby bylo možné studovat obě školy zároveň.

Vztahy:

Doposud měla Sára dva vážné a delší vztahy. První vztah začal na střední škole, ve druhém ročníku. Na svém příteli byla hodně závislá, čas bez něj nedokázala nijak naplno využít. Přátele prý k životu nepotřebovala. V momentě kdy zvolil radši návštěvu hospody s kamarády, byla ho schopna podezřít z toho, že je jí nevěrný a nebo, že ji prostě nemá rád. Její přítel však nadměrně kouřil marihuanu a i když si to občas také vyzkoušela byl to právě jeden z důvodů, proč po necelých třech letech, někdy po maturitě, vztah ztroskotal. Nepopírá, že to mohlo být také nedostatkem pozornosti z jeho strany, která se s postupem času opravdu vytrácela.

Rozešla se s ním ze dne na den v období kdy se obrovsky zamilovala do svého druhého přítele, které nyní hodnotí jako obrovského manipulátora. Uměl ji prý dát najevo, že je jeho a to i přes všechno to nežádoucí chování, které následovalo. Včetně psychického násilí, ji také nutil do různých sexuálních praktik a velmi často hovořil o jiných ženách. Vzpomíná si, že i přes psychický teror si nedovedla život bez něj představit. Přiznává, že na něm byla opravdu závislá. I když v noci často nebyl doma, byl hrubý, pořád ho prosila ať jí hlavně neopouští. Jejich vztah trval dva roky. Po nějaké době od rozchodu zjistila, že přítel užíval pervitin. Říká, že ač by si to hodně moc přála, pravděpodobně na zážitky s ním nikdy nezapomene. Po ukončení vztahu navíc zjistila, že ji byl několikrát nevěrný. Chvilí po rozchodu zažila i svou první panickou ataku.

Co se týče dalších vztahů, Sára tvrdí, že od té doby se v ní ale cosi zlomilo. S navázáním vztahů začala mít problémy. Nemohla získat zpět ztracenou důvěru v muže a hlavně ani sama v sebe. Většina vztahů, které měla byla založena na vzájemné manipulaci. Se slzami v očích říká, že sex byl pro ni jediný nástroj, kterým dokázala s muži komunikovat a cítila, že má v ten okamžik na vrch. K aktu kývla i přesto, že uvnitř sebe cítila, že ji je to odporné. A když bylo po všem, nesmírně se vinila a nenávist obracela vůči sobě. Nyní stále nedokáže být ve vztahu, ale zároveň ani sama.

Rodinná anamnéza

Klientka se narodila do úplné rodiny jako prvorozená dcera. Dětství hodnotila vždy normálně, zdálo se jí, že patří do té běžně fungující rodiny. Vyrůstala se svými sestřenicemi a bratřenci v úzkém vztahu, na jednoho z nich byla nejvíce fixovaná celé dětství. V jejích čtyřech letech se jí narodila mladší sestra.

Anamnéza otce:

Otec klientky (50 let), vysokoškolské vzdělání se zaměřením na ekonomiku a management, větší část života pracoval jako vedoucí ve velké firmě. Začínal však jako jeden z dělníků. Nyní se vypracoval tak vysoko, že ve firmě dostal svůj podíl. Od dětství trpěl na různá onemocnění a byl tedy často hospitalizován v nemocnici. Přibližně deset let trpí úzkostnou neurózou na kterou užívá antidepresiva, do terapeutického vztahu nastoupil teprve nedávno. Mezi jeho koníčky patří turistika a cestování obecně, velmi rád plave, ale vzhledem k vytíženému pracovnímu stylu mu na zábavu nezbyvá mnoho času.

Sára říká, že má s otcem výborný vztah, vždy ho bezmezně milovala i když měli v určité době hodně sporů. Spíš jí to ale bylo líto než aby měla potřebu ho začít nesnášet.

Otec je prý ze tří dětí, má mladšího bratra a ještě o něco mladší sestru. V jeho 6 měsících ho jeho matka musela dát do jeslí aby mohla nastoupit do práce. Sára se odmítá vídat s jeho tátou, protože se prý chová jako despota. Matka otce je submisivní a nechává se sebou prý akorát manipulovat.

Anamnéza matky:

Matka (40 let), odborné vyučení v oboru cukrářka. Celý život pracuje v pekárně v místě bydliště. Zdravotní stav dobrý, ale dlouhodobě se léčí s astmatem, přesto kouří. Také trpí nadváhou, dle klientky jí to ale nijak zvlášť netrápí. Koníčků údajně moc nemá, nicméně ráda čte detektivky a nebo sleduje televizi. Za její největší zájem považuje setkání s kamarádkami při kterém pravidelně popíjí víno.

Klientka svou matku hodnotí jako velmi citově chladnou. O její intenzivní přítomnost se jí musela prosit, přesto má pocit, že k sestře ale tak odtaziťá nebyla a z toho důvodu cítí křivdu. Dodnes jí to velmi mrzí. A i když si její chování dokáže racionálně odůvodnit, to prázdno se jí prý zaplnit nedaří.

Matka je ze tří dětí, je nejmladší a také jediná dcera. Sára se odmítá bavit právě s její matkou. Dle jejích slov jde o zlou a závistivou osobu. Chápe, že to s ní máma musela mít těžké ačkoli si to prý sama nechce připustit. Dost často jí prý říkala, že děti ani nechtěla, že jsou přítěž. Chovala se k nim, převážně k ní jako k jediné dceři naprosto chladně, direktivně a považovala ji snad i za levnou pracovní sílu. Dědeček klientky, tedy otec matky zemřel na infarkt v 60 letech.

Anamnéza sestry:

Sestra (21 let), sebevědomá, aktivní a dle slov klientky krásná a štíhlá slečna. S ničím si nelámala příliš hlavu. Vystudovala střední školu ekonomickou a teď pracuje krátce jako recepční v účetní firmě. Na vysokou školu jít ani neplánuje a raději si užívá života. Je zdravá, s ničím se neléčí, jen trpí občas na intenzivní bolesti hlavy, pravděpodobně v důsledku přetížení krční páteře.

Vztah se sestrou začíná být o něco lepší, ale není to prý úplně ideální, ale to klientka odůvodňuje dozrívající pubertou. Také nepopírá, že sestře vždy záviděla její lepší vztah s matkou, který hodnotí jako ochranný. Nicméně, když se spolu naposledy vážně bavily, sestra údajně žádný rozdíl v rodičovské péči nepocítovala.

Strýc z otcovo strany se několikrát léčil ze závislosti na alkoholu.

Rodinné prostředí:

Po delším rozhovoru vyšlo najevo, že rodinné prostředí není zrovna ideální.

Jako malá byla údajně doma často sama, když její rodiče chodili večer k sousedům. Do určitého věku jí hlídala babička a nebo teta, která ji však hodně strašila. Od pěti let ji pak v noci budily noční můry, které si živě pamatuje dodnes. Z vyprávění si vybavuje, že ji máma nechávala jako miminko vyplakat v postýlce.

Rodiče se nikdy příliš nehádali, ale teď si uvědomuje, že žili především pro kamarády a ne tolik sami pro sebe. I na dovolené jezdili společně s dalšími rodinnými přáteli. Výchova byla, podle slov klientky, celkem direktivní. Musela sama zastávat automaticky různé domácí práce, jakmile něco neudělala dostala za to rázně vynadáno, ale za dobře provedené činnosti nedostala pochvalu. Tak to bylo i se studijními výsledky. Tvrdí, že její sestra měla doma oproti ní pohodu.

S prarodiči od otce se nevidá právě kvůli nevhodnému chování dědy. Jako malá si vybavuje, že viditelně upřednostňovali vnoučata od otcových sourozenců. U prarodičů od matky trávila jako dítě mnoho času a velmi často byla svědky intenzivních hádek kdy babička ponižovala dědu a mimo jiné vyvolávala konflikty i mezi sousedy.

Vztahy mezi ní a rodiči se radikálně zhoršily v období dospívání, kdy začala mít Sára svoji hlavu. Otec měl problémy s jejími vztahy i když si k prvnímú příteli nakonec našel cestu. Druhého přítele však nikdy nepřijal. V hektickém období po rozchodu s manipulativním přítelem a experimentování s drogami se s rodiči, především s otcem, hodně odcizili. Vybavuje si i momenty jak jí rodiče opovrhovali a odmítali s ní několik týdnů komunikovat.

Zdravotní anamnéza

Sára udává, že byla narozena předčasně někdy ve 34. týdnu těhotenství. Podle vyprávění své matky si pamatuje, že byl porod dlouhý. Přestože se zdravotníci snažili rozjetý proces zastavit, nepovedlo se a přišla na svět s porodní váhou kolem 2,5 kg. Po porodu byla umístěna v inkubátoru, kde strávila přibližně první měsíc svého života.

Mezi prvním a druhým rokem života byla hospitalizována v nemocnici kvůli střevním problémům. V dětství prodělala běžné dětské nemoci, nicméně často trpěla na zvýšenou teplotu bez zjevné příčiny.

V období dospívání měla často silné migrény s aurou, které se nyní objeví jen sporadicky. Menarche má pravidelně od čtrnácti let. Často se jí v pubertě opakovaly gynekologické obtíže a záněty močového měchýře. Očkována na všechny povinné nemoci a na HPV. Byla testována na pohlavně přenosné infekční choroby, vše negativní. Potravinové alergie neguje, ale udává, že při stravě s převahou pšeničných výrobků trpí na střevní obtíže, ostatní alergie na pyl, plísně a kočičí srst.

Posledních pět let trpí na střevní potíže v důsledku dráždivého tračníku. A přibližně rok se léčí s autoimunitní tyreoiditou.

Psychologicko – psychiatrická anamnéza

Nyní užívá antidepresiva na úzkostné stavy se kterými začala přibližně na jaře 2018. Zkušenosti s nepříjemnými stavy má však déle. Před pěti lety zažila svůj první panický záchvat, po rozchodu s manipulativním přítelem. Tvrdí, že její stavy jen reflektovaly její nízké sebevědomí a pocity selhání. Tehdy šlo prý jen o jednorázovou událost a krátce po atace asi třikrát navštívila psychoterapii, která ji však nesesdla a tak ji ukončila.

Sára se dle vzpomínek hodnotí v jednom čase za samotářskou, měla prý problém důvěřovat lidem kolem sebe. Občas se prý přistihla jak se snaží načapat kamarádky jak ji pomlouvají a i přes to, že to v ní vyvolávalo smutek, cítila se svým způsobem naplněná. Z toho důvodu si o sobě myslela, že je prý divná. Nicméně díky terapii pochopila, že údajně hledala odůvodnění pro své pocity smutku a prázdnoty.

PPP:

Dle slov klientky začalo začátkem loňského roku, kdy ji byla diagnostikována autoimunitní tyreoidita, hotové peklo. Jelikož vždy inklinovala ke zdravějšímu stravování a během života vyzkoušela mnoho diet, rozhodla se, že se pokusí své onemocnění vyléčit zdravým stravováním. Mimo jiné, začala navíc navštěvovat tradiční čínskou medicínu, která ji okruh povolených potravin ještě více zúžila. Výsledkem bylo postupné zhoršování psychického stavu a nekontrolovatelné hubnutí. Vztah k jídlu hodnotí Sára jako velmi negativní, protože se postupem času přestala orientovat v tom co může a co nesmí jíst. Na řadu přišla masivní úzkost, která doprovázela klientku den co den. Jediným řešením v této situaci bylo nasazení antidepresiv v doprovodu s intenzivní psychoterapií. Nyní je psychický stav stabilizovaný, ale stále prý pociťuje vnitřní napětí a některé dny hodnotí jako náročnější.

Sociální anamnéza

Sára bydlí u svých rodičů v prostorném bytě na sídlišti. Se sestrou mají každá svůj pokoj. Většinu času jsou doma samy a každá si dělá to své.

Finanční situace není nijak neobvyklá. Zaměstnání měla během studia jen brigádně. Vystřídala mnoho pracovních pozic. Pracovala například ve fresh baru, také jako servírka, recepční či pokojská. Nyní chce své zaměstnání upínat ke svému oboru a pracuje jako pracovnice bio obchodu kde se podílí i na řízení chodu občůdku. Tato práce ji prý velmi baví.

Drogová anamnéza

První návykovou látkou se kterou se setkala byl nikotin. Kouřit začala na střední škole aby lépe zapadla mezi spolužáky. Nyní nekouří

S alkoholem se poprvé setkala pravděpodobně již v dětství kdy dostávala v partě rodinných přátel panáka piva. To si však vybavuje jen z vyprávění. Další opravdová zkušenost byla na rozlučce se spolužáky základní školy. Pamatuje si, že se opila tak, že měla druhý den obrovskou kocovinu. Od té doby celkem často navštěvovala víkendové akce,

kteřé byly spojeny s nadměrným užíváním alkoholu. Sára tvrdí, že si vytvořila určitou toleranci a byla schopna vypít velké množství alkoholu aniž by byla výrazněji opilá. Ve vztahu s druhým přítelem pila docela často a ve větší míře, právě pro to aby zahrnala určité napětí, které bylo ve vztahu na denním pořádku. Nyní nepije.

Marihuanu vyzkouřela poprvé v sedmnácti letech, kouřila ji jeden čas celkem často, nyní už ji prý nechce ani vidět. Tvrdí, že se také jednou překouřila. Bylo to právě v období drogových experimentů, byla prý někdy tolik rozjetá, že nebyla schopna odhadnout kolik toho měla. Tento exces skončil šílenými stavy a zvracením. Naštěstí bez následků.

První a poslední opravdovou drogou byla pro Sáru extáze. S extází se poprvé setkala v okruhu přátel kamarádky někdy ve 23 letech. Říká, že ji o tom kamarádka velmi často vyprávěla a tak tím postupně odbourávala její strach až se rozhodla to zkusit. Tuto první zkušenost hodnotí jako velmi příjemnou. Prý byla ve stavu naprostého uvolnění a euforie, byla schopna jen tak být a užívat si pocit přítomného okamžiku. Zažila však i negativní zážitek kvůli nevhodné kombinaci a údajně i špatnému prostředí, kdy ji přepadla v jednom klubu masivní úzkost, kterou vyvolalo údajně opuštění poloviny party, se kterými na akci šla.

Všechny tyto zkušenosti posléze řekla hrdě rodičům, se kterými to nic moc neudělalo a Sára byla svým způsobem nějak zklamaná.

Terapeutické intervence

Nyní dochází Sára cca rok na intenzivní terapii. Přiznává, že ji někdy připadají pocity méněcennosti a nesmyslnosti. Snaží se aplikovat relaxační techniky, ale pořád se jí úplně tak nedaří se uvolnit. Prý jí neustále „jede“ hlava. Z toho důvodu užívá i antidepresivum podporující kvalitní spánek.

Kombinuje tedy KBT s psychodynamickými přístupy, kde se snaží přijít na kloub svým obranným mechanismům, které prý vznikly v důsledku nepříjemných situací v dětství. Učí se odpouštět a to zejména své matce, což se jí prý zatím moc nedaří. Terapii popisuje jako účinnou, prý se vždy bezprostředně po ní cítí o mnoho lépe.

Prošla si i skupinovou terapií, kde se prý naučila, že každý je originál a má právo na svůj vlastní pohled a názor. A že prý není taková přišera jak si o sobě myslí. Dodává, že jí přišlo zajímavé, jaký pohled na ni měli ostatní účastníci sezení a že ji to svým způsobem dost podpořilo.

7. Rozbor výsledků

V této finální části již vyzdvihuji nejpodstatnější informace, které samozřejmě srovnávám s poznatky z teoretické části.

7.1 Společné etiopatogenetické jevy podněcující vznik závislosti

Shledání společných etiopatogenetických mechanismů vedoucí k rizikovému chování je hlavním cílem mé bakalářské práce. Dle výsledků se domnívám, že lze u respondentky reflektovat přítomnost mnoha rizikových faktorů, které zapříčinily vznik ortorexie a jsou rovněž shledávány u pacientů s diagnostikou syndromu závislosti. Zde jsou tyto faktory popsány z hlediska bio – psycho – sociálního pohledu:

Biologické faktory:

Biologické faktory není snadné identifikovat ani během dlouhodobější terapie, natož po pár schůzkách. Sára udala, že trpí úzkostnou a panickou poruchou a stejnou poruchou trpí údajně i její otec. Dle Hosáka et al. (2013) mají však úzkostné poruchy ze všech ostatních duševních poruch nejmenší genetický podklad. Což tuto domněnku, že by šlo o genetický podklad, vyvrací.

Jen zmíním, že může jít třeba o dědičnost určitých osobnostních rysů, které spíše vykazují riziko vzniku závislosti.

Psychologické faktory:

Klientka popisuje *přetrvávající nervozitu a pocity prázdna*, které souvisejí s diagnostikovanou neurózou. Navíc netají, že není schopna své matce odpustit, že ji nikdy nebyla oporou.

Také tvrdí, že byla *velmi emočně připoutána* ke svému *bratraci* a v období partnerský vztahů *popisuje závislost* na svém první i druhém *příteli* a obrovský *strach z opuštění*.

Ačkoli nejsem odborník ohledně diagnostiky duševních poruch, troufám si říci, že se u klientky vyskytují jisté *rysy závislé poruchy osobnosti* či hraniční poruchy osobnosti, nicméně v odborných dílech lze rovněž najít zmínku o tom, že je obtížné určit zda se již jedná o poruchu osobnosti, či jen o kompenzační mechanismy, které se dají intenzivní terapií zmírnit či vyléčit.

Domnívám se, že toto chování je výsledkem nedostatečné mateřské lásky. Sára se evidentně snažila svou prázdnotu z dětství zaplnit nalezením jiného intenzivního kontaktu. Lze také vidět, že po několika negativních zkušenostech s mezilidskými vztahy se rozhodla pro *únik od bolesti* do drogového opojení a následně do kontroly stravování.

Vacek & Vondráčková (2014) také tvrdí, že společným znakem všech závislostí, je jakási touha zapomenout na starosti.

Osobnostní rysy:

Osoby s vyšším rizikem vzniku ortorexie disponují potřebou pozornosti, touhou být dokonalí pro okolí aby zakryly vnitřní nejistotu a nízké sebevědomí. Sára sama přiznala, že jí trápí velká **sebekritika a nízké sebevědomí**. Že má potřebu si pořád něco dokazovat. Také tvrdí, že má někdy období, kdy se na sebe nemůže podívat ani do zrcadla.

Popisuje, že má sklony k **perfekcionismu** a trápí ji přehnaná **sebekontrola** a tak z toho vyplývající neustálé napětí, které se snaží skrýt za potřebou mít něco pod kontrolou. Udává, že trpí neurózou a neurotickým osobám je přisuzována **větší citlivost, nižší frustrační tolerance, emoční labilita**.

Sociální faktory:

Sára popisuje, že si nemohla pomoci srovnávat se s okolím. Udává, že vyrůstala v prostředí, kde se často **srovnávalo**. I nyní prý cítí jak se pořád musí za něčím hnát a vykazovat ve společnosti **dobré výsledky**.

Dle mého úsudku však k tomuto chování vedlo **direktivní rodinné prostředí**. Sama klientka má problém se sebeúctou a dobře provedené výkony jsou pro ní samozřejmost.

Navíc pokud se podívám na celkové rodinné prostředí i z řad prarodičů, domnívám se, že je to prostředí velmi **traumatické**. Kde mohou vznikat problémy jak v důsledku sociálního učení, ale také v důsledku negativních událostí a reakcí na ně.

Nesmím opomenout na zmínku **šikany**, kterou trpěla v dětských letech.

Výše uvedené mne vede k předpokladu, že se u respondentky mohlo jednat o závislost na zdravém stravování

Snažila jsem se shledat i určité rozdílnosti, které se v těchto etiopatogenetických mechanismech ortorexie a závislostních poruch objevují. Pokud bychom však ortorexiu identifikovali i jako behaviorální závislost, v případě příčin, by se v ničem dle teoretického ukotvení od normálních závislostí nelišila.

Předpokládám však, že významný rozdíl se vyskytuje v biologických faktorech, které ale nejsem schopna v tomto případě sama rozeznat.

7.2 Rodinné prostředí

Rodinné prostředí je prostředí, které jedince *formuje* a pomáhá mu vytvářet určitý pohled na okolí. Intenzivní potřeby v raném dětství je třeba uspokojit pro zdárný budoucí vývoj dítěte. Některé zdroje uvádí, že se naše povaha formuje již v děloze. V této souvislosti mi ihned naskakuje nepříjemné a **odmítavé prostředí** z matčiny rodiny. Je pravděpodobné, že Sára matka byla vystavována intenzivnímu stresu i během těhotenství.

Následuje pak opět matčin **odmítavý postoj** vůči klientce, který měla nejspíše naučený a případně fungoval také jako určitý obranný mechanismus proti její vlastní bolesti. To v Sáře vytvářelo pocity **prázdnoty, nejistoty, strachu**.

Ani **časté hlídání** babičkou či tetou nebylo nejvhodnější. Mateřská láska je nenahraditelná. Pokud klientu ještě teta **děsila** ani se vlastně nedivím, že trpí úzkostmi.

V tomto případě je krok k užívání návykových látek, přejídání a nebo sebetrýznění přísnými dietami téměř, řekla bych až „nevyhnutelný“. Je pochopitelné, že jedinec hledá buď **útěk** a nebo dál pokračuje v určitém **destruktivním zajiťém vzorci**.

Prarodiče klientky měli z obou stran nevhodné vzorce chování. Promítali se zde **manipulativní charakteristiky**. Zřejmě tento vzorec přišel Sáře jako normální a proto zůstávala ve vztahu s partnerem, který se k ní choval rovněž manipulativně.

Celkově jde tedy o významné narušené **rodinné vztahy**. Dá se mimo jiné hovořit i o **transgenerační zátěži**.

Dále popisuje, že ji direktivní výchova připnula model „**hodné a poslušné holčičky**“. Proto měla vždy také prý problém s projevením emocí a především někomu odporovat.

Jen díky tomuto výčtu informací je jasné, že v Sářině případě hrálo rodinné prostředí obrovský vliv na vznik problému.

Chtěla bych jen upozornit na to, že se mnohdy může zdát, že rodina funguje naprosto normálně, ale přitom zkrátka chybí, ta ze všech nejdůležitější, emocionální podpora. Proto shledávám za důležité zakomponovat členy rodiny do terapií závislostí, ale rovněž i ostatních duševních poruch.

7.3 Diagnostika, průběh a terapie

Dle dotazníku ORTO-15 spadala v krizovém období klientka do neoficiální diagnostiky ortorexie. Zajímavější je však propojení s diagnostickými kritérii závislosti.

Látkové a nelátkové závislosti vykazují jisté rozdílnosti a proto se pro ně začínají používat i rozdílné diagnostické nástroje, viz. diagnostická kritéria patologického hráčství. Nicméně pro důraz rozdílů behaviorálních a běžně známých závislostí použijí ke srovnání ortorexie diagnostiku dle MKN-10.

1) Silná touha nebo pocit puzení užívat adiktivní látku.

Závislostní poruchy jsou charakterizovány opakovaným a nutkavým vyhledáváním odměny. Sára považovala za odměnu zdravé jídlo, které ji po konzumaci přinášelo intenzivní pocit úlevy a „čistoty“. Proto se uchýlovala ke konzumaci této stravy opakovaně. Nicméně za zmínku stojí i její tendence k záchvatovitému přejídání.

2) Potíže v kontrole užívání, pokud jde o začátek užívání, ukončení či v množství užití látky.

Sára popisuje intenzivní strach z nezdravého jídla. V okamžiku kdy nevěděla co jíst aby jí to neškodilo, raději hladověla, což značí za jistou ztrátu kontroly. Mimo jiné tvrdí, že ji myšlenky na stravování pronásledovaly celé dny a nemohla se jich zbavit.

Nicméně samozřejmě nejde aplikovat problematika ortorexie úplně doslova na toto diagnostické kritérium.

3) Tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem snížit intenzitu příznaků typických pro odvykací syndrom nebo odvykací příznaky úplně odstranit.

Vzhledem ke kritériím tělesného odvykacího syndromu by bylo nemožné aplikovat případ klientky k tomuto bodu, protože tělesný odvykací syndrom se vyskytuje u návykových látek, které výrazně ovlivňují fyziologický mechanismus.

4) Průkaz tolerance k užívané látce vyžadující užití vyšší dávky k uspokojení a dosažení účinků, které byly původně vyvolány nižšími dávkami.

Klientka Sára si v podstatě také stravu zpříšnila natolik, že se bála cokoli konzumovat aby jí to neublížilo. V tomto případě, i dle teoretického ukotvení, se dá tedy považovat zvyšování frekvence a zpříšňování stravy za jistý průkaz tolerance.

5) Postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané látky v rámci věnování zvýšeného množství času k získání, užití či zotavení se z účinku látky.

Klientka poznamenala, že na sport neměla chuť ani náladu, na kamarády také ne, protože nikdo nechápal její životní styl a jediný s kým si mohla o svém problému popovídat byla komunita lidí věnující se zdravému stravování, se kterými sdílela své pocity přes sociální síť. Došlo tedy k výrazné sociální izolaci.

6) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivosti.

Klientka popisuje, že zhubla 5 kilogramů během měsíce, cítila obrovské úzkosti, kvůli kterým byla nucena začít brát antidepresiva, ztrácela postupně sociální kontakty.

Je jisté vidět spousty podobností, které ortorexie vykazuje i co se týče diagnostických kritérií s běžnými závislostmi. Ačkoli se nedá hovořit o somatickém odvykacím stavu, dle teoretických znalostí se dají do této sekce řadit i psychosomatické obtíže. U Sáry se objevovaly kupříkladu poruchy spánku.

Řekněme, že se ortorexie plně shoduje s 5 diagnostickými kritérii, což už hovoří, dle MKN o syndromu závislosti.

Průběh poruchy

Průběh nemoci se dá částečně vyvodit i z diagnostických kritérií. *Má zhoršující se charakter*, kdy posedlost zdravým stravováním jedince čím dál tím více ovládá. V důsledku toho dochází k zanedbávání jiných zájmů, ale i povinností.

Mimo jiné se závislostní poruchy vyznačují *rizikem relapsu*. U klientky si lze všimnout, že problémy s příjmem potravy má delší dobu ačkoli nikdy nepřesáhly takového rozsahu aby byla nucena je řešit. Udává, že se střídalo období záchvatovitého přejídání, které ji přinášelo chvilkový pocit klidu a uspokojení. A nyní trpí ortorexií.

Nicméně významný rozdíl shledávám ve společenském postavení nelátkových závislostí, konkrétně ortorexie, kdy nelátkové závislosti jsou *více společensky tolerované* a případné zdravotní či jiné komplikace přicházejí pozvolna. Nicméně je riziko vzniku anorexie, která má často fatální důsledky.

Terapeutické intervence

Sára prochází terapeutickým procesem, který trvá přibližně rok. Říká, že mimo zkušenost se skupinovou terapií má i zkušenosti s kognitivně-behaviorální terapií a psychodynamickým vedením. Právě *KBT* jsou vhodné pro léčbu závislostních poruch.

Dle jejích slov považuje za velmi přínosnou i skupinovou terapii, která ji pomohla získat *náhled a identifikovat* také nevhodné stravovací návyky. Náhled a identifikace nevhodných návyků jsou jedny z klíčových kroků k úspěšné léčbě všech závislostí, ale i duševních poruch.

Během intenzivní dynamické terapie se zaměřuje i na hlubší příčiny svého chování.

Volba terapeutických intervencí je v podstatě stejná jako u běžných návykových poruch, nicméně během krátkého úseku komunikace s respondentkou, nemám takový náhled na celkový průběh terapie.

Za významný rozdíl však považuji, že u ortorexie, tak jako u jiných behaviorálních závislostí, je nutný *individuální přístup*, protože u těchto typů závislosti jde spíše o jakýsi typ *kontrolovaného užívání*. Není absolutně možné jedince od zdroje závislosti oddělit, neboť strava je základní lidskou potřebou.

7.4 Identifikace protektivních faktorů

Pokud jsou za protektivní faktory považovány faktory, které brání vzniku poruchy. Vnímám, že u Sáry byl významným protektivním faktorem její otec, který svým způsobem sloužil mimo jiné jako *vzor* a odrážel její *morální hodnoty*.

Navíc je dle popisu klientky vidět, že si své chování vždy uvědomuje a vnímá ho jako patologické, proto zde hraje rovněž roli *výchova*, kdy si klientka plně uvědomuje co je a co není správné.

Zaráží mne i jak své životní přešlapy, včetně experimentování s drogami, v podstatě konzultovala s rodiči. Z čehož vychází najevo, že v tomto případě má na svůj problém jistý náhled. Dovolím si domnívat se, že jistá forma návykového chování může být někdy zvolena jako volání o pomoc. Což by v tomto případě bylo i pravděpodobné.

Jak uvádí literatura, protektivní faktory nemusí vždy jedince před určitým chováním uchránit, nicméně mohou zmírnit jeho průběh a následky. To v tomto případě u respondentky platí.

Někdy může být protektivním faktorem i negativní emoce, jako například *strach* z odsouzení, ze ztráty kontroly. Je totiž zajímavé, že i přesto, že se klientka dostala do skupiny lidí užívající pravidelně drogy, sama z této zóny dobrovolně vystoupila ačkoli tvrdí, že ji to přinášelo pocity uvolnění. Očividně zde hraje roli také určitá *svědomitost*.

V Sářině případě možná nakonec i rozjetá *úzkostná neuróza* zabzdila pokračování v negativních vzorcích chování a dovedla klientku k odborníkovi.

Za další protektivní faktor mimo jiné považuji i její *cílevědomost* a určitou *touhu po uznání a po úspěchu*.

Věřím, že pokud bych měla možnost klientku déle sledovat, naleznou další protektivní faktory, které ji také přiměly vyhledat odbornou pomoc i docela včas aniž by došla k nějakým negativním důsledkům.

8. Souhrn výsledků

Společné etiopatogenetické mechanismy

Dle zpracovaných výsledků se domnívám, že lze u respondentky reflektovat přítomnost mnoha rizikových faktorů, které zapříčinily vznik ortorexie a jsou rovněž shledávány u pacientů s diagnostikou syndromu závislosti. Z psychologických faktorů lze shledat pocity prázdna a nervozity v důsledku neurotické poruchy. Klientka také jeví rysy závislé poruchy osobnosti, kam se rovněž řadí osobnostní charakteristiky s pocity emoční připoutanosti, strach z osamělosti, nejasné hranice a s nimi spojená touha po úniku od bolesti, perfekcionismus, sebekontrola, sebekritika a také nižší frustrační tolerance a větší citlivost. Za významné sociální faktory považuji především direktivní rodinné prostředí, v dětství přítomnost traumat a šikany a v dospívání traumatický partnerský vztah.

Rodinné prostředí

Rodinné prostředí hraje obrovskou roli při vzniku závislosti jak látkové tak i nelátkové. U klientky se uplatňuje direktivní rodinné prostředí, časté srovnávání s ostatními a z toho vyplývající pocity nedostatečnosti. Významná je i tzv. transgenerační zátěž z obou stran, která je z příběhu evidentní. Časté upřednostňování vlastních zálib rodičů, před péčí o dítě a čas strávený s ním. Matky odmítavý a chladný postoj, který vůči sestře ale nebyl přítomný. Od otce má model hodné a poslušné holčičky, kdy má problém s vyjadřováním emocí a zároveň s žádostí o pomoc.

Diagnostika, průběh a terapie

Diagnostická kritéria syndromu závislosti se shodují s ortorexií v pěti bodech ze šesti. Výjimkou je totiž třetí diagnostické kritérium popisující tělesný odvykací stav. Nicméně dle literatury by šlo i v tomto případě přivítat oči a zařadit sem jisté psychosomatické potíže, kterými i sama respondentka trpěla. Silná touha po konzumaci zdravé stravy, přinášející pocit klidu a uspokojení, vymknutí stravovacího režimu z kontroly a postupné omezování dalších a dalších potravin, zanedbávání zájmů a povinností v důsledku neustálého plánování stravy a pokračování v „dietě“ i přes jasný důkaz fyziologické nevýhodnosti. Průběh zhoršující se s častými relapsy a terapie s preferencí KBT přístupů, nutnost získat náhled a identifikovat problém. V případě ortorexie jde o nutný režim kontrolovaného užívání.

Protektivní faktory

Vyhodnotit protektivní faktory bylo obtížné nicméně za významný protektivní faktor považují respondentky otce, který má jak morální charakter, tak dle příběhu chápu, že funguje rovněž jako vzor. Navíc i vytyčené životní cíle respondentky fungují jako jistá ochrana před výrazným rizikovým chováním. Domnívám se, že má i určité vrozené dispozice, jako například svědomitost, cílevědomost, které mohou fungovat také jako dobré protektivní faktory. V případě klientky mohly hrát roli i negativní emoce, jako je strach, ale také úzkosti, které ji přiměly vyhledat odbornou pomoc.

9. Diskuse a závěr

Kasuistická studie poukazuje na podobnost ortorexie a závislostního chování a jejich vzájemné překrývání jak v etiopatogenetických mechanismech, ale také v průběhu, diagnostice a případné terapii. Dle teoretického ukotvení lze ortorexiu a jiné poruchy příjmu potravy řadit též mezi behaviorální závislosti.

Jedna případová práce klientky zachytává řadu významných rizikových faktorů z bio-psycho-sociálního pohledu, které se podílely na vzniku ortorexie a mohly by se tak podílet i na rozvoji běžně známých poruch vyvolaných užíváním návykových látek. Klientka měla s užíváním návykových látek i vlastní zkušenosti a přinášely jí svým způsobem stejný pocit uvolnění jako konzumace „čisté stravy“. Současně je i možné říci, že na základě výsledků mé bakalářské práce, lze soudit, že pro rozvoj poruch příjmu potravy a poruch vyvolaných užíváním návykových látek nacházíme srovnatelné rizikové faktory s občasnými výjimkami a to především u mentální anorexie, která má přeci jen o něco odlišné charakteristiky.

Díky kasuistické studii jsem měla možnost podrobněji nahlédnout na souvislosti mezi významnými psychologickými a sociálními faktory s největší vahou na rodinné vztahy a prostředí. A mohu říci, že výsledky potvrzují dosavadní provedené výzkumy.

Výsledky práce tedy poukazují na to, že nedostatečné uspokojování potřeb v určitých fázích vývoje dítěte, predikují rozvoj závislosti, tedy včetně ortorexie. Nedostatek pozornosti a péče přináší jedinci do života značné množství nejistoty a z ní vyplývajících problémů.

I osobní charakteristiky, především zvýšená sebekontrola, perfekcionismus, snížená frustrační tolerance, zvýšená úzkostnost právě spolu s dysfunkčními rodinnými vztahy mohou predikovat jedince ke vzniku látkové i nelátkové závislosti, kdy se na vzniku samozřejmě podílí i významný vliv sociálního prostředí. Pak závisí na síle protektivních faktorů kam daleko si dovolí jedinec zajít. Pokud v rodině funguje alespoň jeden rodič a svým způsobem supluje jisté uspokojování potřeb, nemusí mít na jedince ostatní rizikové faktory tak destruktivní vliv. To samé platí i v případě nahrazení intenzivního kontaktu jinou osobou. V případě klientky byl významným protektivním faktorem její otec, který byl pro ni vzorem a autoritou a jakýmsi pomyslným morálním vykřičníkem.

Vyvstává tedy otázka, jak velký vliv mohou mít poruchy attachmentu na vznik závislosti? Rovněž také jakým způsobem lze nahlížet na nelátkové závislosti jako na prediktor pro rozvoj ostatních typů závislosti?

Dle mého úsudku je nutné provést další výzkumy mapující teorii attachmentu a více se touto problematikou zajímat, protože doposud není ke shledání mnoho prací, které by mapovaly poruchy attachmentu v souvislosti se závislostním chováním.

Dále jak je v teorii uvedené, mnoho nelátkových typů závislosti se často pojí s jinými typy závislosti. Těžko však říci nakolik je tento typ závislosti prediktorem pro vznik dalších, případně závažnějších typů závislostního chování.

Pokud tedy vezmeme v úvahu, že mnozí odborníci zařazují ortorexii mezi poruchy příjmu potravy. A další začínají diskutovat o souvislostech poruch příjmu potravy se závislostním chováním. Pak by se veškerá teorie popsána v této práci hezky proloula dohromady. V praxi to tak většinou funguje. Málokterá porucha je diagnostikována samostatně, velmi často dochází ke známým komorbiditám. Nicméně je však velmi přínosné, že se začíná hovořit o jejich podobnostech a začíná se na závislostní problematiku hledět komplexněji.

Práce umožnila přiblížit příběh klientky, která se ve společnosti může jevit jako naprosto zdravá osobnost, které by se jen tak nepřihádala nálepka rizikové skupiny. Pochází z běžného sociálního prostředí, z úplné rodiny, je komunikativní a její život provází studijní úspěchy. Významným problémem je však nedostatečně emocionálně podporující rodinné prostředí, které u citlivých jedinců může fungovat jako silný rizikový faktor. Možná by byla na místě určitá osvěta ohledně zdravých fyziologických potřeb dětí, protože v dnešní uspěchané době se právě emocionální naplňování potřeb vypouští. Věřím, že je mnoho dobře fungujících rodin, ve kterých se rodiče neúmyslně dopouští nezvratných chyb, kterým podlamují svým dětem zdravou sebedůvěru, z prosté nevědomosti.

Tak jako každá práce i má práce obnáší jisté limity, které mohly mít vliv na zpracovávání a interpretaci výsledků. Prvním limitem je rozhodně malý soubor, se kterým se však v kasuistických pracích počítá. Jelikož je každý jedinec natolik individuální, považovala jsem za nejvhodnější, pro mé téma, zvolit jeden případ a na něm interpretovat mnou stanovené cíle. Dalším limitem mohlo být jisté zkreslení informací během rozvoru. Kdy mohla respondentka zapomenout zmínit určité důležité informace, případně zatajit některé z důvodu studu či obav. Není také vyloučeno, že se mohla klientka úmyslně chtít ukázat v lepším světle či i jen sama sobě nalhávat něco co není ve skutečnosti pravda. Za významný limit považuji i možnost špatného pochopení informací a souvislostí, které mi klientka sdělila. Rozhodně také mé omezené schopnosti, které plynou zejména z nedostatečné či spíše žádné adiktologické a klinické zkušenosti. I přes výše jmenované limity jsem se zodpovědně a svědomitě snažila naplnit cíle práce, které se dle mého názoru podařilo splnit a dále odpovědět i na dané výzkumné otázky. Shledávám nedostatky v terapeutické intervenci, neboť jsem měla s klientkou jen omezené setkání a nemohla jsem získat dostatečný náhled na tuto část řešení jejího problému. A doufám, že má práce poslouží k dalším poznatkům a snaze se o tuto problematiku zajímat dále.

Má bakalářská práce tedy ilustruje potřebu o hlubší zkoumání dané problematiky a problematiky behaviorálních závislostí vůbec. Upozorňuje mimo jiné na nutnost časně diagnostiky a na ní nasedající vhodné léčebné intervence, včetně informačních programů pro rodiče, kteří mají v určitém věku dítěte v rukou jeho následující život a důvěru v něj. Navíc by nebylo od věci, kdyby se adiktologičtí pracovníci mohli podílet na léčbě vybraných poruch příjmu potravy.

10. Seznam použité literatury

1. Arusoglu, G., Kabakci, E., Koksall, G., Merdol, T. K. (2008). Ortorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1d0b9653-0150-41cd-8025-f8082c43f911%40sessionmgr4006>
2. Barnes, M.A., Caltabiano, M.L. (2017) The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight disorders*. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/content/pdf/10.1007%2Fs40519-016-0280-x.pdf>
3. Benkovič, J. (2007) Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*, 8(6), 263-266. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/bff8257b5837c0d023cf092ca1aa4d05.pdf>
4. Bratman, S. (1997). *Health Food Junkies*. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay>
5. Bratman, S., Knight D., (2000). *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
6. Catalina, M. Bote, B., García, F., Ríos, B. (2005). Orthorexia Nervosa. A new eating behaviour disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 66-68. Dostupné z: https://essstörungen-aargau.ch/media/archive1/fachpersonen/diagnostik/differentialdiagnostik/Orthorexia_NewEatingDisorder.pdf
7. Clifford, T. & Blyth, Ch. (2018). A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and obesity*. 24(473), 473-480. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/content/pdf/10.1007%2Fs40519-018-0584-0.pdf>
8. Costa, Ch. B., Khalil, K.H., Gibbs, K. (2017) Orthorexia Nervosa: A review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 38(12), 980-988. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/01612840.2017.1371816>
9. Doležalová, P. (2016). Perspektiva teorie citové vazby v léčbě závislostí dospělých klientů. *Adiktologie*, 16(3), 233-244. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Pavla_Dolezalova/publication/309761576_The_Perspective_of_Attachment_Theory_in_the_Treatment_of_Adults_with_Substance_Use_Disorders/links/5821dfbc08ae1e06ad249924/The-Perspective-of-Attachment-Theory-in-the-Treatment-of-Adults-with-Substance-Use-Disorders.pdf

10. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disorders*, 10(2), 28-32. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/content/pdf/10.1007%2FBBF03327537.pdf>
11. Dušek, K., Večeřová A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada.
12. Gleaves, D.H., Graham, E.C., Ambwani S. (2013). Measuring „orthorexia“: Development of the eating habits questionnaire. *The international Journal of Education and Psychological Assessment*, 12(2), 1-18. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263808892_Measuring_Orthorexia_Development_of_the_Eating_Habits_Questionnaire
13. Hosák, L., Šilhán, P., Hosáková, J. (2013). Genetika úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 14(1), 7-9. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/02.pdf>
14. Hynie, S. (2000). *Speciální farmakologie V*. Praha: Karolinum.
15. Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In *Klinická adiktologie* (s. 190 – 206). Praha: Grada
16. Kalina, K. (2015). Předmluva. In *Klinická adiktologie* (s. 27-30). Praha: Grada
17. Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a uzdravu. In *Klinická adiktologie* (s. 607-622). Praha: Grada
18. Kalina, K. (2019). Vztahy mezi poruchami osobnosti, závislostními poruchami a poruchami příjmu potravy. In *Poruchy osobnosti ve 21. století: teorie, diagnostika, terapie*. Praha, Portál. Nepublikováno
19. Kern, H. (2006). *Přehled psychologie*. Praha: Portál.
20. Koven, S. N., Abry, A.W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/the-clinical-basis-of-orthorexia-nervosa-emerging-nbssperspectives-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>
21. Kudrle, S. (2003) Úvod do bio - psycho - socio spirituálního modelu závislosti. In *Drogy a drogové závislosti. 1. vydání* (s. 91- 95). Praha: Úřad vlády České republiky.
22. Marádová, E. (2006). *Prevence závislosti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
23. McGregor, R. (2017). *Orthorexia: When health eating goes bad*. London: Nourish Books.
24. Minařík, J., Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In *Klinická adiktologie* (s. 49-81). Praha: Grada

25. Miovský, M., Bartošíková, I. (2003) Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti.. *In Drogy a drogové závislosti. 2. vydání* (s. 36- 44). Praha: Úřad vlády České republiky
26. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál
27. Nevin, S.M., Vartarian, L.R. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorder*, 37(5), 1-10. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs40337-017-0168-9.pdf>
28. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
29. Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
30. Raboch, J. a Zvolský P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
31. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada
32. Rochman, B. (2010). Orthorexia: Can healthy eating be a disorder? Dostupné z: <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1963297,00.html>
33. Slámová, L. (2018). Účinné kognitivně behaviorální postupy při léčbě pacienta se závislostí na návykových látkách. *E Psychologie*, 2(12), 41-54. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/slamova.pdf>
34. Strahler, J., Hermann, A., Bertram, W., Stark R. (2017). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or Psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions* 7(4), 1143-1156. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=639fa926-9baf-4300-ab06-3b8fa753047a%40sdc-v-sessmgr02>
35. Tkáčová, J. (2018). CLEAN EATING: Trend či posadnutost? Dostupné z: <https://zapiskynutriholicky.wordpress.com/2018/04/06/clean-eating-trend-ci-posadnutost/>
36. Vacek, J., Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6), 326-332. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1a7dec9e-dbcf-454c-b25b-f9f5f645862a%40sessionmgr4007>

11. Přílohy

Příloha č. 1 – přeložená verze dotazníku ORTO-15

Příloha č. 2 – Přehled poruch vyvolané užíváním psychoaktivních látek

Příloha č.1 – Přeložená Verze Dotazníku Orto-15

ORTO-15

- 1) Když konzumujete jídlo, věnujete pozornost tomu, jak je kalorické?
- 2) Cítíte se zmateně, když nakupujete potraviny?
- 3) Objevily se u Vás během posledních třech měsíců negativní myšlenky týkající se vlivu stravy na Vaše zdraví?
- 4) Je výběr jídla založen na Vaší starosti o Vaše zdraví?
- 5) Je pro Vás více důležitější chuť jídla než jeho kvalita?
- 6) Jste ochotna utratit více peněz za zdravější jídlo?
- 7) Máte negativní myšlenky o vlivu jídla více než tři hodiny denně?
- 8) Dovolujete si jídelní prohřešky?
- 9) Myslíte si, že Vaše nálada ovlivňuje Vaše stravování?
- 10) Myslíte si, že Vaše přesvědčení jíst jen zdravé potraviny zvyšuje Vaše sebevědomí?
- 11) Myslíte si, že konzumace zdravé stravy mění Váš životní styl? (frekvenci stravování v restauraci, s přáteli, ...)?
- 12) Myslíte si, že konzumace zdravého jídla má pozitivní vliv na Váš vzhled?
- 13) Cítíte vinu, pokud zhřešíte?
- 14) Myslíte si, že jsou v obchodech také k dispozici nezdravé potraviny?
- 15) V současnosti se stravujete o samotě?

Zdroj: Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disorders*, 10(2), 28-32. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/content/pdf/10.1007%2F03327537.pdf>

Příloha č.2 – Přehled poruch vyvolaných užíváním návykových látek

MKN-10 uvádí přehled poruch, které vyvolávají psychoaktivní látky (skupiny látek):

- . F10 Poruchy vyvolané užíváním **alkoholu**
- . F11 Poruchy vyvolané užíváním **opioidů**
- . F12 Poruchy vyvolané užíváním **kanabinoidů**
- . F13 Poruchy vyvolané užíváním **sedativ** nebo **hypnotik**
- . F14 Poruchy vyvolané užíváním **kokainu**
- . F15 Poruchy vyvolané užíváním jiných **stimulancií** (včetně **kofeinu**)
- . F16 Poruchy vyvolané užíváním **halucinogenů**
- . F17 Poruchy vyvolané užíváním **tabáku**
- . F18 Poruchy vyvolané užíváním **organických rozpouštědel**
- . F19 Poruchy vyvolané užíváním **několika látek** a užíváním **jiných psychoaktivních látek**

Zdroj: Raboch, J. a Zvolský P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.