

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

Studijní program: Psychologie

## **Rigorózní práce**



**Mgr. et Mgr. Nikola Růžičková**

Komorbidní výskyt poruchy příjmu potravy se závislostí na  
návykových látkách v různých léčebných zařízeních a možnost  
jejího psychoterapeutického ovlivnění

Comorbid occurrence of eating disorders with substance abuse in  
different medical centers and possibilities of psychotherapeutic  
influence

Praha, 2021

Školitel: PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D.

### **Poděkování:**

V první řadě děkuji mému školiteli a supervizorovi PhDr. Jiřímu Jakubů, PhD. za motivování k rozšíření mé diplomové práce v práci rigorózní. Také za odborné vedení, trefné připomínky a příjemnou spolupráci na mé rigorózní práci.

Dále bych chtěla poděkovat Prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. za možnost docházet na dlouhodobou praxi na oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy do VFN a 1. LF UK. Také bych moc ráda poděkovala celému týmu, který se ve VFN léčbou poruch příjmu potravy zabývá, psychologovi PhDr. Františkovi Krchovi, se kterým jsem měla možnost chodit na psychoterapeutické skupiny a také lékařkám a zdravotním sestřám za poskytnutí skvělého odborného i lidského zázemí pro realizaci výzkumu pro tuto práci, ale také za poskytnutí možnosti rozvíjet svoje profesní schopnosti. Děkuji i všem pacientů za ochotu účastnit se této studie. Děkuji svému manželovi Lukášovi Růžičkovi za podporu a pomoc s formální úpravou. Práci bych ráda věnovala svým rodičům Leošovi a Vladislavě Chládkovým, kteří mne po dobu celého mého studia trpělivě podporovali a vytvářeli mi nadstandardní studijní podmínky, díky kterým bylo možné výzkumný záměr rozvíjet dále i v průběhu mé současné klinické praxe.

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 21. 1. 2021

.....

Klíčová slova: komorbidita – poruchy příjmu potravy – anorexie – bulimie – psychogenní přejídání – užívání návykových látek – drogy – alkohol – psychoterapie

Keywords: comorbidity – eating disorders – anorexia – bulimia – psychogenic overeating – substance abuse – drugs – alcohol – psychotherapy

## **Abstrakt**

Tato rigorózní práce je zaměřená na výzkum komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek. V teoretické části stručně definuje jednotlivé návykové látky a popisuje jejich škodlivé užívání, závislost a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. Z poruch příjmu potravy se práce soustředí na mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenní přejídání. Praktická část se zaměřuje na výzkum žen trpících poruchami příjmu potravy a zároveň užívajících nějaké návykové látky včetně alkoholu. Práce mapuje, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy a preferencí určité drogy. Dále bylo předmětem zájmu zjištění, se kterou poruchou příjmu potravy je spojeno nejvíce užívání alkoholu. Práce se zabývá i možnostmi psychoterapie této komorbidity, což demonstruje na kazuistikách z klinicko-psychologické praxe.

Ke sběru dat zvolila autorka metodu triangulace. Prvním zdrojem dat byla testová baterie složená z dotazníku EAT-26, druhým dotazníkem byl AUDIT a posledním dotazník na užívání drog. Druhým zdrojem je fokusní skupina a posledním zdrojem jsou případové studie pacientek. Tato studie potvrdila, že k užívání drog nejvíce inklinuje diagnóza mentální bulimie a také nejvíce nadužívají alkohol pacientky s touto poruchou. Hned za nimi vykazují střední a vysoké potíže s alkoholem pacientky s diagnózou psychogenní přejídání.

## **Abstract**

This thesis is focused on the research of comorbidity of eating disorders with substance use. The theoretical part defines the various addictive substances and describes their harmful use, addiction and bio-psycho-socio-spiritual model of addiction. The work describes the types of eating disorders- anorexia nervosa, bulimia nervosa and psychogenic overeating. The aim of the research was to describe the prevalence of women with eating disorders who at the same time use some of the addictive substances including alcohol. Another goal was to describe whether there is a difference between the types of eating disorders and preferences for specific drugs, and as well, to describe which eating disorder uses alcohol the most. This work also describes the possibilities of psychotherapy for people with this comorbidity.

It was used the method of triangulation to collect the data. The first source of the information was a test battery, consisting of the EAT-26 questionnaire, AUDIT questionnaire and the last one is questionnaire orientated to drug use. The second source of information was a focus group

and the last source were four case studies. This study confirmed that the diagnosis of bulimia nervosa tends to drug use the most. Just behind them are the patients diagnosed with psychogenic overeating have a medium and high difficulty with alcohol.

# Obsah

1	Úvod .....	1
2	Výklad pojmů .....	3
3	Poruchy příjmu potravy.....	6
3.1	Mentální anorexie .....	6
3.1.1	Typy mentální anorexie .....	7
3.1.2	Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 a DSM-V.....	8
3.2	Mentální bulimie .....	9
3.2.1	Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10 a DSM-V.....	11
3.3	Psychogenní přejídání .....	11
3.3.1	Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle MKN-10 a DSM-V .....	12
4	Návykové látky .....	14
4.1	Dělení návykových látek.....	14
4.1.1	Nikotin.....	14
4.1.2	Alkohol .....	14
4.1.3	Těkavé látky .....	15
4.1.4	Konopné drogy.....	15
4.1.5	Halucinogeny .....	16
4.1.6	Amfetaminy .....	17
4.1.7	Kokain .....	17
4.1.8	Pervitin.....	18
4.1.9	Heroin .....	18
4.1.10	Opiáty.....	18
4.2	Závislost.....	19
4.3	Škodlivé užívání.....	20
4.4	Bio-psycho-socio-spirituální příčiny vzniku závislosti .....	21
5	Psychiatrické komorbidity.....	25
5.1	Pojem komorbidity.....	25
5.2	Psychiatrická komorbidity u poruch příjmu potravy.....	26
5.3	Psychiatrická komorbidity spojená se závislostí na návykových látkách .....	29
5.4	Zahraniční výzkumy .....	31
5.4.1	Závažnost nemoci a psychiatrická komorbidity.....	32
5.4.2	Temperament a emoční dysregulace .....	34

5.4.3	Léčba .....	35
6	Psychodynamický přístup u závislostí .....	37
6.1	Teorie závislostních poruch, vycházející z psychoanalýzy .....	38
6.1.1	Klasické psychoanalytické teorie .....	38
6.1.2	Teorie z ego-psychologického období .....	41
6.1.3	Další teorie- samoléčení a kodependence .....	41
6.2	Význam psychodynamických přístupů v léčbě závislostí a PPP .....	42
6.2.1	Změna- sekundární emoční vývoj .....	43
6.2.2	Attachment .....	44
6.2.3	Containment .....	45
6.2.4	Komunikace .....	45
6.2.5	Zapojení .....	46
6.2.6	Jednání .....	46
7	Psychoterapie komorbidit PPP a užívání návykových látek .....	47
7.1	Psychoterapie .....	47
7.1.1	Rodinná terapie .....	48
7.1.2	Kognitivně- behaviorální terapie .....	48
7.1.3	Psychodynamická terapie .....	49
7.1.4	Psychoedukace .....	51
7.2	Terapeutický režim na psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK .....	51
7.2.1	Denní režim na oddělení .....	53
7.3	Terapeutický režim v ADDA VFN a 1. LF UK .....	54
7.4	Terapeutický režim na AT oddělení Psychiatrie KNL, a.s. ....	56
8	Použité metody .....	60
8.1	Výzkumné cíle a otázky .....	60
8.2	Metody získávání dat .....	60
8.2.1	EAT- 26 .....	61
8.2.2	AUDIT .....	61
8.2.3	Dotazník na užívání drog .....	62
8.2.4	Fokusní skupina .....	62
8.3	Metody analýzy dat .....	62
8.4	Průběh výzkumného šetření .....	63
8.5	Výzkumný soubor .....	63
8.6	Etika výzkumu .....	65
9	Výsledky výzkumu .....	66



9.1	Fokusní skupina.....	68
9.2	Kazuistika 1 - Daniela .....	71
9.3	Kazuistika 2- Dita.....	73
9.4	Kazuistika 3- Anna .....	80
9.5	Kazuistika 4 – Lada .....	89
	Výzkumná otázka č. 1.....	97
	Výzkumná otázka č. 2.....	99
	Výzkumná otázka č. 3.....	101
10	Diskuse .....	104
11	Závěr.....	109
12	Literatura.....	111
	Kvalifikační práce .....	121
	Internetové zdroje .....	122
13	Seznam tabulek.....	123
14	Seznam grafů.....	123
15	Seznam zkratk .....	124
	PŘÍLOHY.....	I
	Příloha 1 .....	II
	Příloha 2 .....	III
	Příloha 3 .....	IV
	Příloha 4 .....	VI
	Příloha 5 .....	XII

## Předmluva

Původní diplomová práce s názvem Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie byla rozšířená o další klinicko-výzkumné poznatky z oblasti komorbidit a vznikla tak práce rigorózní. Výzkum komorbidit je autorčíným dlouhodobým zájmem, který pokračoval i po vystudování pregraduální jednooborové psychologie, do postgraduálního studia a do klinicko-psychologické praxe. Práce byla kromě rozpracování psychodynamické teorie rozšířena zejména o případové studie čtyř pacientek, které demonstrují klinickou práci s pacienty trpícími komorbiditou poruchy příjmu potravy s užíváním návykových látek. Výskyt komorbidit je důležitým tématem výzkumu. Práce reaguje i na nedostatek odpovídající léčby, která by řešila obě poruchy současně. Léčba jednotlivých poruch ze spektra závislostí a z oblasti poruchy příjmu potravy je převážně poskytována v odlišných zařízeních, což ztěžuje přístup a dostupnost léčby komorbidním pacientům.

Výzkum v této práci byl realizován na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy, kam autorka docházela na dlouhodobou, osmi-měsíční stáž, od října 2014 až do května 2015, aby co nejlépe porozuměla problematice poruch příjmu potravy. Účastnila se a vedla zde psychoterapeutické skupiny, rozhovory a vyšetření pomocí adiktologických a psychologických nástrojů komorbidních pacientů. Bylo jí umožněno nahlížet do dokumentace, zejména anamnéz pacientů. Za přínosné považuje také schůze a debaty s personálem, s paní profesorkou Papežovou a panem doktorem Krchem. Samotný výzkum pak probíhal pomocí baterie dotazníků, která byla sestavena z dotazníků EAT-26, AUDIT a dotazníku na užívání drog. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 pacientek. Dalším zdrojem dat byla fokusní skupina, které se zúčastnily čtyři komorbidní pacientky a dále kazuistika o jedné z pacientek, se kterou autorka vedla rozhovor. Následně byla data triangulována.

V roce 2015 - 2019 došlo k rozšíření původní diplomové práce na práci rigorózní. Klinický i výzkumný zájem o komorbiditu pokračoval a práce byla obohacena o další případové studie, kde je demonstrována diagnostická a psychoterapeutická práce z pohledu psychologa ve zdravotnictví, tentokrát ze zařízení specializovaných primárně na léčbu závislostí. Tato zařízení popisujeme podrobněji v podkapitolách 7.3 a 7.4. Dále byla práce rozšířena o psychodynamický pohled na závislost i na poruchy příjmu potravy. Od roku 2015 – 2017 měla autorka této práce v psychoterapeutické péči v rámci Ambulance dětské a dorostové

adiktologie, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, pacientku, o které je kazuistika číslo 2. 2017 - 2019 v Krajské nemocnici Liberec, na psychiatrickém AT oddělení specializovaném na léčbu závislosti na alkoholu, vznikly kazuistiky číslo 3 a 4, které popisujeme v 7. kapitole této práce.

Teoretická část je rozdělena do 7 kapitol. V první kapitole definujeme pojmy, které jsou v této práci často používány, abychom čtenáři přiblížili zkoumanou problematiku. Druhá kapitola se zabývá jednotlivými poruchami příjmu potravy, zejména mentální anorexií, mentální bulimií a psychogenním přejídáním. Třetí kapitola stručně definuje jednotlivé návykové látky a popisuje škodlivé užívání, závislost a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. Čtvrtá kapitola se věnuje samotné komorbiditě a také zahraničním výzkumům, které byly provedeny na podobná témata jako tato rigorózní práce. Pátá kapitola se zabývá psychodynamickým přístupem v léčbě závislostí a poruch příjmu potravy. Šestá kapitola popisuje psychoterapii komorbidit poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a užívání návykových látek komorbidně s poruchou příjmu potravy, jak problematiku řeší různé psychoterapeutické směry a jak probíhá psychoterapie na oddělení pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie, na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a dále v Krajské nemocnici Liberec, na AT oddělení psychiatrie.

Praktická část popisuje metody sběru dat, výzkumné otázky, cíle a výsledky. Jsou zde též popsány všechny použité dotazníky, shrnutí z fokusní skupiny a kazuistiky. Ve výsledcích výzkumu odpovídáme na všechny tři položené výzkumné otázky. Nedostatky práce popisujeme podrobněji v diskusi a poslední část práce tvoří závěr, kde uzavíráme výzkumná zjištění této studie.

Autorka pracuje jak s českou, tak zahraniční literaturou. Byla provedená rešerše dostupných zdrojů v českém a anglickém jazyce, pomocí elektronických databází: EBSCO, Medvik, Medline, PubMed a JIB. V práci je používána citační norma dle APA (American Psychological Association).

## 1 Úvod

Tato rigorózní práce se zabývá problematikou komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek. Komorbidita je závažným psychiatrickým problémem, jedná se o výskyt více diagnóz u jedné osoby. Její nediagnostikování může velmi zkomplikovat a prodloužit dobu léčení. Dílčí cíl této práce je upozornit na četnost výskytu komorbidity poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek, vést odborníky k časnému rozpoznání, diagnostikování a léčbě tohoto problému. Práce popisuje procentuální zastoupení žen trpících komorbiditou poruch příjmu potravy a užíváním alkoholu nebo jiných návykových látek na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Práce také poukazuje na možnosti psychoterapie této problematické skupiny, což demonstruje zejména na rozsáhlých kazuistických studiích o komorbidních pacientkách z Ambulance dětské a dorostové adiktologie, z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a dále z Krajské nemocnice Liberec, AT oddělení psychiatrie.

Etiologie poruch příjmu potravy a závislostí je obdobná a bývá popisována pomocí bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Rozumíme tomu, že výskyt zmíněných poruch, tedy i komorbidity jako takové, je vnímán multifaktoriálně. Aby porucha příjmu potravy a závislost vznikla, podílejí se na tom vlivy biologické, psychologické, sociální a spirituální. Vznik výše zmiňovaných poruch nelze vysvětlit pomocí existence pouze jednoho vlivu. Z toho důvodu je kladen důraz i na komplexnost léčebného procesu. Jak závislost, tak porucha příjmu potravy je z psychodynamického pohledu vnímána jako symptom, projev, a nikoliv jako podstata problému. De Leon (2000) píše, že by se léčba měla soustředit na celého člověka, ne pouze na symptom. Psychodynamické teorie v léčbě poruch příjmu potravy a závislostí kladou důraz na reflexi hlubších osobnostních struktur, jako nezbytnost pro dosažení trvalé změny a účinnosti terapie, to dokládají i četné tuzemské i zahraniční výzkumy (například: Kooyman, 1993; Jeřábek, 2008; Kalina, 2013).

První část této práce tvoří teoretický základ pro následnou výzkumnou část. Definiuje základní pojmy problematiky komorbidit a důraz je kladen na možnosti psychoterapie a zejména na psychodynamické přístupy k této problematice. Výzkum je kombinací kvalitativního a kvantitativního přístupu. Pro podrobné popsání této výzkumně atraktivní oblasti byla zvolena metoda triangulace, data byla získávána ze tří odlišných zdrojů. Z dotazníkové baterie, fokusní skupiny a čtyř rozsáhlých klinických případových studií, které dokreslují a uzavírají komplexní výzkumné šetření. Práce usiluje o odpovědi na tyto tři

výzkumné otázky: (1) Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog? (2) Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu? (3) Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislostí na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie a na AT oddělení KNL, a.s.? Práce si klade za cíl popsat prevalenci pacientů s poruchou příjmu potravy zároveň užívající nějaké návykové látky, popsat možnou existenci rozdílů preference určité drogy vázanou ke konkrétní diagnóze poruchy příjmu potravy a v neposlední řadě práce detailně popisuje možnosti psychoterapie komorbidity, kdy teorii aplikuje do praktických ukázek v případových studiích.

## 2 Výklad pojmů

*Porucha příjmu jídla* (eating disorder)- termín dle MKN- 10; v praxi častější, ne zcela přesný termín porucha příjmu potravy; zkratka PPP; závislost na jídle; používání jídla k řešení emocionálních problémů; myšlenky a starosti spojené s jídlem, popř. s dietou a tělesnou hmotností se staly důležitější než všechno ostatní; jde o pravé návykové jednání provázené chorobnými vlastnostmi, které vyžadují léčbu. PPP trpí především ženy, zhruba 90 % postižených je ve věkové skupině 15 - 55 let, muži jsou zastoupeni pouze v 5 %; nejčastěji způsobovány nerozumným hubnutím; dělí se na nutkavé přejídání, mentální anorexii a bulimii; ničí postižené tělesně, psychicky i sociálně; má se za to, že důvodem je potlačovaný hněv, vztek, agrese a podobné afekty, které se nemohou projevit v roli dobře vycílených a příjemných osob, zvláště vůči milujícím rodičům nebo v rodinách, kde je kladen důraz na vnější dojem; věří, že díky zamaskování svých pocitů se chovají správně; chlapci podobnými pocity trpí méně a mají i jiné možnosti řešení; v případě léčby často bludný kruh; léčba znamená vzdát se naděje na dosažení ideálu štíhlosti, zviditelnění problému, který byl dosud skrýván. (Hartl a Hartlová, 2009, s. 432).

*Mentální anorexie* (anorexia nervosa)- je vyhladovění sebe sama, dle MKN 10 je to porucha vyvolaná úmyslným snižováním váhy, kterou si způsobuje postižený sám tím, že se vyhýbá většině jídel a užívá další způsoby snižování váhy jako je vyprovokované zvracení, užívání laxativ a léků na snižování hmotnosti, nadměrné cvičení. Důvodem je strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá myšlenka, představa o povinnosti mít nízkou váhu jako výsledek sociokulturního tlaku na ideál dívky; pokud začátek přichází před pubertou, zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjí prsa, dochází k primární absenci menstruace, u hochů zůstávají dětské genitálie; hladovění v pubertě u dívek může znamenat přání nepřijmout ženské tvary a ženskou roli, potlačit známky dozrávající sexuality; nemocná drží diety tak dlouho, až její tělesná hmotnost klesne po 85 % hmotnosti normální, což je na úkor nejen vymizení tukových tkání, ale též tkání kosterního svalstva, které za normálních okolností tvoří až 50 % tělesné hmotnosti. Mentální anorexie může končit smrtí. V případě uzdravení může dojít k normálnímu dokončení puberty, menarche je však opožděná. Součástí mentální anorexie je stranění se ostatních, izolace od světa, lpění na stereotypech. Časté jsou dietní rituály, které pomáhají víře v ovládnutí příjmu potravy a tím i svého života. Až 20 % plně rozvinuté mentální anorexie končí úmrtím (Vágnerová, 2004, s. 465). Údaje o úmrtnosti na mentální anorexii se však výrazně liší, zahraniční práce uvádějí úmrtnost od necelého 1 % do 18 %, v závislosti na

věku, závažnosti stavu, délce obtíží a na typu použitého diagnostického manuálu (Birmingham et al., 2005). Ženy tvoří 95 % postižených a naprostá většina je ve věku 12-18 let (Hartl a Hartlová, 2009, s. 46).

*Mentální anorexie atypická*- dle MKN-10 se u postižených vyskytují příznaky mentální anorexie jen v mírném stupni nebo chybí jeden či více klíčových rysů.(Hartl a Hartlová, 2009, s. 46).

*Mentální bulimie (bulimia nervosa)*- je chorobná žravost, dle MKN- 10 syndrom, který zahrnuje opakující se záchvaty přejídání velkými dávkami jídla během krátké doby, vyvolané neodolatelnou touhou po jídle, spojenou s nutkavou touhou potlačit důsledky např. vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ či léků, jako jsou anorektika nebo diuretika, užíváním klystýrů, obdobím hladovění (Hartl a Hartlová, 2009, s. 82). Příčinou je stejně jako u mentální anorexie strach z tloušťky.

*Mentální bulimie atypická (atypical bulimia nervosa)*- dle MKN-10 chybí jeden či více typických rysů diagnózy bulimie, váha postiženého může být v normě (Hartl a Hartlová, 2009, s. 82).

*Alkohol*- etanol; hypnosedativum s krátkodobým účinkem; v malých dávkách zlepšuje náladu, odstraňuje úzkost a napětí. Ve vyšších dávkách způsobuje útlum, rozšiřuje cévy, které v kůži způsobují tepelné ztráty (Hartl a Hartlová, 2009, s. 30).

*Droga*- obecně látka ovlivňující činnost organismu a sloužící jako léčivo. V užším smyslu přírodní nebo syntetická omamná látka využívaná nebo zneužívaná za účelem ovlivnění nervové soustavy (Hartl a Hartlová, 2009, s. 122).

*Škodlivé užívání*- je užívání návykových látek poškozující zdraví a předcházející vzniku závislosti.

*Závislost*- v patologickém pojetí znamená nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho negativní důsledky (Hartl a Hartlová, 2009, s. 699).

*Drogová závislost*- stav tělesné nebo psychické závislosti na periodickém užívání nějaké látky s psychotropním povzbuzujícím účinkem. Dříve se užívaly i pojmy toxikomanie, narkomanie. Někdy spíše jde o nadužívání nebo zneužívání (tabakismus, kofeinismus). Návyk bývá provázen zvyšováním dávek (tolerance). Odvykání vede k abstinenčním příznakům. K

*Nikola Růžičková, Komorbidní výskyt poruchy příjmu potravy se závislostí na návykových látkách v různých léčebných zařízeních a možnost jejího psychoterapeutického ovlivnění*

ohrožení vede zejména injekční aplikace drog a čichání těkavých látek. Závažné jsou důsledky alkoholismu a abúzus léčiv (Hartl a Hartlová, 2009, s. 700).

*Komorbidity*- společný výskyt více onemocnění nebo poruch. Poruchy příjmu potravy se například často vyskytují společně s užíváním návykových látek.



### **3 Poruchy příjmu potravy**

Poruch příjmu potravy je několik druhů a mají mnohé společné. Charakterizuje je patologické jídelní chování a zkreslená představa o vlastním těle. Následky těchto chorob jsou jak somatické, psychické, tak sociální. Příčiny těchto chorob jsou multifaktoriální. Ovlivňují je faktory genetické, vývojové, stresové a environmentální. Poruchy příjmu potravy tvoří poměrně široké diagnostické spektrum a některé faktory jsou pro celé toto spektrum společné. Není známá přesná etiopatogeneze. Informovanost odborníků na toto téma v posledních letech vzrostla. Média tuto problematiku nejčastěji propagují ve spojitosti s ideálem krásy a štíhlosti. Dívky, které se snaží být jako modelky v časopisech, si však neuvědomují, že fotografie modelek jsou počítačově upravovány a mají jen malou výpovědní hodnotu o skutečném vzhledu opravdové ženy. Cíl dosáhnout krásy modelek a extrémní štíhlosti vede k frustraci a nespokojenosti se svým vzhledem. Může se tak rozvinout rizikové dietní chování, které přejde až do některé poruchy příjmu potravy.

#### **3.1 Mentální anorexie**

Mentální anorexie je duševní porucha charakteristická úmyslným snižováním tělesné hmotnosti hladověním. Krch (2010) ve své knize píše, že dívky s mentální anorexií neodmítají stravu z důvodu, že by neměly chuť, ale protože jíst nechtějí. Chuť je dlouhodobě a vědomě potlačovaná a později dochází k její ztrátě a eliminaci pocitu hladu. Toto onemocnění se týká ve většině případů dívek, proto budeme o postižených psát v ženském rodě. Poprvé anorexii nervosu popsal Gull v roce 1873, popsal ji jako nemoc týkající se výhradně žen. Dnes však víme, že se nemoc týká hlavně žen, ale v menší míře postihuje i muže. Aktuálně je známo, že muži tvoří 5 - 10% pacientů v klinických zařízeních pro léčbu PPP (Núñez – Navarro et al., 2012).

Osoby trpící mentální anorexií, jak již bylo zmíněno, snižují a udržují extrémně nízkou váhu pomocí přísných diet, ale také pomocí velké fyzické aktivity a cvičení. Obavy z tloušťky mají charakter iracionálních nutkavých myšlenek, kterých se nelze zbavit. Tyto myšlenky nabádají k pokračování v držení diet a ovládají denní režim postižených.

Pacientky často vysvětlují své rodině, že chtějí žít zdravě a jíst zdravou stravu. Toto však není pravda, předním motivem je strach z tloušťky, i když to některé pacienty popírají. I to je součástí onemocnění. Iracionální strach z tloušťky je známkou pokřivené představy o vlastním

těle. Nemocné se často sledují a nadhodnocují určité tělesné partie, se kterými nejsou spokojené (např. stehna, hýždě, břicho).

I přesto, že mají anorektičky podváhu, považují se za tlusté. Jde o nereálnou představu o vlastním těle a považování se za obtlouklé a nevzhledné, i když jsou podvyživené a často na pokraji smrti vyhladověním.

Podle většiny autorů se nástup anorexie datuje do období puberty, 12 - 20 let. Jen výjimečně dříve, ale není vyloučen její výskyt i později. Mentální anorexie se vyskytuje desetkrát častěji u dívek než u chlapců. Krch (2010) uvádí, že výskyt v rizikové populaci je 0,5 – 1 %. Určité příznaky mentální anorexie se mohou vyskytovat až u 6 % dívek na konci puberty.

Mezi hlavní projevy tohoto onemocnění podle Krcha (2010) patří: držení přísných redukčních diet nebo úplné odmítání jídla, pocit tloušťky i přes významnou štíhlost, erudovanost v oblasti kalorických hodnot potravin, komunikace pomocí jídla s okolím, řešení emocionálních problémů jídlom. Někdy nemoc přichází plíživě, okolí nemusí nic nápadného upozorovat. Dívka začíná být vybíravá, například začne být striktní vegetariánkou, ale skladba potravin, které odmítá jíst, se rapidně rozšiřuje. Často má postižená dívka paradoxní zájem o vaření, sama ráda vaří a připravuje pokrmy pro své přátele a rodinu, sama je však nejí. Také se vyskytuje sbírání receptů a sledování pořadů o vaření. Když ji okolí pobízí, aby se najedla, vymlouvá se na předchozí konzumaci jídla. Při jídle se objevují zvláštní návyky, jako je krájení jídla na malé kousky, zapíjení každého sousta velkým množstvím vody a velmi pomalé jídelní tempo. Není neobvyklé, že tyto dívky, když jsou donucené ke konzumaci, se snaží jídlo schovat a následně vyhodit. Pokud má rodina domácího mazlíčka, nejčastěji psa, dívka ho tajně krmí svým jídlom. S takovými případy se v praxi ve VFN v Praze u dívek s poruchami příjmu potravy setkávají často. Hladovění ovlivňuje i psychickou stránku osob. Z dívek se stávají samotářky, bývají podrážděné, uzavírají se do sebe, přestávají se stýkat s přáteli, opouští své dosavadní koníčky. Dost času se jejich novou náplní času stává přehnaná fyzická aktivita za účelem spálení co nejvíce kalorií. Patří sem několikahodinové běhání, jízda na kole, plavání, cvičení... Někdy se u těchto pacientek objevuje i sebepoškozování.

### **3.1.1 Typy mentální anorexie**

Anorexie se dělí na dva typy, které se od sebe liší zejména tím, zda dívka pouze hladovění nebo ke svému hubnutí používá i léky na hubnutí, laxativa nebo zvrací. První typ je restriktivní neboli nebulimický. U tohoto typu nedochází k občasnému porušení diety a přejedení se a

následnému zvracení. Osoby trpící touto formou mentální anorexie mají omezený denní příjem kalorií na minimum, drží hladovky, cvičí a vykonávají fyzicky náročné aktivity za účelem hubnutí. Druhým typem je typ purgativní neboli bulimický, přejídací, vyprazdňovací. Osoby trpící tímto typem mentální anorexie po nějaké době nevydrží držet přísnou dietu a opakovaně se přejídají a následně zvrací nebo používají podpurné prostředky, jako jsou laxativa a diuretika, aby se takzvaně očistily. Někdy i kombinují všechny tyto metody včetně fyzické námahy.

Mentální anorexie se dá také dělit na akutní a chronickou. U akutní mentální anorexie dochází k omezení příjmu stravy na minimum a někdy až k úplnému odmítání a vyhladovění. Zde je potřeba duchapřítomnosti okolí, které musí přesvědčit postiženou osobu, aby se začala co nejdříve léčit. Chronická mentální anorexie je charakteristická delším průběhem, kdy postižená konzumuje po dlouhou dobu jen malé množství potravy, které ji drží při životě. Důsledky mohou být fatální.

### **3.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 a DSM-V**

Diagnostická kritéria dle MKN-10 (1996):

- Úbytek hmotnosti (u dětí může být „jen“ chybění přírůstku hmotnosti) minimálně o 15 % oproti tělesné hmotnosti normální pro daný věk a výšku nebo BMI index je 17,5 a méně
- Hmotnost si pacientka snižuje úmyslně sama dietami
- Vnímání sebe sama jako tlusté, přetrvávající strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle
- Výrazná porucha hypotalamo-hypofyzo-gonadální osy, projevující se u žen amenoreou (dnes však pravidelné krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta libida a potence
- Při vzniku onemocnění před pubertou je puberta zpožděna či zcela zastavena

Diagnostická kritéria dle DSM-V (American Psychiatric Association, 2013):

1. Restrikce příjmu potravy vedoucí ke ztrátě hmotnosti či neschopnosti nabrat na váze. Restrikce vede k signifikantně nízké váze vzhledem k věku, pohlaví a výšce. Signifikantně nízká váha je definována jako váha, která je nižší než normální minimální váha nebo v případě dětí a adolescentů jako váha nižší než je minimální očekávaná váha.

2. Strach ze ztloustnutí nebo přibrání na váze nebo přetrvávající chování interferující s přírůstkem na váze i přesto, že váha jedince je velmi nízká.
3. Narušení vnímání své váhy a tvaru těla, nepřiměřený vliv váhy a tvaru těla na sebehodnocení nebo trvalé narušení vnímání vážnosti jejich stavu.

Aby mohla být jedinci diagnostikována mentální anorexie dle DSM-V, musí splňovat tato tři výše popsaná kritéria.

Prvotními projevy mentální anorexie je odmítání potravy. V případě, jsou-li dotyčné onemocněním trpící osoby k jídlu nuceny, dochází u nich k následnému zvracení, které je vědomým, aktivním výrazem vzdoru i symptomem již patologické a zkreslené sebepercepce. Tělesné důsledky mentální anorexie mohou být velmi závažné. Na úrovni metabolismu dochází ke snížení hladiny draslíku, edémům a metabolické alkalóze. Poruchy gastrointestinálního traktu se projevují hypertrofií příušních žláz, zpomaleným vyprazdňováním žaludku, zácpou a záněty slinivky břišní. Mezi poruchy kardiovaskulárního systému patří bradykardie, hypotenze a srdeční arytmie. Dalšími problémy jsou potíže hematologické. Sem patří anémie, trombocytopenie a hypercholesterolemie, kožní potíže, suchá a praskající kůže. Dále plicní potíže, zejména záněty plic jako následek vdechnutí zvratků. Mezi problémy na úrovni CNS patří poruchy paměti až atrofie mozku. Mezi neurologické potíže patří křeče a svalová slabost. A v neposlední řadě se také objevují reprodukční problémy jako je amenorea a následkem infertilita. Tyto problémy se netýkají každého pacienta trpícího mentální anorexií, avšak je potřeba na jejich možný vznik nemocné upozorňovat. U osob s mentální anorexií se vyskytují i potíže psychické. Patří sem pocity smutku, deprese, zoufalství a není výjimečné, že se vyskytují sebevražedné myšlenky a sebepoškozování (Krch, 2010).

### **3.2 Mentální bulimie**

Mentální bulimie je podle Krcha (2008) onemocnění charakteristické opakujícími se záchvaty přejídání, které je spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Jedinec je schopen během krátké doby spořádat velké množství potravy. Pak se dostaví pocity viny, úzkosti a paniky a často snaha jídlo vyzvracet nebo jinak „očistit“ tělo. Například užitím projímadel, půstu nebo nadměrným cvičením. Po takzvaném očištění těla, zejména po zvracení, pacientky udávají pocit úlevy a vymizení pocitů viny z přejedení. Mentální bulimie postihuje zejména dívky ve věku 14 - 30 let a dle Papežové (2010) není výjimkou, že mentální anorexie

přejde do mentální bulimie. Asi 5 % pacientů s bulimií tvoří muži. Jedinci nejsou nápadně vyhublí jako u mentální anorexie.

Stav pacientky, kdy dochází k přejedení, není vyvolán hladem, ale psychickým stavem a pocity nepohody, kdy jsou skrze jídlo řešeny emoční problémy. Také je to styl zvládání či udržování vratké a zároveň patologické rovnováhy. Jídlo je zdánlivým nástrojem úlevy, neboť tak jako u pijáka, toto excesivní chování dočasně uvolňuje napětí. U dlouholetých pacientek, jak s mentální bulimií, tak s mentální anorexií, pak lze pozorovat emoční oploštělost, kdy jediné emoce u nich vzbuzuje jídlo. Přejedení předchází stav osamělosti, nudy, deprese, zklamání, a jiné. Původce tohoto chování se může lišit. U přejedení pak nejde ani tak o chuť jídla a potěšení z něho, jako o potřebu najíst se.

Obvyklá energetická hodnota jídla, snědeného během záchvatu, se pohybuje v rozmezí 1000 – 3000 kcal. Ale v některých případech se dostáváme na hodnotu až 20 000 kcal, jak píše Krch (2008). Dotyčné je při záchvatu jedno, jaké jídlo si dopřeje a v jaké formě. Nevybírá si. Většinou sní vše, co je zrovna dostupné. Záchvaty se objevují, když je dotyčná o samotě a nikdo ji nemůže pozorovat. V extrémních případech se záchvatů může objevit více za den, až dvacet. Postižené si uvědomují abnormálnost svého chování. Často se snaží nemoci sami zbavit, ale stále je pronásledují obavy, že nebudou dostatečně silné, aby zastavily konzumaci jídla včas. Charakteristické jsou velké váhové výkyvy v krátkém čase. Tento způsob chování je popisován jako nejvíce návykový, protože je z něho těžké se vymanit.

Mentální bulimie má dva typy. První je mentální bulimie purgativní. Tento typ je charakteristický přejídáním a zvracením, užíváním laxativ a diuretik. Druhý typ je mentální bulimie nepurgativní. Kdy nedochází k zvracení potravy, ale k nadměrnému cvičení a fyzické zátěži (Krch, 2008). Podobně popisuje tuto problematiku Chaulet et al. (2018) v novějších výzkumech, kde tvrdí že smíšené formy mentální anorexie a bulimie se objevují ve 30-50 % případech.

Bulimie nervosa je spojována s neschopností regulovat negativní emoce a sklonem k impulzivnímu chování. Podle studie Brosiofa, Munn – Chernoffové, Bulikové a Bakerové (2019), kontrolují pacienti s bulimií pomocí přejídání své negativní afekty. Dále tvrdí, že dávají přednost maladaptivním strategiím zvládání zátěže při kontrole afektů jako je strach a úzkost. V tom nacházíme podobnost s diagnózou psychogenní přejídání a závislostmi na NL.

### **3.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10 a DSM-V**

Diagnostická kritéria MKN-10 (1996) pro mentální bulimii:

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle se záchvaty přejídání
- Snaha zbavit se kalorií ze zkonsumovaného jídla těmito způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, laxativy, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou. (Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.)
- Specifická psychopatologie spočívá především v chorobném strachu z tloušťky, pacientka si stanovuje cílovou hmotnost nižší, než je pro ni optimální či zdravá premorbidní váha.

Pět kritérií pro přidělení diagnózy mentální bulimie jsou dle DSM-V následující (American Psychiatric Association, 2013):

1. Opakované epizody záchvatů přejídání. Epizoda je charakterizována následovně:
  - a. Požití většího množství jídla za určitou časovou periodu (např. dvě hodiny) než by za stejnou dobu a stejných podmínek snědla většina lidí.
  - b. Ztráta kontroly nad jídlem během této epizody (tj. pocit, že jedinec nemůže přestat jíst či kontrolovat, co či kolik jídla sní).
2. Opakované nevhodné kompenzační chování k prevenci nabytí váhy, jako například vyvolané zvracení, zneužití laxativ, diuretik nebo jiných medikamentů, půsty nebo excesivní cvičení.
3. Objevuje se jak záchvatovité přejídání, tak nevhodné kompenzační chování, a to v průměru nejméně jedenkrát týdně po dobu tří měsíců.
4. Sebehodnota je ovlivněna tvarem těla a váhou.
5. Přejídání nebo patologické kompenzační chování se neděje pouze během epizod spojených s anorexií nervosou.

### **3.3 Psychogenní přejídání**

Neboli záchvatovité přejídání. V posledních letech s nárůstem obezity je tomuto tématu věnováno více pozornosti. Pacient se jako u jiných poruch příjmu potravy neustále zaobírá

jídlem. U postižených můžeme pozorovat touhu po jídle, podobně jako u závislých na drogách bažení neboli craving po droze.

### **3.3.1 Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle MKN-10 a DSM-V**

Diagnostická kritéria MKN-10 (1996) pro psychogenní přejídání:

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimie nervosa.
- Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné (nižší než premorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.

Kritéria pro přidělení diagnózy psychogenní přejídání jsou dle DSM-V následující (American Psychiatric Association, 2013):

- 1) Opakované epizody záchvatů přejídání. Epizoda je charakterizována následovně:
  - a. Požití většího množství jídla za určitou časovou periodu (např. dvě hodiny) než by za stejnou dobu a stejných podmínek snědla většina lidí.
  - b. Ztráta kontroly nad jídlem během této epizody (tj. pocit, že jedinec nemůže přestat jíst či kontrolovat, co či kolik jídla sní).
- 2) Epizody jsou spojeny se třemi (nebo více) znaky:
  - a. Vyšší rychlost konzumace jídla, než je běžné
  - b. Přijímání potravy, dokud se jedinec necítí nepříjemně plný
  - c. Pojídání velkého množství potravy, když se člověk necítí hladový
  - d. Přijímání potravy o samotě kvůli pocitu studu z kvantity přijímané potravy
  - e. Pocit znechucení sám ze sebe, depresivní či provinilé prožitky po epizodě

- 3) Je přítomný distres týkající se psychogenního přejídání.
- 4) Psychogenní přejídání se opakuje průměrně nejméně jednou za týden po dobu tří měsíců.
- 5) Psychogenní přejídání není spojeno s nevhodným kompenzačním chováním (např. zvracení) a nevyskytuje se v průběhu anorexie nervosy nebo bulimie nervosy.

Diagnóza psychogenního přejídání zaznamenala v roce 2013 příchodem nové verze DSM-V několik změn. V DSM-V se na základě nových výzkumů zařadila mezi základní poruchy příjmu potravy. Oproti kritériím klasifikace nemoci v DSM-IV se snížil požadavek na četnost výskytu patologického chování. Pro naplnění diagnózy psychogenního přejídání je nutný výskyt patologického přejídání bez kompenzačních mechanismů (zvracení, cvičení, užívání léků na hubnutí aj.) aspoň jedenkrát týdně po dobu tří měsíců.

Jak je patrné výše, tato diagnóza není závislá na váze jedince, avšak Chaulet et al. (2018) píše, že postihuje až 10 % obézních osob. Podobně jako u bulimie nervosy a zároveň u diagnózy závislosti na NL, se u této poruchy často hovoří o zvýšené impulzivité a tato snížená schopnost kontroly často vede právě k záchvatům přejídání (užitím jídla podobně jako drogy). Tomuto impulzivnímu jednání často předchází negativní emoce (Juarascio et al., 2015). U jedinců s psychogenním přejídáním negativní afekt dominuje, vyskytuje se u nich ve vyšší míře komorbidně depresivní porucha (Gadalla, 2009).



## 4 Návykové látky

### 4.1 Dělení návykových látek

Drogy dělíme na legální a nelegální. První skupinu naše společnost velmi toleruje, obzvláště v případě užívání alkoholu. Následky abusu alkoholu, který patří mezi tvrdé drogy, mohou být fatální, u dětí a mladých lidí zvláště. Drogy narušují hodnoty a normální potřeby lidí. Narušují také zdravé vztahy. Společnost je k užívání zejména tabáku a alkoholu velmi tolerantní. Česká společnost je proalkoholní, alkohol se pije při každé oslavě a patří k důležitým společenským rituálům. Když se člověk rozhodne být abstinentem, zařadí se do menšinové skupiny a bojuje často s nepochopením okolí.

#### 4.1.1 Nikotin

Nikotin je silně toxická látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku. Nikotin je psychotropní látka, je vázán na tabák, který se kouří, méně často žvýká nebo šnupe. Počátek kouření tabáku lze vysledovat cca 500 let př. n. l. v civilizaci Mayú v Mexiku. Do Evropy se dostal po objevení Ameriky 1492, na distribuci se nejvíce podíleli Španělé a Portugalci. Smrtelná dávka je kolem 80mg, nejčastěji v odvaru z cigaret s čajem.

Nikotin má stimulační a uvolňující účinky. Jedná se o základní návykovou látku obsaženou v tabáku; váže se na tzv. nikotinové acetylcholinové receptory v nervové soustavě, vyvolává stav relaxace a stimuluje myšlení a pozornost. Ve stejnou chvíli však také nepřírozně stimuluje srdeční činnost a především vyvolává extrémně silnou závislost (považuje se za jednu z nejnávykovějších látek vůbec). Název „nikotin“ byl odvozen z odborného názvu pro rostlinu tabák (*Nicotiana tabacum*) (Sananim, 2007).

#### 4.1.2 Alkohol

Etanol, etylalkohol, chemicky  $C_2H_5OH$  je sloučenina vzniklá kvašením cukru. Je v pivu, vínu, lihovinách. Vínu podobné nápoje byly známy již před několika tisíci lety, víno z hroznů je známo 5000 let. Je znám egyptský papyrus s popisem pivovaru z té doby. Alkohol se pije, injekční užití je neobvyklé mimo medicínu (Sananim, 2007). Účinky jsou předvídatelné, stupňují se s koncentrací a množstvím. Pokusy různých vlád o prohibice se nikdy nesetkaly s úspěchem, zřejmě pro všeobecnou oblibu alkoholu a jeho snadnou výrobu.

Dlouhodobá konzumace způsobuje změny mozkových struktur. „*Specifické změny se vyskytují zejména ve funkci mezimozku, mozečku, spánkového a čelního laloku koncového mozku*“ (Fischer, Škoda, 2014, s. 94). Změny ve středním mozku a kortikálních strukturách jsou příčinou kognitivních deficitů. Závislost na alkoholu pak vzniká zejména díky změnám prefrontálního kortexu. Po vysazení alkoholu se rozvíjí odvykací stav, který může být životu nebezpečný, zejména po dlouhodobém abúzu. Charakteristické jsou jak fyzické, tak psychické obtíže. Dramatický průběh má odvykací stav s deliriem (F 10.4) kdy mají psychické i fyzické potíže vysokou intenzitu a dochází ke kvalitativním poruchám vědomí. Při deliriu tremens se vyskytují bludy a halucinace, stav může přejít do psychózy a skončit smrtí. „*Dlouhodobé škodlivé užívání alkoholu může dále vést k ireverzibilní poruchám CNS, kdy se jedná zejména o poruchy paměti a úpadek inteligence. V takovém případě hovoříme o alkoholové demenci*“ (Fischer a Škoda, 2014, s. 95).

#### 4.1.3 Těkavé látky

Těkavé látky jsou asi nejnebezpečnější skupinou látek. Jsou poměrně v dnešní době snadno dostupné, čicháním může dojít k předávkování se smrtelným zakončením. Opakované užívání vede k poškození mozku, jater, ledvin a kostní dřeně, protože jde o tuková rozpouštědla, která poškozují molekuly bílkovin. Typickým zástupcem je toluen. Vdechování rozpouštědel se dostalo do povědomí v 50. letech 20. století, první zprávy z USA byly z roku 1942 z oblasti etnických minorit, důvodem byl nedostatek peněz na alkohol (Sananim, 2007). Inhalace se provádí vdechováním z napuštěného hadru, smotku vaty pod dekou nebo z igelitového sáčku. Euforická fáze je kratší, podobná opilosti, rychle se prohlubuje do polospánku s barevnými sny a může přejít do kómatu. Vyvíjejí se i změny v duševních stavech. Potencionálně nebezpečné mohou být například bludy ve schopnost létat. Výskyt tolerance a odvykací příznaky nejsou popsány. „*Dlouhodobé užívání však vede k závažným zdravotním komplikacím jako je paranoidní psychóza, epilepsie a demence*“ (Fischer a Škoda, 2014, s. 105). Z organických rozpouštědel bývá zneužíván zejména toluen.

#### 4.1.4 Konopné drogy

Původní vlastí je Indie a oblast pod Himálají. Tyto drogy mají halucinogenní účinky, získávají se z jednoleté rostliny, ze semen vyroste rostlina vysoká i přes dva metry. Jde buď o hašiš, hnědé, pryskyřicovité placičky nebo hrudky balené do plastické folie nebo staniolu. Získává se z pryskyřice kvetoucích rostlin konopí. Koncentrace THC (tetrahydrokanabinolu) je

u hašiše 5x vyšší než u marihuany, což jsou rozemleté části rostlin, mající kořenovou vůni. Konopné drogy se rozšířily z Číny a Indie při islamizaci v 9. století na Přední východ, do Afriky. V Evropě je častější a stále vyhledávanější drogou až v posledním století, se zvyšující se oblibou. Konopné drogy jsou u nás dostupné v podstatě až po roce 1989. Kanabis má mírně imunopresivní účinek. Ovlivňuje receptory v mozku a slezině, negativně ovlivňuje imunitní odpověď organismu. Dnes se uvažuje o povolení užívání řízených množství marihuany při některých medicínských indikacích. Neprávem se o konopí, na rozdíl od alkoholu, soudí, že je to neškodná droga. Je však jisté, že konopí působí závislost a při trvalém užívání vede k tělesnému poškození. Téměř všichni kuřáci hašiše trpí chronickou bronchitidou a riziko rakoviny je ve srovnání s kouřením až 10x větší. Je to patrně vysokým obsahem dehtu v droze a kouřením bez filtru.

Somatická závislost u kanabinoidů nebyla prokázána, proto jsou v některých kulturách považovány za neškodné a tolerovány, tak jako je tomu v naší kultuře u alkoholu. Avšak při dlouhodobém užívání jsou popisovány poruchy kognitivních funkcí. Zejména soustředění, pozornost a rychlost zpracování informací. „*Kouření marihuany zvyšuje riziko vzniku nádorových onemocnění, snižuje fertilitu a při dlouhodobém užívání snižuje vštěpovací schopnost mozku* (Zábranský, 1997, s. 10).“ Nebezpečí kanabinoidů může spočívat v tom, že se mohou stát tzv. iniciační drogou a může dojít k následnému přestoupení k užívání tzv. tvrdých drog.

#### 4.1.5 Halucinogeny

Halucinogeny jsou rozsáhlou skupinou přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po halucinace. Přírodní látky této skupiny mají dlouhou historii užívání při různých šamanských a náboženských rituálech. Sem nejspíš patří známá tradice Delfské věštírny s Pythií, Odysseovy zážitky s Kirké a příběhy z Tisíce a jedné noci jakož i zážitky Marca Pola z popisů příhod na jeho cestách.

Z moderních syntetických látek sem patří LSD, syntetizované 1938. Poměrně rozšířené je v posledních letech užití lysohlávky, která se užívá žvýkáním a ponecháním v dutině ústní. Halucinogeny mění prožívání emocí, způsobují euforii, hypomanické tempo, bývá často alterace vnímání hlavně zrakového, tělového a hlubší vnímání barev. K halucinogenům patří i atropin, skopolamin, ketamin, užívaný v medicíně k celkovému znecitlivění, kyselina ibotenová v muchomůrce červené, psilocin a psilocybin v lysohlávce.

Účinky halucinogenů jsou velmi individuální. Intoxikovaný může zažívat jak euforii, tak záchvaty paniky. Po jejich užívání se vyvíjí tolerance, biologická závislost však nevzniká. Odvykací symptomy nejsou popsány. „*Specifickým symptomem intoxikace halucinogeny jsou flashbaky- spontánní recidivy zážitků, které měl dotyčný jedinec během poslední intoxikace*“ (Fischer a Škoda, 2014, s. 106). Flashbaky se mohou vyskytnout až do pěti let od užití halucinogenu. „*Největším rizikem všech halucinogenů je možnost nezvratného delarování latentního psychotického onemocnění- tedy vyvolání těžké duševní nemoci*“ (Zábranský, 1997, s. 13).

#### 4.1.6 Amfetaminy

Velmi rozšířená je extáze (MDMA), patentovaná firmou Merck 1912 jako anorektikum. Jejím účinkem je empatie, vcítění se do pocitů druhé osoby, je proto označovaná jako empatogen. Tento amfetamin se užívá ve formě nažloutlého prášku nebo tablety, jednotlivá dávka je 15-20 mg, působí 8-12 hodin (Sananim, 2007). Droga je levná a užívají ji lidé vystavení velkému pracovnímu nasazení, manažeři, politici, sportovci, umělci. K amfetaminům patří i droga zvaná speed, potlačující spánek, taneční droga s cílem protančit celou noc. Metamfetamin, známější pod názvem pervitin je derivát amfetaminu. V USA je k dostání ve formě prášku a intranasální aplikace má nástup účinku do 5- 10 minut. Detekovat se dá v moči až 24 dní. Krátkodobý efekt extáze způsobuje euforii, hezké pocity, zvýšené sebevědomí, nedostatek sebekontroly, pocení, zvracení, zvýšený krevní tlak, tlukot srdce, což může způsobit úzkost a nespavost.

#### 4.1.7 Kokain

Kokain se získává z listů keře koky. Tato droga přišla do Evropy ze severních svahů And. Užívali ji Indiáni už 3000 let př. Kr. jako prostředek zvyšující výkon, tišící hlad a žízeň. Kokain v dnešní podobě vyrobil roku 1835 z lístků koky lékárník Gaesdcke. Albert Niemann izoloval roku 1870 krystalickou substanci (zemřel na následky svých pokusů). Kokain byl prvním lokálním anestetikem, dosud se užívá v denní medicínské praxi prokain jako základní lokální anestetikum. Kombinace kokainu s alkoholem je tzv. freebase a kombinace s heroinem- koktejl (Sananim, 2007). Kokain je dnes naštěstí velmi drahý, a proto si ho mladiství nemohou ve větší míře dovolit.

#### **4.1.8 Pervitin**

Pervitin (metamfetamin) se řadí mezi stimulanty a vyrábí se z efedrinu. V ČR nejčastěji zneužívaná nelegální droga. Stimulanty obecně zlepšují kognici, zvyšují pozornost, vigilitu, výkonnost, metabolismus, dále způsobují euforii a veselost. Některá stimulanty jsou zneužívána jako doping nebo v době požadavků na vysoký výkon (př. zkouškové období, časový stres, taneční večírky). Pervitin se užívá nitrožilně nebo šňupáním. Stimulanty způsobují uvolňování dopaminu z nervových zakončení. Při akutním předávkování se vyskytují horečky, křeče, kóma a může dojít i k úmrtí. Při dlouhodobém užívání se vyskytují poruchy spánku, vysoký krevní tlak a psychické poruchy anxiózně-depresivního a paranoidního charakteru. Rychle se vyvíjí tolerance k látce. Odvykací syndrom může mít pestrou symptomatiku. Může se vyskytnout třes, panika, závrať a po dlouhodobém abúzu se mohou vyskytnout příznaky podobné paranoidní schizofrenii. Při odvykacím stavu se objevují symptomy opačné stavu akutní intoxikaci- nevykonnost, skleslost a bažení po látce. Abúzus pervitinu je také problematický z hlediska sociálně patologického (Fischer a Škoda, 2014).

#### **4.1.9 Heroin**

Heroin je polysyntetický opiát, který se vyrábí z morfinu. Morfin se získává ze šťávy máku setého (papaver somniferum). Heroin byl v 19. století běžně dostupný. Prodáván se pod názvem Heroisch neboli silný. Myslelo se, že je to lék bez závislostního potenciálu a léčila se pomocí něho závislost na morfinu.

Závislost na heroinu vzniká jak fyzická, tak psychická a rozvíjí se velmi rychle při pravidelném užívání. Vzniká tolerance a nutnost navyšovat dávku. Psychická závislost spočívá zejména v silném bažení po droze. Po odnětí drogy se rozvíjí abstinční syndrom, který je nepříjemný. Jeho intenzita závisí na délce, množství a způsobu užívání. Projevuje se poruchami zažívacího traktu, úzkostí a nespavostí. V těžších případech může dojít ke zvýšení tělesné teploty, třesu, poruchám řeči, dehydrataci až ke kolapsu a vzácně k úmrtí (Fischer a Škoda, 2014).

#### **4.1.10 Opiáty**

Opium k nám nejspíše přišlo z Orientu; islámský lékař Ibn-Suna odkazuje na zprávy o droze již kolem roku 1000 našeho letopočtu. Opium působí analgeticky, otupuje intelekt, omezuje vědomí, oslabuje zažívání, tlumí dýchací centrum a nosí smrt. Kouření opia v Číně

patřilo k „dobrému tónu“ a v 19. století to byla masová droga v Anglii. Ve středověku bylo známé „laudatum“: směs vína, opia a blínu. Opium bylo k dostání v lékárnách okolo roku 1900 jako zklidňující prostředek, na spaní, proti kašli, a dokonce se jím uklidňovaly malé děti. (Ještě v poválečných letech se na Moravě mnohdy dětem dělaly na zklidnění odvary makovic) (Zábranský, 1997).

Opium je hlavním zdrojem příjmů obyvatel afghánského venkova a další významnou produkční lokalitou je opiový trojúhelník v oblasti severního Thajska, Barmy a Číny. Pěstování máku a produkce opia zde slouží k obživě populace. Snaha orgánů OSN i vojenských sil směřit u obyvatel pěstování opia za jiné zemědělské produkty není úspěšná, protože za žádné jiné produkty v těchto nehostinných krajích nelze získat podobné finanční náhrady.

Můžeme se setkat s takzvanými sezónními uživateli opia (nejen v Čechách), kteří v době opiové sezony jezdí na maková pole, kde nařezáváním makovic získávají surové opium. To poté užívají několik měsíců. Někdy opium slouží jako doplňková droga, například u celoročních uživatelů heroinu. Zejména z ekonomických důvodů.

Opiáty obecně způsobují útlum kognitivních schopností a dechu. Zejména zpomalení myšlení, paměti a poznávacích funkcí. Opiáty mají euforický, analgetický a tlumivý efekt, ale první zkušenost může být i nepříjemná, doprovázená nauzeou a zvracením. Zjednodušeně se dá říci, že odvykací stav je opačný, než stav intoxikace. Je doprovázen neklidem, úzkostí, strachem a podrážděností. Může trvat až týden, ale není životu nebezpečný. *„Letálně může skončit těžká intoxikace heroinem. Opakovaná intoxikace opiáty vyvolává drastické a možná i nevratné změny v mozku. Obzvláště ohroženými částmi mozku jsou amygdala, hippokampus a mozková kůra. Jedním z důsledků je i snížená citlivost vůči účinkům ostatních drog, ale například i analgetik“* (Fischer a Škoda, 2014, s. 98).

## **4.2 Závislost**

Závislosti v obecném smyslu jsou celosvětový problém, který představuje utrpení pro postižené i jejich rodiny a každoročně si vyžádají mnoho milionů životů. Zahrnujeme pod ní užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek, ale i různé činnosti, které označujeme jako behaviorální závislosti (například gambling nebo hraní počítačových her). Dynamicky rozvíjející se obor studující závislosti se nazývá Adiktologie. Zabývá se prevencí, diagnostikou i léčbou závislostí. Zkoumá mechanismy vzniku závislosti a usiluje o komplexní popis strategie

řešení tohoto problému. Definice závislosti je celá řada, všechny se shodují, že se jedná o opakovanou silnou motivaci k určité činnosti, která vede k odměně či úlevě, a která nemá význam pro přežití jedince, a ten ji vykonává opakovaně bez ohledu na riziko újmy a škody, které způsobuje. Ve spojitosti s drogami se závislost chápe jako potřeba opakovaných dávek, aby byl zachován pocit pohody nebo odstraněn pocit nepohody. Člověk závislý na drogách pokračuje v užívání přes negativní důsledky, o nichž většinou ví (Nešpor, 2003). Závislost vzniká obvykle postupně. Jednorázové experimenty přecházejí ve víkendové užívání, později se přidává užívání během týdne, posléze epizody denního užívání, užívání v jízdách. Tyto excesy střídají období abstinence, protože uživatel si je vědom škodlivosti.

MKN-10 i DSM-V označují závislost za soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů. Závislost se dělí na látkovou a behaviorální neboli nelátkovou. V MKN-10 nacházíme závislost vyvolanou psychoaktivními látkami pod kódy F10-F19, nesou označení poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

MKN-10 udává pět znaků závislosti:

1. silná touha či nutkání užít látku,
2. obtíže v kontrole užívání týkající se začátku a ukončení či množství látky,
3. tělesný odvykací stav,
4. tolerance, vyžadování stále většího množství látky, aby došlo k účinku dříve vyvolaného menším množstvím látky,
5. užívání látky na úkor jiných, dřívějších zájmů a potěšení

Nešpor pak přidává ještě šestý znak, jak již píšeme výše, a to je pokračování v užívání i přes vědomí škodlivosti.

### **4.3 Škodlivé užívání**

Jedná se o terminus technicus, používaný v MKN-10. Jde o užívání návykových látek, které poškozují fyzické i psychické zdraví jedince, ale ještě se nejedná o závislost. Aby mohl jedinec získat tuto diagnózu, musí u něho být prokázáno poškození zdraví následkem užívání drog. Kromě psychických a fyzických následků se často objevují i sociální důsledky a tresty ve formě odnětí svobody. Akutní intoxikace nebo tzv. kocovina nejsou důkazem pro diagnostiku

škodlivého užívání. Škodlivé užívání také není diagnostikováno v případech, kdy osoba trpí jinou specifickou poruchou způsobenou užíváním nebo psychotickou poruchou.

Dříve pro tuto diagnózu dle DSM-IV stačilo, aby jedinec splňoval jedno u níže uvedených kritérií:

1. selhávání v některé ze životních rolí v důsledku užívání látky
2. opakující se rizikové užívání
3. opakující se právní problémy, které souvisí s návykovou látkou
4. pokračování užívání, přestože přetrvávají sociální nebo mezilidské problémy

Aktuálně používaná Pátá revize klasifikace duševních poruch DSM-V z roku 2013 již termín škodlivé užívání a abusus neodděluje od diagnózy závislosti. V nové klasifikaci je škodlivé užívání a závislost vnímáno jako spojitě kontinuum s různým stupněm závažnosti. Závažnost poruch spojených s užíváním návykových látek závisí na počtu potvrzených znaků (narušená kontrola, craving, poškození v sociální oblasti, rizikové užívání látky, změna tolerance, abstinenční syndrom apod.): 2-3 přítomné znaky poukazují na mírnou poruchu, 4-5 znaků a střední poruchu a 6 a více znaků na závažnou poruchu. V DSM-V se již nevyskytuje příznak opakovaných právních problémů spojených s užíváním návykových látek. A naopak do DSM-V bylo přidáno kritérium craving- silná touhla, bažení po látce, které v DSM-IV ještě nebylo.

#### **4.4 Bio-psycho-socio-spirituální příčiny vzniku závislosti**

Kudrle (2003) píše, že příčiny závislosti jsou velmi komplexní. Existují určité predispozice pro vznik závislosti, i když neznáme typickou predisponovanou závislou osobnost. U někoho se závislost například na alkoholu rozvine v důsledku velmi častého a nadměrného pití, u jiného hrají větší roli faktory genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní prostředí, kde vyrůstá. Nejčastěji jde kombinaci těchto faktorů. Získané fyziologické faktory se kombinují s psychologickými a sociokulturními a později může dojít ke vzniku závislosti. *„Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu“* (Kudrle, 2003, s. 91).

#### **Biologická úroveň**

Genetické predispozice, které byly doposud zjištěny, jsou zejména u závislosti na alkoholu. Jedná se o vrozenou větší toleranci k alkoholu, jedinec takzvaně „více snese“. To bývá laickým



okolím často mylně interpretováno jako pozitivní a obdivováno. Dotyčný musí zkonsumovat více alkoholu, aby dosáhl stavu opilosti. Někteří si tuto vyšší toleranci vytvořili „tréninkem“. „*Výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje závislost mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransmise a rovněž souvislosti mezi změnami hladin neurotransmiterů a změnami afektivních a kognitivních funkcí*“ (Kudrle, 2003, s. 91). Mezi biologické faktory také spadají okolnosti v období těhotenství matky, zda matka v té době užívala, doba po porodu, psychomotorický vývoj, onemocnění, traumata a další. V případě, že matka v těhotenství užívá návykové látky a nedojde rovnou k fyzickému postižení dítěte, minimálně už dítěti vytváří určitou predispozici pro možný vznik závislosti v budoucím životě dítěte. Užíváním matky v těhotenství se u dítěte vytváří jakýsi imprint, vtisk, který v budoucnu už jen čeká na svou aktivaci, pomocí návykové látky. To je v laické populaci málo známé.

### **Psychologická úroveň**

V minulém století se psychologie osobnosti pokoušela popsat znaky typické pro závislého člověka. Odborníci řešili dilema, zda pacienti zneužívají psychoaktivní látky proto, že mají problémy, nebo problémy vznikají až v důsledku užívání. Příčiny závislosti jsou zřejmě v obojím. Závislí pacienti vykazují ve zvýšené míře v osobnostních testech tyto znaky: impulzivitu, extravertnost a nízkou frustrační toleranci. V důsledku užívání psychoaktivních látek se objevují častěji než u zdravé populace: poruchy vnímání, poruchy paměti, emoční labilita, nespolečenské chování a otupělost ve vnímání reality. Psychoanalytické teorie poukazují na existenci specifické osobnostní struktury, která se vytvořila fixací libida v orální fázi, v důsledku citově chladného přístupu matky k dítěti v raném dětství. Rozlišují orálně pasivní a orálně agresivní osobnost. Dřívější teorie tvrdily, že fixace libida vzniká v důsledku prudkého střídání dvou krajních poloh v daném období. Jedná se o polohu rozmazlování a nepřiměřeného hýčkáni dítěte a na druhé straně sterilního a chladného projevu rodičů. Příčina může být i v naprosté orální frustraci. Později se teorie rozšířily i do všech ostatních fází vývoje Freudovy vývojové teorie osobnosti. Dle fáze vzniku fixace se liší výsledná struktura osobnosti. Ti, u kterých došlo k fixaci v pozdějších fázích vývoje, mají lepší prognózu.

S další důležitou psychoanalytickou teorií psychologického vzniku (nejen) závislosti přichází Bowlby, který formuloval známou teorii attachmentu. Attachment je popisován jako vrozený systém CNS, který ovlivňuje emoční, motivační a paměťové procesy ve vztahu k lidem, kteří o člověka pečují. Tento systém vede dítě k vyhledávání blízkosti s rodičem, čímž

se zvyšuje jeho šance na přežití. Dítě se učí zpracovávat nelibé pocity a vyvolávat stavy libé. Opakující se zkušenost z těchto interakcí se postupně interiorizuje v podobě pracovních modelů attachmentu. Existuje několik druhů attachmentu: bezpečný, úzkostný, vyhýbavý a dezorganizovaný. Adaptivně dobře zvládat stresové situace zvládne pouze bezpečný attachment. Ostatní jsou patologické a deficitní. Bowlby (2010) tvrdí, že nejvíc patologické je žít v bezvztahovém prostředí, je to podle něj horší než zažít v raném dětství ztrátu po připoutání. Jelikož psychoaktivní látky působí změny v myšlení, prožívání i chování, člověk si díky nim kompenzuje nedokonale rozvinuté své vlastní vnitřní schopnosti.

Egopsychologové se zabývají obrannými mechanismy, které umožňují člověku adaptaci na změny v jeho prostředí. Užívání návykových látek chápou jako snahu navodit v organismu homeostázu. Nechápu abúzus jako vyhledávání vzrušení a libých pocitů, ale jako automedikaci nepříjemných emocí, které neumí regulovat vlastními silami. Egopsychologové tedy nechápu závislost jako produkt specifické osobnostní struktury, ale jako symptom, reagující na vnitřní konflikt.

Zkoumají se i psychogenní vlivy a faktory v prenatálním období, které působí na rozvoj a vznik závislosti. Někteří autoři, například Grof (1993) tvrdí, že tyto vlivy se objevují již v období nitroděložního vývoje a při porodu. Jde o to, že když se žena v těhotenství stresuje nebo těhotenství prožívá jako stresovou událost, ovlivňuje její prožívání i plod.

### **Sociální úroveň**

Sociální úroveň se zabývá prostředím, kde jedinec vyrůstá. Důležitý je sociální status rodiny, rasa a prostředí, kde jedinec vyrůstá. Špatné sociální prostředí brzdí vývoj jedince a deformuje jeho zrání. Zde je velmi důležitá rodina, případně její absence, a vývoj v dětském domově, což už samo o sobě velmi těžkým startem do života. Rodina hraje důležitou roli v období dospívání, dítě přejímá rodinné mýty, pravidla a učí se zde komunikovat s okolním světem. Rodinné vlivy mohou na dítě působit jak rizikově, tak protektivně. Někdy se stává, že rodina často nevědomě podporuje závislost dítěte nebo jiného člena rodiny. Riziko pro vznik závislosti u dítěte je, když samotní rodiče jsou na nějaké návykové látce závislí. Může se jednat i o závislost na alkoholu, ale v posledních letech i o nelátkové závislosti jako je patologické hráčství, hraní on-line her, sázení apod. Další riziko jsou nejasně stanovená pravidla v rodině. Dále málo času na dítě, nedostatek dohledu nebo přehnaný dohled (extrémy jsou vždy špatné), nedostatečná citová vazba (attachment), o které píše ve svých knihách Bowlby (2010). Riziko představuje dále týrání dítěte, sexuální zneužívání, násilí, velká přísnost. Když je rodina

izolovaná od společnosti a okolí, když rodiče podceňují dítě a nemají od něho žádná očekávání. Jasně riziko je, když rodiče pítí alkoholu a brání drog schvalují. Také když jsou rodiče duševně nemocní, zažívají hmotnou nouzi, časté stěhování, když dítě žije mimo domov, rodinu. Také když matka nebo někdo jiný z rodiny působí jako takzvaný „umožňovač“, umožňuje a usnadňuje ať už vědomě či nevědomě návykové chování dítěte a oslabuje tak motivaci k pozitivní změně (Nešpor, 2007).

### **Spirituální úroveň**

Spiritualita jedince nemusí nutně znamenat víru v určité náboženství a boha, jak si mnoho lidí myslí. Pojem spiritualita bychom zde odlišili od pojmu náboženství v tradičním pojetí. Spiritualita je přesah jedince. Je to něco abstraktního, k čemu se obracíme a v co věříme. Vychází z kulturnosti prostředí. Může poskytovat smysl úsilí a smysl života samotného. K této úrovni se nejvíce obrací Anonymní alkoholici ve svých dvanácti krocích k uzdravě. Stává se, že i když závislý člověk stabilizoval svou abstinenci, zůstalo existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu života. Proto je potřeba, aby programy pracující s těmito lidmi, myslely i na tuto rovinu potřeb. Považuji za důležité, aby psychoterapeut byl otevřený těmto důležitým existenciálním tématům a byl ochotný a schopný je s pacienty řešit. Protože jedině tak může dojít k uzdravě na úrovni existenciální. Objevují se tvrzení, například Grof (1993) tvrdí, že závislost je především duchovní krizí a žízněním po celistvosti.

## **5 Psychiatrické komorbidity**

### **5.1 Pojem komorbidita**

Na začátek považujeme za důležité vymezit pojem komorbidita a další související pojmy. Často se nerozlišují pojmy komorbidita a duální diagnóza. Psychiatrickou komorbiditou podle světové zdravotnické organizace (WHO, 2004) rozumíme výskyt dvou či více psychických poruch u jednoho jedince. Duální diagnóza pak představuje současný výskyt syndromu závislosti a jiné psychiatrické diagnózy. S pojmem duální diagnóza se tedy setkáváme v oborech zabývajících se závislostmi, zejména v adiktologii a psychiatrii. Abychom byli schopni rozpoznat a diagnostikovat komorbiditu, je potřeba mít rozsáhlé znalosti v oblasti psychologie i psychiatrie. Zanedbaná diagnostika či nediagnostikování jedné z poruch vede k prodloužení a zkomplikování celého léčebného procesu. Je potřeba na tuto oblast vždy myslet a pacienta se doptávat již při zjišťování a vytváření anamnézy. Při špatné diagnostice může dojít k zastavení léčebného procesu, v horším případě neúspěchu v léčbě a poškození pacienta. Kalina (2008) píše, že je velkou chybou, když nerozpoznáme, že k depresivní poruše ještě nasedá neléčená závislost na alkoholu.

V této problematice se také zabýváme vztahem duševního onemocnění a závislosti, a naopak vztahem závislost a duševního onemocnění. Vztah duševního onemocnění a závislosti je popisován u osob, kde se již dříve vyskytla nějaká duševní porucha a později se přidala závislost na některé návykové látce. Výskyt problému s návykovými látkami je častější u osob s psychiatrickou diagnózou než u běžné populace. To se týká také osob trpících poruchami příjmu potravy, častěji žen. Vztah návykové chování a duševní choroba, se vyskytuje u osob, co už nějakou návykovou látku užívali nebo na ní byli závislí (často stále jsou) a později se vyskytla duševní nemoc.

Komorbidita u poruch příjmu potravy výrazně zhoršuje prognózu a průběh onemocnění. Je potřeba časně diagnostiky a vytvoření individuálního léčebného plánu, ale také motivace klienta.

Obecně lze tvrdit, že většina duševních problémů zvyšuje možnost problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci a léčbu. Mezi časté kombinace poruch, s kterými se běžně v praxi setkáváme, patří poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu

anebo drogách. Výskyt je častější u žen (Nešpor, 2003). Bylo zjištěno, že alkohol nejčastěji užívají ženy trpící bulimií a záchvatovitým přejídáním.

## **5.2 Psychiatrická komorbidita u poruch příjmu potravy**

Role komorbidních poruch přesahuje specifickou psychopatologii poruch příjmu potravy a je zajímavá z mnoha hledisek. Komorbidní poruchy mohou posloužit k rozvoji hypotéz o etiologii poruch příjmu potravy. Mohou mít také společnou etiologii, přičemž jejich rizikové faktory mohou být částečné nebo úplně stejné. Na druhé straně mohou mít rozdílnou etiologii a na sobě nezávislé rizikové faktory. Výskyt jedné poruchy může zvýšit riziko výskytu poruchy druhé (například chronické držení diety může zvýšit pravděpodobnost vzniku afektivní poruchy). Komorbidní porucha může změnit klinický obraz poruchy příjmu potravy, a to buď bezprostředně anebo po remisi. Existence komorbidní poruchy má vliv na délku a průběh onemocnění a na jeho prognózu. Z těchto aspektů vyplývá nutnost léčby obou poruch a rozvoj diferenciálních terapeutických konceptů.

U mentální anorexie a bulimie je vyšší výskyt těchto poruch oproti normální populaci: afektivní poruchy, fobicko- anxiózní poruchy, zneužívání a závislost na návykových látkách a poruchy osobnosti. Zatím není jisté, zda se tyto komorbidní poruchy, zjištěné na klinickém vzorku osob trpících PPP, vyskytují i u lidí trpících poruchami příjmu potravy, kteří lékařskou pomoc nevyhledali. Výskyt psychiatrické komorbidity u hospitalizovaných pacientů s PPP se uvádí až u 97 % případů. 94 % komorbidit tvoří poruchy nálady (nejčastěji unipolární deprese), 56 % úzkostné poruchy a 22 % zneužívání návykových látek (Blinder et al., 2006).

Papežová (2012) píše, že podíl depresivních poruch je jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie 50 % - 70 %, ale pořadí vzniku poruch je nejednoznačné a liší se. U jedné třetiny pacientek se depresivní porucha objeví před poruchou příjmu potravy, u další třetiny po vyléčení a u poslední třetiny se vyskytne současně s poruchou příjmu potravy. Jiný zdroj udává výskyt deprese u pacientů s PPP v 65 % - 90 % (Theiner, 2011).

Kompulzivní a obsedantně- kompulzivní poruchu nacházíme u anorexie a bulimie relativně často, ve 25 % případů. Nutkavé rysy osobnosti jsou však velmi časté a dají se pozorovat jak po remisi, tak po normalizaci váhy. Ostatní fobicko- úzkostné poruchy, jako je například sociální fobie, se vyskytují u obou poruch přibližně stejně často, ale obzvláště často u bulimie, až ve 30 %. Bulimii zpravidla předchází sociální fobie (Papežová, 2012). Starší výzkum udával

výskyt OCD u pacientů s poruchou příjmu potravy v 11 % - 83 % (Rothenberg, 1988). To, že pacienti s mentální bulimií trpí častěji OCD než kontrolní skupina, potvrdil i další výzkum. Jeho autoři tvrdí, že pacienti na konci léčby PPP vykazovali méně symptomů OCD (Rubenstein et al., 1995).

Dalším problémem je shromažďování věcí a kleptomanie. Nejen hromadění věcí, ale i krádeže mohou také doprovázet poruchy příjmu potravy, a to i u inteligentních dívek. Jsou dívky, které netrpí nedostatkem peněz, přesto mají iracionální strach z chudoby. Papežová (2012) ve své knize píše, že to jsou často dívky, které mají vztahy plné zlosti, studu a deprivace. V zahraničí se jim doporučuje číst kniha Willa Cupchicka- „*Why honest people steal...*“, která se snaží zprostředkovat pochopení tohoto chování.

Byl potvrzen také výskyt ADHD u poruch příjmu potravy, tedy hyperaktivity spojené s poruchou pozornosti. ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) je deficit nebo porucha pozornosti s hyperaktivitou. Někdy je uváděn též jako ADD. U nás se používal v obdobném významu starší termín LMD- lehká mozková dysfunkce, která však na rozdíl od ADD nepopisuje projevy chování, ale příčinu poruchy. ADHD se vyskytuje u 5-10 % školních dětí, u 80 % z nich přecházejí potíže do adolescence a u 60 % adolescentů se některé příznaky vyskytují i v dospělosti. U poruch příjmu potravy se impulzivní chování, což je jeden ze znaků ADHD vyskytuje poměrně často, a to zejména u mentální bulimie. U mentální anorexie se impulzivita vyskytuje zřídka. U poruch spojených s přejídáním a obezitou je naopak impulzivita velmi častá. „*ADHD lze považovat také za poruchu sebekontroly, kdy nemocní nejsou i přes dobrou znalost a pochopení požadovaného výkonu schopni dosáhnout cíle, který vyžaduje opakované vyhodnocení situace, naplánování nové strategie a regulování vlastního chování. Velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů a jsou málo oceňováni*“ (Papežová, 2012, s. 36). Lidé postižení tímto deficitem preferují snadné a rychlé zisky. Často se u nich vyskytne závislost na odměně a s tím spojené odměňování se jídlem. Toto je vlastně už podporováno v raném dětství, běžně ve společnosti, kdy dětem za nějaký výkon nebo když bude hodné, slíbíme sladkosti a odměnu ve formě oblíbeného jídla. Kombinace ADHD a poruch příjmu potravy je komplikací a rizikem vzniku další komorbidity, poruchy chování. ADHD je nejčastěji spojeno s poruchami příjmu potravy jako je impulzivní přejídání (binge eating) a nočním přejídáním.

Jednou z vážných poruch spojených s poruchami příjmu potravy je porucha autistického spektra. Mezi rysy, které jsou společné pro poruchy příjmu potravy a autismus patří potřeba

zachovávat rutinní pravidla, nejíst v cizím prostředí a jídla, která připravil neznámý člověk. Každá změna navodí paniku a nepříjemné stavy u postiženého. Také se objevuje posedlost čísly a barvami. Postižený věří, že mu některé číslo a barva nosí štěstí nebo naopak smůlu a tím se řídí i v běžných denních činnostech. Například si vytvoří rituál, že každé páte sousto vynechá. Nebo že mu modrá nosí štěstí, tak když uvidí venku modré auto, bude den dobrý. Když mu nějaká barva nosí podle jeho úvah smůlu, například zelená a uvidí ten den několik zelených aut, bude den zkažený a bude například už po zbytek dne odmítat stravu. Snědení jídla je považováno za špatné a vede k panice. „*Postižený vše analyzuje, obsese se týkají stabilního umístění věcí, u jídla omývání a ujišťování se o čistotě, neustálé počítání kalorií a sledování hmotnosti*“ (Papežová, 2012, s. 37).

Papežová (2012) píše, že ve spektru poruch příjmu potravy lze o komorbidních poruchách hovořit zhruba ve 47 - 75 % případů. Mimořádně často se vyskytují tyto poruchy osobnosti: disociální, emočně nestabilní- hraničního typu, histriónská, narcistická, vyhýbavá, nejistá a závislá. Dále obsedantně- kompulzivní porucha. U restriktivních anorektických pacientek dominují spíše nutkavé a vyhýbavé poruchy osobnosti. U mentální bulimie nebo u atypické anorexie (bulimického typu) se vyskytují více disociální, hraniční, histriónská a narcistická poruchy osobnosti. Ve stejném poměru se vyskytují u bulimických a anorektických pacientek poruchy osobnosti- vyhýbavá, nejistá, závislá. Dle také obsedantně- kompulzivní porucha. Kromě poruch osobnosti mají pacientky trpící poruchami příjmu potravy výrazné určité rysy osobnosti jako je například: zvýšená kompulzivita, závislost, rigidita, kontrola nad impulzy, perfekcionismus a přizpůsobivost. Tyto specifické rysy, chování a postoje samozřejmě souvisí a jsou spolupodmíněné s podvážou pacientek, ale zajímavé je, že u některých pacientek se objevují už před začátkem poruchy.

U poruch příjmu potravy je častou komorbiditou zneužívání návykových látek a alkoholu. U bulimických pacientek je zneužívání a závislost na návykových látkách více časté a patrné. Papežová (2012) tvrdí, že závislostní chování můžeme pozorovat u 30 - 37 % bulimických pacientek a to převážně jako následek poruchy příjmu potravy. Pravděpodobnost vzniku závislosti na některé návykové látce včetně alkoholu je u bulimiček až 7 x vyšší než u anorektiček. „*Závislost na alkoholu i drogách může poruše příjmu potravy předcházet, vznikat při jejím léčení nebo existovat současně. Vznikne často ze snahy řešit alkoholem a drogami zvýšenou chuť k jídlu, jídlo nahradit drogou pro získání lepší kontroly nad jídlom nebo snášet*

*lépe restrikcí jídla*“ (Papežová, 2012, s. 35). Tento problém vyústí v potížích nejen fyzických, ale i psychických a případně zkomplikuje léčbu.

### **5.3 Psychiatrická komorbidita spojená se závislostí na návykových látkách**

U uživatelů návykových látek je frekvence výskytu komorbidit velmi vysoká. Psychická nemoc je rizikovým faktorem pro vznik závislosti, a naopak závislost či užívání návykové látky může vést ve zvýšené míře k rozvoji duševní poruchy (Kalina et al., 2015). Ne vždy je možné určit kauzální spojitost, některé symptomy mají tendenci užívání předcházet, některé mohou být jeho důsledkem a některé se mohou na rozvoji psychiatrické diagnózy podílet. Kalina a Minařík (2015) tvrdí, že závislost a další psychiatrická diagnóza jsou pouze dvě tváře stejného problému, tedy vyústěním jedné a stejné příčiny. Duální diagnóza je typ komorbidity definovaný WHO jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním návykové látky a další duševní poruchy u téhož jedince“.

Mezi uživateli drog v evropských zemích je prevalence duálních diagnóz od 5 % do 84 %, dle různých studií, typu zkoumané populace, typu psychiatrických potíží a použité metodologie (EMCDDA, 2015). Nejpočetnější skupinou uživatelů drog v ČR jsou uživatelé metamfetaminu (pervitinu) (Mravčík et al., 2016). Právě u uživatelů metamfetaminu se vyskytovaly více psychiatrické symptomy než u uživatelů opiátů a kokainu (EMCDDA, 2015). Nejčastěji se u uživatelů metamfetaminu setkáváme s psychotickými stavy a takzvanou toxickou psychózou, vyvolanou užitím této drogy (Darke et al., 2008), což je i nejčastějším důvodem hospitalizace. Studie uvádějí odlišnou četnost výskytu psychotických stavů vyvolaných metamfetaminem od 7 % do 51 % (EMCDDA, 2015; Glasner-Edwards et al., 2014; Hides et al., 2015; Palkovič et al., 2011; Salo et al., 2011). Další časté komorbidity jsou depresivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, ADHD a poruchy příjmu potravy. Orliková (2016) píše, že některé poruchy jsou označeny za primární (často úzkostné, depresivní stavy a asi 20 % psychóz) a část poruch je sekundárních, jde zejména o psychotické stavy a deprese. U pacientů léčících se pro závislost na alkoholu se odhaduje podíl těch, kteří trpí další psychiatrickou diagnózou na jednu třetinu až polovinu (Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2005).

Weaver et al. (2002) ve studiích komorbidit u uživatelů drog uvádí následující prevalenci komorbidit:



- Psychotické poruchy: 7,9 %
- Poruchy osobnosti: 37 %
- Těžká depresivní porucha: 26,9 %
- Mírná depresivní porucha: 40,3 %
- Úzkostná porucha: 19 %
- Smíšená depresivní porucha a úzkostná porucha: 18,5 %
- Depresivní porucha a/nebo úzkostná porucha: 67,6 %

Ústav zdravotnických studií a statistiky za rok 2003 přichází s následujícími daty o pacientech hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích s hlavními a vedlejšími diagnózami F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek.

### **Primární diagnóza je drogová závislost:**

V souboru 1057 hospitalizovaných osob převažují v 67,1 % poruchy způsobené alkoholem, dále v 13,3 % poruchy vyvolané užíváním několika látek a jiných psychoaktivních látek, Polymorfní uživatelé tvoří 21 % z celkového počtu 1330 vedlejších diagnóz. Nejčastěji užívanou látkou ve 28,4 % je alkohol, v 11,4 % sedativa a hypnotika, a v 10,2 % stimulantia.

Nejčastěji se vyskytují komorbidně tyto diagnózy:

- poruchy osobnosti (31,6 %) (smíšené poruchy osobnosti (49,6 %), paranoidní poruchy osobnosti (35,9 %), návykové a impulzivní poruchy osobnosti (13,3 %))
- neurotické poruchy (16,5 %) (reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (53,0 %), úzkostné poruchy (33,5 %))
- organické duševní poruchy (6,8 %)
- afektivní poruchy (13,1 %)

### **Primární diagnóza je psychiatrické onemocnění:**

U 1740 hospitalizací v roce 2003 byly poruchy vyvolané užíváním návykové látky uvedeny jako vedlejší diagnóza, kdy primární diagnóza byla mimo okruh závislostních poruch. Následuje podrobnější přehled poruch.

30,4 % všech diagnóz tvořily neurotické poruchy, se kterými se nejčastěji pojilo užívání těchto látek:

- alkohol (66,4 %)
- sedativa nebo hypnotika (11,5 %)
- kanabinoidy (4,7 %)

20,1 % ze všech diagnóz tvořili poruchy osobnosti, které nejčastěji užívaly:

- alkohol (60,2 %)
- kanabinoidy (8,1 %)
- nespecifikované poruchy (19,8 %)

19,9 % schizofrenie v kombinaci s užíváním NL:

- alkoholu (57,9 %)
- kanabinoidů (6,0 %)
- nespecifikované poruchy (20,3 %)

Důkladné diagnostické zhodnocení před vstupem do léčebného programu je nezbytné, zanedbání a neodhalení psychiatrických komplikací u závislostí vede k neadekvátně nastavenému léčebnému plánu, častějšímu vypnutí z léčby, recidivám a dalším negativním důsledkům pro pacienta. Aby léčba probíhala úspěšně, pacienti potřebují integrované služby. Velmi účinný se jeví přístup case management. Aby byla léčba co nejúspěšnější, je nutné k těmto pacientům přistupovat holisticky. To vede k velkým nárokům na erudici u zaměstnanců adiktologických služeb. Jedná se o oblast, která stále vyžaduje podrobnější výzkumná šetření a pozornost. Kalina a Vácha (2013) poskytují aktuální zhodnocení současné klinické praxe v ČR.

## **5.4 Zahraniční výzkumy**

Společný výskyt užívání návykových látek a poruchy příjmu potravy (PPP) je častý, jak potvrzují i následující studie. Nedávná metaanalýza ukázala, že mezi uživateli návykových látek s PPP byla celoživotní prevalence komorbidního užívání návykových látek 21,9 % (Bahji et al., 2019). Pacienti s PPP nejčastěji z návykových látek užívali tabák, kofein a alkohol (Bahji et al., 2019). Sedativa, konopí, stimulanty a volně prodejné produkty, jako jsou laxativa, diuretika a pilulky na hubnutí, tito pacienti také běžně a často zneužívají (Fouladi et al., 2015). Výzkum naznačuje, že u pacientů s PPP se současně se vyskytující závislostí na návykových

látkách, dochází k nižší míře efektivity léčebných intervencí, vyšší četností relapsů, závažnějším zdravotním komplikacím, pomalejšímu zlepšování zdravotního stavu, horšímu dlouhodobému výsledku léčby a vyššímu riziku předčasné úmrtnosti (Lindblad et al., 2016).

Vzhledem k vysoce rizikové povaze obtíží jedinců se současně se vyskytujícími PPP a závislostí na NL a špatným výsledkům spojených s jejich léčbou je důležité určit, jaké jsou u této populace účinné léčebné intervence. Hlavní překážkou pro identifikaci cílů léčby komorbidních pacientů s PPP a závislostí na NL je nedostatek výzkumu komplexně charakterizujících populaci těchto komorbidních pacientů, která hledá léčbu.

#### **5.4.1 Závažnost nemoci a psychiatrická komorbidita**

Samostatně mají PPP a závislosti na návykových látkách nejvyšší a druhou nejvyšší úmrtnost ze všech psychických poruch. (Preti et al., 2009). Jak PPP, tak závislost na NL se často vyskytují s komorbidními poruchami nálady, úzkostnými poruchami, posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a hraniční poruchou osobnosti (HPO). (Pennay et al., 2011). Becker a Grilo (2015) zjistili, že u pacientů s poruchami příjmu potravy, měli komorbidní pacienti s poruchami nálady i užíváním návykových látek nejzávažnější příznaky PPP a vyšší výskyt poruch osobnosti. Kirkpatrick et al. (2019) zjistil, že u dospívajících s PPP měli ti s komorbidním užíváním NL vyšší BMI při příjmu a více se u nich objevovalo sebepoškozování.

Několik studií zkoumalo, zda je současně se vyskytující užívání NL častější u mentální anorexie restriktivního typu (AN-R), typu mentální anorexie purgativního typu (AN-BP) nebo u mentální bulimie (BN). Teoreticky se věří, že chování při nárazové purgaci (zvracení či užití laxativ) po přejedení, je více spojeno se zneužíváním návykových látek, protože existují důkazy o zvýšené spojitosti mezi tímto chováním a problémy s impulzivitou a regulací emocí (Lavender et al., 2015). Jedna velká studie zjistila, že u pacientů s PPP měli pacienti s BN a AN-BP nejvyšší prevalenci komorbidního užívání návykových látek, oproti účastníkům s AN-R, kteří touto komorbiditou trpěli nejméně ze zúčastněných respondentů (Krug et al., 2009). Root et al. (2010) zjistili, že napříč skupinami s poruchami příjmu potravy skupiny BN a AN-BP častěji uváděly zneužívání alkoholu a užívání tablet na hubnutí ve srovnání se skupinou AN a skupinou AN-BP která uváděla zneužívání alkoholu, užívání pilulek na hubnutí, stimulantů a podílení se na zneužívání více NL. Stejným způsobem Fouladi et al. (2015) zjistili, že pacienti s BN užívali návykové látky s vyšší frekvencí ve srovnání s pacienty s AN-R, AN-BP a u pacientů s AN-BP byla větší pravděpodobnost užívání látek než u pacientů s AN-R. Vyšší

frekvence záchvatového přejídání a následné purgace, byla navíc spojena s čtenějším užíváním návykových látek. Nakonec v metaanalýze k tomuto tématu Bahji et al. (2019) odhalili, že míra prevalence užívání NL byla signifikantně vyšší u jedinců s purgativním chováním (AN-BP a BN) než u jedinců s pouze restriktivním chováním (AN-R).

V následující rešerši zahraničních článků, jsme narazili na několik zahraničních výzkumů, které zkoumají také komorbiditu poruch příjmu potravy a užívání návykových látek. Autoři výzkumných článků se nejčastěji zabývali otázkou, která porucha příjmu potravy má větší předpoklad, že se u ní vyskytne komorbidita užívání některé návykové látky a které přesně. Zda se jedná o alkohol nebo jiné drogy.

Další studie zabývající se zkoumanou komorbiditou PPP s užíváním NL (Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994) se snaží o syntézu literatury na toto téma za patnáct let. Přezkoumává 51 studií, které se zabývají touto komorbiditou. Zkoumá studie, kde jsou ženy klasifikovány jako drogově nebo alkoholově závislé a zároveň trpí poruchami příjmu potravy. Dále tento článek zkoumá studie, kde jsou ženy prvotně klasifikovány jako trpící některou poruchou příjmu potravy a druhotně užívají nějaké návykové látky. Tato studie se snaží odhalit, zda je větší spojitost s anorektickým nebo bulimickým chováním a užíváním návykových látek. Ukázalo se, že pacientky s diagnózou bulimie nebo anorexie purgativního typu mají větší sklon k užívání návykových látek a alkoholu, tedy i větší riziko vzniku závislosti. U žen s anorexií restriktivního typu se užívání návykových látek vyskytuje v menší míře. Nebyla zjištěna vyšší prevalence užívání návykových látek u příbuzných pacientů trpících poruchami příjmu potravy. Je známo mnoho mechanismů vysvětlujících vztah poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a často vedou k dalším nezodpovězeným otázkám a námětům na další výzkumy.

Cílem dalšího vědeckého bádání (Piran & Gadalla, 2007) bylo prozkoumat komorbiditu mezi poruchami příjmu potravy a užívání návykových látek ve velké národně reprezentativní studii kanadských dospělých žen. Zkoumalo se jak celoživotní užívání návykových látek, tak občasné užívání. Design výzkumu byl založen na sekundární analýze dat. Byly použité statistiky z Canadian Community Health Survey (CCHS). K měření rizik vzniku poruch příjmu potravy byl použit Eating Attitude Test (EAT-26). Míra užívání alkoholu a užívání nelegálních drog byla měřena pomocí příslušných modulů z krátkého formy Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF). Údaje od národně reprezentativního vzorku kanadských dospělých žen byly rozděleny do tří věkových skupin, rozdělených pro tento výzkum.

V závěrech studie se ukázala významná spojitost poruch příjmu potravy a užívání návykových látek v jednotlivých věkových skupinách. Tato významná spojitost byla nalezena ve věkových skupinách 15 - 24 a 25 - 44 let, kdy byl použit dvanáctiměsíční časový rámec. Výsledky studie podporují výzvu pro rozvoj krátkých screeningových nástrojů pro dospělé ženy s problémy spojenými s jídlem a zneužíváním návykových látek a podporují vývoj léčebných strategií, které se zabývají komorbiditou poruch příjmu potravy a užíváním návykových látek.

Další studie z roku 2009 od autorů Arias, Hawke a Keminer poukazuje na existenci spojitosti mezi užíváním návykových látek a příznaky poruch příjmu potravy. Zejména u osob s diagnózou mentální bulimie a psychogenní přejídání. Tato studie také potvrdila hypotézu, že u mladých osob, zejména žen, s příznaky poruch příjmu potravy se objevuje také častější užívání alkoholu. Nejvyšší prevalence užívání alkoholu se vyskytla u žen s celoživotní prevalence mentální anorexie s epizodami přejídání a zvracení (33,5 %) a nejnižší u pacientek s mentální anorexií restriktivního typu (13,7 %) ve výzkumu, kde byl celkový vzorek 731 žen. Root (2010) píše, že riziko zneužívání alkoholu je podle výsledků výzkumu vyšší u jedinců, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním při nízké hmotnosti ve srovnání s těmi, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním až po znovu dosažení normální váhy.

#### **5.4.2 Temperament a emoční dysregulace**

Temperament (citlivost k podnětům odměny, impulzivita, vyhledávání nových a vzrušujících zážitků) a základní potíže s regulací emocí slouží jako běžné rizikové a udržovací faktory pro PPP a závislosti na NL. Nedávný výzkum poskytuje přesvědčivou podporu teoriím regulace emocí, které vysvětlují společný výskyt poruchy příjmu potravy a zneužívání návykových látek (Dir et al., 2013). Tyto teorie konkrétně předpokládají, že takto komorbidní jedinci disponují zejména maladaptivními zvládacími strategiemi stresu (Anestis et al., 2009). Na podporu toho stávajícího zjištění naznačují, že afektivní nestabilita, impulzivita, nižší frustrační tolerance a hledání novosti jsou běžné u jedinců s PPP, kteří zároveň zneužívají návykové látky (Fischer et al., 2012). Například studie zkoumající temperament zjistila, že psychogenní přejídání bylo spojeno se zvýšenou impulzivitou a riskantním rozhodováním (Mobbs et al., 2011). Podobně ve studii vysokoškolských mužů a žen vědci zjistili, že nižší frustrační tolerance a impulzivita- součást emoční dysregulace, která zahrnuje tendenci jednat ukvapeně, byla významně spojena s problematickým užíváním alkoholu a s poruchami v oblasti stravování (Dir et al., 2013). Nakonec Loxton a Dawe (2001) zjistili, že dospívající dívky, které

zneužívaly alkohol a trpěly PPP, byly citlivější k podnětům odměny (vykazovaly více znaků neuroticismu) než dospívající dívky, které žádnou z těchto poruch netrpěly.

### **5.4.3 Léčba**

Aktuálně dostupné literární zdroje se shodují na složitosti problematiky komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek. Tradiční léčebné programy tedy cílily na poruchu příjmu potravy a závislost postupně, obvykle se nejprve léčila ta závažnější porucha. Zájem o přístupy integrované léčby však vzrostl (Dennis et al., 2014) a výzkum naznačuje, že pacienti, kterým není poskytnuta integrovaná léčba, mají horší léčebné výsledky (např. Drake et al., 2001). Přesto však existuje omezený výzkum toho, na co by se takový integrovaný přístup měl optimálně zaměřit, a zároveň v této oblasti neexistuje shoda ohledně nejlepšího způsobu léčby těchto komorbidních pacientů.

Jedna z potenciálně slibných intervencí pro pacienty s komorbiditou poruch příjmu potravy a závislostí, je dialektická behaviorální terapie (dále jen DBT), což je léčba založená na modelu regulace emocí (Neacsiu et al., 2014). V DBT je poskytována psychoedukace a pacientům se doporučuje, aby přijali a naučili se tolerovat své emoční zážitky a zároveň se učí alternativní metody zvládnání svých emocí. DBT je dobře zavedená a fungující léčba u jedinců s mnohočetnými a těžkými psychickými poruchami a byla upravena i pro použití u pacientů s poruchami příjmu potravy (Safer et al., 2001). Testuje se použití modelu DBT pro pacienty se současně se vyskytující poruchou příjmu potravy a závislostí na NL (Dimeff & Linehan, 2008) a zároveň se podporuje jeho použití k cílení na více problémových oblastí integrovaným způsobem. Zjištění z této studie jsou slibná, což naznačuje, že integrovaná DBT pro léčbu komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na NL je spojena se sníženou závažností a četností užívání návykových látek, sníženým emočním stravováním (psychogenním přejídáním apod.) a zvýšenou úrovní důvěry ve schopnost odolat nutkání k užívání návykových látek (Courbasson et al., 2012). Vzhledem k omezenému počtu výzkumů léčby DBT komorbidity PPP a užívání NL může být lepší porozumění faktorům spojeným s touto komorbiditou ve srovnání s léčbou pouze samotné PPP nebo léčbou samotné závislosti na NL, při identifikaci potenciálních cílů léčby při současném řešení obou poruch zároveň.

Společně s předchozím výzkumem má několik z těchto zjištění důležité důsledky pro vývoj léčebného přístupu k populaci s komorbiditou PPP a závislostí, a poskytuje důvody pro užitečnost DBT pro současné cílení na tyto poruchy.

Celkově výsledky prokazující větší počet komorbidních diagnóz ve skupině PPP a u závislostí, a podporují potřebu integrované léčby, což je v souladu s nedávnými doporučeními odborníků v tomto oboru (Dennis et al., 2014). DBT zaujímá behaviorální přístup a léčí poruchy bez ohledu na jejich diagnostickou asociaci podle konkrétní hierarchie. Vzhledem ke složitosti případů komorbidních pacientů a tendencí těchto pacientů kolísat mezi chováním při PPP a užívání návykových látek v průběhu času (Dennis & Helfman, 2010) může být při léčbě obou projevů chování zároveň, užitečný integrovaný transdiagnostický přístup. Nebyly nalezeny indikační rozdíly pro léčbu PPP, závislosti a léčbu komorbiditu PPP a závislosti, je tedy vhodné podpořit integrovaný, transdiagnostický, DBT přístup léčby těchto poruch.

DBT poskytuje komplexní rámec pro efektivní práci s více komorbiditami pozorovanými u pacientů s PPP a závislostí. Snaží se řešit zejména střídání manifestace symptomů PPP, závislosti a dalších komorbidních příznaků. DBT nejprve systematicky řeší nejzávažnější a život ohrožující příznaky, aby se mohlo směřovat k dalším cílům léčby. V rámci léčby DBT se pacienti učí adaptivnějším způsobům zvládnání zátěže a učí se odhalovat své maladaptivní způsoby chování a nahrazovat je chováním zdravějším.

Pokud jde o další specifické komorbidní poruchy, statisticky nevýznamné zvýšení pravděpodobnosti výskytu posttraumatické stresové poruchy (PTSD) ve skupině pacientů s PPP a závislostí na NL, ve srovnání se skupinou se samotnou PPP naznačuje, že odstranění symptomů traumatu může být pro pacienty s PPP obecně relevantním cílem léčby. Oborníci skutečně pracují na vývoji obecných postupů pro souběžnou léčbu PPP a PTSD (Trottier & MacDonald, 2017). Stávající postupy v léčbě traumatu se běžně používají k léčbě PTSD u pacientů s PPP, patří sem i léčený postup DBT (Harned et al., 2012). Studie zjistila významné rozdíly mezi pacienty se současně se vyskytující komorbiditou PPP a závislostí na NL a samotně se vyskytující PPP v oblastech temperamentu, psychiatrických komorbidit, předepsaných léků a schopností regulace emocí. Tyto významné rozdíly mohou být důležité při vedení pokusů přizpůsobit léčbu této specifické populaci pacientů a poskytnout další důkazy o důležitosti integrované léčby pro komplexní řešení jejich problémů. DBT se jeví jako slibná léčba pro komorbiditu PPP a závislosti na NL, ale pro zobecnění postupů této léčby budou nezbytné další výzkumy týkající se zejména její účinnosti.

## **6 Psychodynamický přístup u závislosti**

De Leon (2000) píše, že závislost na návykových látkách je projev, nikoliv podstata poruchy. Proto by se léčba závislosti měla zabývat také skrytými proudy pacientovi osobnosti. Celá řada psychoanalytických metod se stala součástí většiny léčebných přístupů, například se bere v úvahu nevědomí, sebepojetí a osobnostní obrany pacientů. Prochaska a Norcross (1999), kteří popsali cyklus změny u závislých tvrdí, že zvyšování vědomí je v procesu změny klíčové. Již Freud popisoval tento proces jako učinit nevědomé vědomým neboli zajistit, aby bylo Ego tam, kde je ID a terapeuti se na tento model odkazují dodnes (Kalina, Miovský, 2008). U psychodynamických postupů se pomocí interpretace dosahuje sebepoznání a sebeexplorace u pacienta. Dochází tak k překonávání nevědomých psychických obran, které jsou pacientem užívány ke zvládnutí nepříjemných emocí, impulzů, podnětů (Mikota, 1995). Kontakt s vlastními emocemi, tělem a jednáním v rámci interpersonálních vztahů zajišťuje verbalizace, neboli překlad prožitků a chování do řeči. Po zvědomení má pacient šanci své nevědomé životní scénáře lépe rozpoznávat, zvládat, měnit a zpracovat. Zejména ve skupinové psychoterapii se verbalizace odehrává pomocí udělování zpětných vazeb. Behaviorální a kognitivně behaviorální psychoterapii nabízí k verbalizaci alternativu, kterou popisuje jako popis neuvědomovaných vzorců chování a myšlenkových pochodů a racionální pochopení toho, co se má v chování změnit (Rotgers, 1996). Zvědomování přináší možnost autentičtějšího prožívání. Jeřábek (2008) píše, že ke změně chování může dojít tehdy, když mu předchází změna vnímání sebeobrazu. Zde je další paralela k poruchám příjmu potravy. Již Sigmund Freud jako první v roce 1884 přišel s teorií sebemedikace u závislých osob. S pojetím automedikačního nebo samoléčebného modelu vychází i psychodynamické pojetí vzniku závislosti. Konkrétněji jde o tlumení vzteku, redukci bolestných a nepříjemných afektů a posilování osobnostních obran. Dle Wurmsera (1984) trpí závislí pacienti intrapsychickými konflikty, zejména u nich nacházíme přísné superego. Drogy a alkohol tak slouží jako únik od nežádoucích pocitů a afektů. S teorií objektních vztahů a narušením symbiotického vztahu k matce přichází Henry Krystal, který tvrdí, že jedinec touží po sjednocení s ideálním objektem, ale současně prožívá hrůzu z možných zranění. Návykové látky pak slouží opět jako způsob, jak se odpojit od bolestivých emocí u alexithymického jedince. Dále se nabízí teorie psychosomatických obran proti intrapsychickým konfliktům, se kterou přichází McDougallová (1989). Autoři se shodují, že u osob, které snáze propadnou závislosti, nacházíme podobné



charakteristiky, kterými je nízká frustrační tolerance, lhavost, manipulativnost a nízké sebevědomí, související s chatrným superegem.

## **6.1 Teorie závislostních poruch, vycházející z psychoanalýzy**

Psychoanalytické teorie vzniku a rozvoje závislosti lze rozdělit do tří oblastí. Kalina (2013) vychází z původní Mikotovy koncepce (Mikota, 1995) a dělí teorie na: klasické psychoanalytické teorie, teorie z ego-psychologického období a další teorie (kam se řadí například teorie samoléčení, kodependence aj.).

### **6.1.1 Klasické psychoanalytické teorie**

Nejstarší psychoanalytická teorie závislosti pochází již z klasického psychoanalytického období a jedná se o teorii fixace v orálním stádiu. Projev fixace lze navenek pozorovat jako určitý povahový rys, vcelku typický pro závislé jedince. Projevuje se jako potřeba podpory, péče a zájmu od okolí, bez vynaloženého úsilí. U těchto jedinců dále pozorujeme netoleranci vůči frustraci, psychickému napětí a schopnosti snášet i krátkodobý stres. Vyznačují se neschopností odložit uspokojení. Intoxikace návykovou látkou slouží jako dočasný únik z frustrace, nepohody, kterou osoby s infantilním charakterem často prožívají. Orální fixace podporuje sklony k regresivnímu návratu, k ranějším formám uspokojování, což umožňuje například účinek alkoholu. Mikota (1995) píše, že autoři vycházející z teorií Freuda (1905) počátkem 20. století popisují anomální rodinné konstelace v rodinách alkoholiků a tím je potencován vznik orální fixace. Pozorovali hyperprotektivní, přehnaně pečující matku, ochraňující dítě (později závislého pacienta) před přísným, trestajícím otcem. Typickým rysem v těchto rodinách byl pozorován i ambivalentní postoj matky, kdy někdy přehnaně pečovala, jindy frustrovala. Teorie závislosti zabývající se rodinnými faktory vzniku závislosti z této teorie vycházejí a čerpají dodnes (Hajný, 2008). V anamnéze závislého pacienta často pozorujeme hyper-pečující matku a krutě trestajícího nebo zcela chybějícího otce. U osobností fixovaných v orálním stádiu je popsána preference nezralých forem psychologických obran, jako je například: projekce, popření, odštěpení apod. Prochaska a Norcross (1999) popisují rys orální osobnosti tak, že touží po pasivním přijímání či agresivním braní, ale bez dávání nebo zásluhy.

Ve stejném období jako datujeme orální stádium klasické psychoanalýzy, se odehrává i Bowlbyho attachment, neboli psychologický proces vzniku primární vztahové vazby s pečující

osobou, přimknutí. Erikson stejné období popisuje jako první stádium vývojového schématu- vznik bazální důvěry (nebo nedůvěry). Základní důvěra podle Eriksona znamená i vznik základní sebedůvěry. Když jsou orální potřeby v tomto bazálním stádiu nasyceny, vytváří se báze pozitivního pojetí Já i ne-Já. Je však nezbytná i určitá míra frustrace, pokud má úspěšně proběhnout proces separace - individuace neboli rozlišení Já a ne-Já. Vývojovým handicapem je deprivace i bezhraniční péče o dítě, obojí ztěžuje zráním dítěte a komplikuje jeho přechod do dalších vývojových stádií. To může mít vliv při vzniku určitých osobnostních rysů a celoživotního scénáře, jak píše Kalina (2013).

Hypotetickou teorii fixace v orálním stádiu berou v úvahu i další autoři a teorie závislosti- nízká tolerance vůči zátěži, intoxikace jako únik z frustrace, pocit uklidnění dodaný zvenčí.

Již od 20. - 30. let minulého století je problematika závislosti spojována s nízkou tolerancí vůči psychickému napětí, nízkou frustrační tolerancí, malou schopností snést bolest a odložit uspokojení potřeb (Mikota, 1995). Aby se závislí vyrovnali s psychickou tenzí a bolestí, používají k tomu nezralých primitivních forem psychologických obran. Kalina (2013) píše, že typickou odpovědí je umrtvení či zamrznutí negativních afektů. Základním osobnostně-vývojovým problémem je nenasycená raná potřeba psychobiologické intimity neboli bondingu- což je paralelou k attachmentu, který popisuje Bowlby. Když bychom u závislých jedinců pátrali v minulosti, našli bychom téměř u všech chování, které sloužilo ještě před užíváním návykové látky jako obrana proti nevědomým nepříjemným afektům, pocitům.

Užívání návykových látek s opakovaním zážitku intoxikace se také považuje jako dočasný únik z frustrací a návrat k symbiotickému stavu mysli, spokojenosti. Kalina (2013) píše o jádrové touze závislých lidí opakovaně se vystavovat účinku drogy bez prožívání škodlivých následků.

Dále například Hajný (2008) píše o problematice závislých osob, které jsou odkázány na z vnějšku dodaný pocit uspokojení, excitace, uklidnění, velmi podobně jako tomu je u kojence. Vnímání je zúženo na uspokojení základní potřeby a cestu k ní. Pozorujeme u těchto jedinců bezmoc a pasivitu bez vlastní vyvinutého úsilí a s tím spojenou závislost na péči a pomoci od ostatních. Avšak problém bývá v tom, že o tuto pomoc obvykle není schopen žádat aktivně sám. Před odmítnutím se chrání manipulativním chováním, čímž se nevědomky chrání. Směřuje k přímému uspokojení. Jako typický rys se ukazuje nedůvěra v ostatní, v sama sebe,

v budoucnost. Životní směřování, scénář závislého je (nevědomky) destruktivní. Kooyman (1993) přichází se zajímavou teorií, že závislý člověk je nejenom závislý na účincích návykové látky, ale také na zoufalém životním stylu, kdy se zoufalství ukazuje jako symbolické řešení jeho vnitřního konfliktu. Vše obvykle probíhá na nevědomé úrovni.

Avšak aktuální výzkumy a teorie v oblasti psychoanalýzy a psychodynamického pojetí závislosti již od klasického pojetí fixace v orálním stádiu jako předurčujícímu znaku příčiny vzniku závislosti upustily (Hajný, 2008). Projevy orálního chování se demonstrují až u rozvinuté závislosti.

Ke klasickému psychoanalytickému období patří také koncepty vycházející ze strukturálního modelu, se kterými přichází Kalina (2013), jako s rozšířením základních psychodynamických závislostních teorií. Freudův Strukturální model lidské mysli je obecně známý, tvoří ho tři instance- Id, Ego a Superego, neboli česky Ono, Já a Nadjá. Freud tvrdil, že cílem je, aby bylo Ego tam, kde je Id. Proto byla pozornost psychoanalytiků věnována zejména Id. Stejně je tomu i v teorii závislosti. V případě užívání návykových látek předpokládají souvislost s orálními, masochistickými, homosexuálními, hostilními či masochistickými impulzy. V první polovině 20. století nachází Mikota (1995) celou řadu teorií, které tvrdí, že alkoholismus je pomalá sebevražda, což je analogické vysvětlení primárnímu významu sebedestrukce, masochistického uspokojení apod. Návykové pití a užívání jiných drog pak slouží i jako prostředek trestání sebe sama, rodiny, blízkých, kdy nepřímou způsobuje utrpení a stává se tak prostředkem hostilního jednání.

Rolí destruktivního superega se zabývá například Wurmser (1984). Superego je ohroženo emocemi jako je zuřivost a strach, a těm se snaží uniknout pomocí požívání návykových látek. Toto chování hodnotí Wurmser jako následek psychotraumatu v dětství. Může se jednat o zážitek násilí, sexuálního zneužití, opuštěnosti, zrady, nepřítomnosti rodičů... U závislých pak vidíme často v důsledku popření těchto potíží rebelské chování, vzdorovitost, nepřijetí autorit, konflikt a sebepochybnosti a také bohužel to, že dochází k vyřazení ostatních funkcí Superega, udržujících egoideál, to znamená- stabilitu nálad, afektů a vztah k sobě. Užívání návykových látek je v této teorii (Wurmser, 1984) chápáno jako onnipotentní způsob vyhnutí se nepřijemným afektům, bolesti, studu a úzkosti.

### **6.1.2 Teorie z ego-psychologického období**

Egopsychologické je období postfreudovské a zahrnuje teorii objektních vztahů, ego-psychologii a self psychologii. Kalina (2013) píše, že ego-psychologie se při formulaci teorie závislosti zaměřila na patologii procesu utváření osobnosti. Soustředila se na obranné funkce Ega a to nejen ve smyslu obrany Ega před Id. Obranné mechanismy umožňují adaptaci na změnu v prostředí. Abúzus tato teorie chápe jako způsob, jak nastolit v organismu homeostázu. Užívání návykových látek je v tomto případě chápáno jako způsob zvládnání nepříjemných emocí, ne jako vyhledávání vzrušení. Ego psychologie chápe závislost jako symptom, který reaguje na vnitřní konflikt, jak píše Váchová a kol. (2009).

### **6.1.3 Další teorie- samoléčení a kodependence**

Teorie samoléčení a kodependence patří mezi další psychoanalytické teorie. Myšlenka zvládnání nepříjemných psychických stavů pomocí návykových látek spojuje většinu psychoanalytických teorií od Freuda až po současnost. Tento způsob dosahování homeostázy či integrity je rychlý a snadný a nevyžaduje odklad uspokojení, úsilí či angažování ve vztazích. Biomedicínské teorie závislosti píší o neurobiologických mechanismech rychlé odměny. Psychoanalytické teorie se zabývají tím, proč někteří lidé upřednostňují tuto formu uspokojení před jinou. Mikota považuje hypotézu samoléčení za smysluplný a logický výklad souvislosti patologických osobnostních rysů a nutkáním opakovaně užívat návykovou látku i přes vědomí škodlivosti. Závislí by touto teorií neměli své chování hájit.

S pojmem kodependence přišlo poprvé hnutí Anonymní alkoholici. Nejedná se o diagnózu, ale o popis fenoménu. Je ho možné vysvětlit z různých hledisek, stejně jako udržovací chování. Jeden z výkladů vychází i z teorie rodinné homeostázy, kterou popisuje představitel rodinné terapie Haley (1981). Haley popisuje obranu rodiny proti narušení patologické rovnováhy, kdy po úspěšné léčbě musí rodina čelit novému fenoménu, kterým je abstinence, což popisoval i Skála (1987). Kodependence není tedy svým původem psychoanalytický koncept. Nicméně v oblasti zejména rodinné psychoterapie je tento fenomén neopomenutelným. Teorie vysvětluje umožňující a udržovací vzorec závislostního chování u člena rodiny. Jde ve své podstatě o strategii chování, která umožňuje například nadměrné pití, udržuje závislostní vzorec, podněcuje relaps po zdánlivě úspěšné léčbě nebo zabraňuje vůbec vstup do léčby. Prakticky se může jednat o bagatelizaci potíží, odkládání řešení, neschopnost dodržovat určitá pravidla apod. Teorie kodependence vysvětluje toto chování tak, že užívání

návykových látek u člena rodiny naplňuje nevědomé osobnostní potřeby u dalšího nebo dalších členů rodiny a tím se chování udržuje. Spoluzávislí jedinci pak blokují možnost změny u závislého člena rodiny a i navzdory nebo právě kvůli utrpení, které to rodině přináší.

## **6.2 Význam psychodynamických přístupů v léčbě závislostí a PPP**

Mikota (1995) popisuje uplatnění psychodynamických přístupů v léčbě závislostí a také si kladl otázku, co by se mělo v dosavadní praxi změnit. Jeho terapeutické závěry jsou s filosofií léčby poruch příjmu potravy velmi blízké. Klasické behaviorální postupy v léčbě by neměly být pouze přeučování nežádoucího chování, ale terapeuti by se měli více zabývat intrapsychickým a interpersonálním rozměrem závislostní problematiky. V podstatě jde o to, věnovat více energie a pozornosti terapeutickému vztahu, korektivní emoční zkušenosti a novému učicímu prostředí.

Tabulka č. 1: Formy a metody péče. (Zdroj: Kalina, 2003)

<b>Metody/Formy</b>	<b>Léčba</b>
1. Farmakoterapie	Pro zvládnání odvykacího syndromu a komplikací
2. Individuální terapie	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem
3. Skupinová terapie	Klíčová složka programu
4. Rehabilitace, výchova, volno-časové aktivity	Důležitá složka programu
5. Léčebný režim	Kontrolovaný režim v době programu, monitorování času mimo program
6. Principy terapeutické komunity	Žádoucí v době programu
7. Práce s rodinou	Nezbytná, soustavná
8. Sociální práce	Nezbytná
9. Testování drog	Důležité, průběžně

### **6.2.1 Změna- sekundární emoční vývoj**

Pro psychoterapeuta je nezbytná nejenom znalost psychoanalytických teorií, ale také znalost týkající se možnosti změny u pacienta, jeho individuální vývoj, terapeutické možnosti a způsob, jak je možné změny dosáhnout. U velké části pacientů, kteří vstupují do psychoterapie, byl normální vývoj narušen. U pacientů se závislostí a poruchami příjmu potravy se setkáváme se zneužíváním v anamnéze, zanedbáváním v dětství, traumatizací, deprivací, což obvykle velmi negativně ovlivnilo jejich individuální vývoj a vztahy. Psychotherapeutické prostředí a vztah může nabídnout možnost jakési reparace, pomocí sekundárního emočního vývoje. Dochází k znovuprožití poškozujících vývojových situací a jejich zpracování v průběhu terapie. Kalina (2013) píše, že když se sekundární emoční vývoj v psychoterapii zdaří, pacient odchází silnější a lépe se v sobě vyzná. Také popisuje, že nejpodstatnější je pro pacienta, aby poznal sám sebe, prožil emoční i kognitivní korektivní zkušenost (ať už ve skupinové nebo individuální psychoterapii) a přijal odpovědnost a osvojil si adaptivnější strategie chování a zvládnání zátěže. Camplingová a Haigh (1999) nabízejí pohled na budování změny v psychoterapii jako paralelu individuálního emočního vývoje pacienta v dětství. Více k pohledu viz tabulka číslo dvě níže. První sloupec popisuje pět esenciálních fenoménů, druhý sloupec popisuje vzestupně stádia individuálního vývoje jedince a třetí sloupec je definicí jejich zdrojů v psychotherapeutickém prostředí. Cílem je demonstrovat, že primární emoční vývoj jedince je přítomen i v psychotherapeutickém kontextu a je tak podmínkou a podnětem pro následný sekundární emoční vývoj, kdy jde o to, poskytnout pacientovi reparativní, novou, lepší zkušenost a tím pádem i úzdravu.

Tabulka č. 2: Změna v psychoterapii. (Zdroj: Campling a Haigh, 1999)

<b>Teoretický princip</b>	<b>Původ v individuálním vývoji</b>	<b>Zdroje v psychoter.prostředí</b>
Attachment	Primární vazba, ztráty a růst	Připojování, vztah, sounáležitost, odcházení
Containment	Mateřské a otcovské „obsahování/ohraničování“	Bezpečí, podpora, pravidla, hranice
Komunikace	Hra, řeč, „druzí“ jako oddělení	Jazyk, řád, étos, otevřenost, dialog
Zapojení	Nacházení místa mezi ostatními	Souhra a protihra, konflikty, živé učení, korektivní zkušenost
Jednání	Ustavení vlastního Já jako východiska akcí	Zmocnění, jednání v řádu, „být sám sebou“, odpovědnost

### 6.2.2 Attachment

Významný představitel londýnské psychoanalytické školy John Bowlby přišel s teorií attachmentu, česky překládáme s teorií vztahové vazby (přimknutí, přilnutí apod.). Teorie je klíčová i v soudobé dětské vývojové psychologii a tvoří rámec pro chápání raných vztahů dítěte k pečující osobě a dalším blízkým osobám. Jádrovým zjištěním této teorie je podstatnost zažívání vřelého, důvěrného a kontinuálního vztahu u dítěte a matky nebo jiné pečující osoby a aby v něm oba nacházeli uspokojení (Vavřda, 2005; Yalom a Leszcz, 2007; Kalina, 2013). Pakliže se nevytvoří mezi dítětem a pečující osobou bezpečná vztahová vazba, vytváří se jiná forma vztahu obranné povahy, a to má neblahý vliv na psychopatologii pozdějšího věku. Vytváří se defektní model vztahové vazby, kdy rozlišujeme vztahovou vazbu vyhýbavého, odmítavého či chaotického typu. Toto má vliv i pozdější vztahy a její utváření.

Pozitivem pro nás psychotherapeuty je fakt, že vztahová vazba- attachment může být reparaován/získán i sekundárně a to pomocí navázání významného, bezpečného a nosného vztahu v pozdějším věku. Může se jednat i o vztah terapeutický. V tom spočívá i jeho potenciál a potenciál terapeutického prostředí. Psychotherapeut by se neměl vůči pacientovi chovat vyhýbavě, odmítavě nebo chaoticky, ale jeho klíčovým úkolem je zajisti bezpečné prostředí potažmo vztahovou vazbu. V opačném případě by docházelo k posilování deformovaného, pracovního modelu attachmentu u pacienta a v psychotherapii by nedocházelo ke kýžené změně.

### **6.2.3 Containment**

Další významnou osobností londýnské psychoanalýzy je Wilfred Bion. Teorie containmentu popisuje matčinu schopnost takzvaně obsáhnout dětské úzkosti a jiné nepříjemné emoce a hrát tak úlohy psychického kontejneru. Pokud je toho matka bez vlastních ohrožujících pocitů schopná, dítě se s nepříjemnými stavy dokáže vyrovnávat a integrovat své já. Pokud tohoto není z různých důvodů schopná, dítě si nevytvoří schopnost své prožívání ohraničit, zpracovat, vyznat se v něm a adekvátně ho vyjadřovat. Možnost nápravy containmentu psychotherapií je možná pomocí emočního uvolnění, což je jeden z účinných faktorů psychotherapie (Kalina, 2013). Pacient se v psychotherapii zbavuje nepříjemných, ohrožujících psychických obsahů, a je potřeba, aby byl psychotherapeut schopen kontejnovat bez pocitů vlastního ohrožení a aby pacientovi navrhl jejich únosnou verzi. Zpracování v terapii umožňuje u pacienta převod do vědomé roviny (Kalina, 2013). Haigh a Camling (1995) píší, že bezpečný rámec je klíčovým úkolem terapie, aby mohl pacient objevovat své intrapsychické a interpersonální potíže a nalézt efektivnější způsob jak se s vnitřním napětím, utrpením a nepohodou vyrovnat.

### **6.2.4 Komunikace**

Komunikace je terapeutický princip následující po zvládnutí úrovně attachmentu a containmentu. Komunikace je pro léčebný proces a zapojení pacienta do individuální nebo skupinové psychotherapie nezbytná. Komunikace vzniká až tehdy, jsou-li nevědomé emoční projevy kontejnované, obsáhnuté, rodičovským nebo terapeutickým bezpečným rámcem a dítě či pacient tak získává schopnost je sám zpracovat, obsáhnout, sdělit (Kalina, 2013).



### **6.2.5 Zapojení**

Pacienti, kteří do terapie vstupují s problémy na této úrovni, obvykle nejvíce těžší v léčbě ze zpětných vazeb, konfrontace, získávají emoční korektivní zkušenost a učí se čelit svým potížím, které v mezilidských vztazích mají (Kalina, 2013).

### **6.2.6 Jednání**

Tato etapa znamená v psychoterapii pro pacienty přijetí odpovědnosti za změnu, naučení a zkoušení nových vzorců chování a vztahování se. Dle Kaliny (2013) jde o založení adaptivní spirály, místo maladaptivní, která by měla pokračovat v běžném životě po skončení psychoterapie či psychotherapeutického programu.

## **7 Psychoterapie komorbidit PPP a užívání návykových látek**

### **7.1 Psychoterapie**

První studie léčby poruchy příjmu potravy pocházejí z 60. let 20. století (Marádová, 2007). V této době se používaly tyto techniky- systematická desenzibilizace, zpětná vazba, techniky kontraktu a managementu, tyto patří k behaviorálním metodám. Metody kontraktu a managementu a operantní metody se používají dodnes, avšak většinou uzpůsobené na stacionární koncept. I v rámci málo kontrolovaných výzkumů byly použité převážně behaviorálně terapeutické postupy, případně byly vždy součástí celkového konceptu psychodynamických přístupů. Posouzení účinnosti léčby je problematické díky malému počtu kontrolovaných studií, různým použitým metodám a dalším potížím. Nynější poznatky se dají shrnout tak, že krátkodobá účinnost operantních metod a zvyšování tělesné hmotnosti (zejména u mentální anorexie) je podložena dobře, ale dlouhodobá účinnost se dá vzhledem k nedostatku kontrolovaných terapeutických studií jen těžko posoudit. Zdá se, že behaviorální terapeutické koncepty vedou oproti jiným konceptům k rychlejšímu nárůstu tělesné hmotnosti za kratší čas pobytu v nemocnici (Jacobi, Paul, Thiel, 2006). Příliš jednostranné zdůrazňování tohoto aspektu však může být problematické, protože výška a rychlost nárůstu váhy nepředstavují prediktory dlouhodobého úspěchu. Nakolik jsou kognitivní techniky na korekci zkreslených postojů k vlastnímu vzhledu oproti behaviorálním technikám a postupům výhodnější, není zatím jasné.

Také z psychodynamické strany je v poslední době zdůrazňována nutnost normalizace tělesné hmotnosti a terapie orientovaná i na symptomy. V rámci výzkumu s náhodně vybranými anorektickými pacientkami bylo zjištěno, že ty pacientky, u kterých psychoanalyticky orientovaná léčba obsahovala i strukturované komponenty, zaměřené na zvyšování váhy, vykazovaly lepší výsledky v oblasti normalizace hmotnosti než ty pacientky, u kterých léčba tyto komponenty neobsahovala. Ukazuje se, že dosažení cílové váhy (přibližně BMI 20) v rámci behaviorální terapie, je spojené s lepší dlouhodobou prognózou. V 90. letech byla KBT kritizována z důvodu zaměření pouze na váhu, tělesný tvar a diety, a opomíjení sebepojetí pacientů s PPP (Garner et al., 1997; Wolf a Serpell, 1998). Novější formy KBT se již zabývají hlouběji i terapeutickým vztahem, emocemi a motivačními otázkami.

### **7.1.1 Rodinná terapie**

Mezi prvními, kdo popsal vliv na rodiny na dítě byl v roce 1874 Gull. O něco později následovala jedna z prvních metod a tou bylo omezení rodinného vlivu na dítě, což popisují Steiger a Stotland (1995). Psychoanalýza pak přichází s novým pohledem nejen na v rodině vznikající poruchy, jakými jsou právě ty v oblasti závislosti a poruchy příjmu potravy (ale vysvětlením i pro vznik neurotických a psychosomatických chorob). Klasická analýza však nabízí příliš zjednodušující, dnes již překonaný pohled na vysvětlení vzniku poruch příjmu potravy, které se omezuje pouze na vztah matka - dcera. Dalším dnes již překonaným pohledem jsou teorie vysvětlující poruchu příjmu potravy jako projev či součást dysfunkčních rodinných vztahů. I přesto přínos těchto teorií nelze opomenout. Mnohé z průkopnických technik a terapeutických nástrojů jsou používány dodnes. Dnes se odborníci přiklání spíše k eklektickým přístupům s důrazem na komplexnost léčby, jak píše například Eisler (2005). Tento autor také definuje současné pojetí rodinné psychoterapie tak, že se nejedná o léčbu patologických rodin, ale práci s rodinou. Není tedy považována za léčbu rodin, ale léčbu spolu s rodinami. Stein (2007) vyvrací, že by rodina s dítětem trpícím poruchou příjmu potravy měla nějaké specifické znaky.

### **7.1.2 Kognitivně- behaviorální terapie**

KBT a její techniky je často používaný terapeutický postup v léčbě poruch příjmu potravy. Základní prvky těchto postupů byly ověřeny množstvím terapeutických výzkumů a představují, z hlediska praktického a vědeckého, standardní prvky terapie, které se dají použít u většiny druhů poruch příjmu potravy- anorexie, bulimie a psychogenního přejídání. Individuální přístup je nutný u všech poruch příjmu potravy. Například u anorektických pacientek, které jsou podvyživené, je zapotřebí individuální, nejčastěji stacionární postup. U bulimických pacientek s normální váhou s BMI 17,5 - 20 nejsou většinou stacionární opatření na zvýšení tělesné hmotnosti potřeba. Když je jejich váha pod jejich zdravou hranicí, je možné zvyšovat a stabilizovat váhu ambulantně. Pro pacientky s psychogenním přejídáním bude stabilizace existující váhy pravděpodobně představovat větší výzvu. U těchto pacientek se strategie na zvládnání specifické symptomatiky orientují primárně na kontrolu záchvatů přejídání (Papežová, 2012).

Před časem byly vytvořeny terapeutické manuály (například v knize Hany Papežové (2012)- Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!) pro léčbu

jednotlivých poruch příjmu potravy. Tyto manuály poskytují detailní popis přesného postupu terapie. V posledních letech vznikly i pro psychogenní přejídání. Tato manuálová forma vedení terapie je dobrou pomůckou pro terapeuty, kteří nemají mnoho zkušeností s poruchami příjmu potravy a jejich terapií, a to při realizaci a dodržování hlavních, dobře ověřených postupů.

V centru pozornosti u KBT poruch příjmu potravy stojí chronické restriktivní stravování a přehnaný význam přisuzovaný postavě a váze a snížený pocit sebehodnoty. Deformovaný ideál, ideál štíhlosti. Chronické držení diety, podváha, případně pro danou osobu nepřiměřeně nízká váha, slouží jako kompenzace nízkého nebo labilního pocitu sebehodnoty a s tím spojenými problémy. Zároveň nízká váha a restrikce postavy, jako forma určité tělesné protiregulace, podporují výskyt záchvatů přejídání, a tak i následných kompenzačních opatření. Záchvaty přejídání a zvracení mohou být udržovány i jinými faktory. Tyto faktory je potřeba individuálně identifikovat. Záchvaty přejídání mají často funkci regulace napětí. Mohou sloužit k regulaci nepříjemných emocionálních stavů jako je například strach, frustrace, hněv, zklamání nebo smutek, protože pacientka nemá k dispozici jiné vhodnější dovednosti a možnosti řešení těchto problémů. KBT by měla prolomit bludný kruh skládající se z narušené představy o vlastním těle, představě o ideální hmotnosti, dietování, deficitu pocitu sebehodnoty a nedostatečných alternativních strategií zvládnání konfliktů prolomit tím, že normalizuje chování v oblasti příjmu potravy, systematicky zpochybňuje zdeformované postoje k vlastnímu tělu a váze, odkrývá spouštěče a zprostředkuje nové strategie zvládnání stresových situací a konfliktů. Tak by se měla ve střednědobém horizontu redukovat přehnaná závislost sebehodnoty na postavě a váze. Obvykle bývá východiskem pro KBT problematické chování, v tomto případě narušené chování v oblasti příjmu potravy. V průběhu terapie se však její obsah v jednotlivých případech může přesouvat, proto bývá postup a význam prvků terapie často různý.

### **7.1.3 Psychodynamická terapie**

Psychodynamická (psychoanalytická) psychoterapie vyžaduje modifikovaný přístup se znalostí specifických symptomů poruch příjmu potravy. Tato intervence je vhodná, když krátkodobé intervence selhávají. Používá se při komorbiditách, zejména u poruchy příjmu potravy s osobnostní problematikou, u sexuálního zneužívání a u posttraumatické stresové poruchy. Setkali jsme se na oddělení poruch příjmu potravy ve VFN s kombinací psychodynamické terapie a KBT. Některé dny probíhají KBT skupiny a jiné psychodynamické skupiny, také v závislosti na BMI pacientek.

Psychoanalytická teorie během svého vývoje přinesla několik modelů, které aspirovaly na vysvětlení mentální anorexie a snahu o vytvoření účinných psychotherapeutických strategií. Psychoanalýza upřednostňuje vliv nevědomých obsahů oproti například myšlení, chování a prožívání. Ty by měly být odkryty v průběhu terapie. Toto odkrývání neprobíhá díky rozumovému náhledu, ale obsahuje hlubší vztah ke svému nevědomí se skutečnou změnou, pro kterou je v terapeutické situaci podmínkou přenos. Přenos je termín užívaný v psychoanalýze, který vyjadřuje nevědomý proces. Jde o proces, kdy pacient přenáší na terapeuta přání a pocity spojené s jeho minulými zkušenostmi. Cílem této terapie není jen odstranění symptomů, ale hlubší osobnostní změna.

Psychoanalytická teorie přišla v průběhu svého vývoje se třemi modely, které se snaží o vysvětlení této problematiky. První model vychází z Freudovy pudové teorie. O anorexii se uvažovalo jako o fantaziích spojených s orálním otěhotněním, důležitou roli hrál incestní objekt, tedy otec. Orální komponenta je spojena se sexualizací přijímání potravy a následných pocitů viny. Tato teorie neměla příliš pozitivní dopad na pacientky, takováto interpretace nemá pro dívky s mentální anorexií význam, a navíc prožívají opakované trauma zkušenosti, že matka ví vše nejlíp (Kocourková, 1997). Druhá teorie vznikla v šedesátých letech, kdy se psychoanalýza začala více zaměřovat na vývoj já, separaci a ranou dětskou zkušenost s primárním pečujícím objektem, nejčastěji s matkou. Dle této teorie základy mentální anorexie leží právě u problematiky raného vztahu s matkou. V terapeutickém vztahu pak dochází ke třem fázím. Jde o fázi testování, propracování a separace. Fáze testování probíhá na počátku terapie až do navázání terapeutického vztahu. Pacientka v této fázi manipuluje s terapeutem a cílem této fáze je zmírnění agování a získání důvěry. Druhá fáze je propracování. Jde o zvládnutí agování, kdy pacient otevřeně pláče a nadává. Postupně by mělo docházet k propracování prožívání spojeného se separací a depresí. „*Depresivní prožívání je považováno za vývojový pokrok*“ (Kocourková, 1997). Třetí a poslední fáze je separace. Ta je spojena s úzkostí z opuštění terapeuta. Cílem je cesta k autonomii a nezávislosti. Separční problémy mohou mít mnoho podob, může jít o úzkost spojenou se strachem z opuštění, ale může se objevit i separční vina. Tyto pocity vychází z primární zkušenosti s matkou. Pacient si přeje terapeuta opustit, ale bojí se, že bude magicky potrestán. Díky optimální emoční vzdálenosti se toto pacient učí v přenosu k terapeutovi, kde si může po čase dovolit odpoutávání se.

Třetí a poslední psychoanalytická teorie mluví o anorexii jako o zaměření na self a problematice narcismu. Mentální anorexie je chápána jako self patologie, kdy si pacient

nedovoluje propracovat separaci a individuaci. Terapeut je pak self objektem, jehož funkce pacient internalizuje. V terapii se řeší hlavní témata regresivních přání- být malá, narcistických přání- být dokonalá, hostilních a destruktivních přání- ublížit svému okolí a sobě. Aby mohl pacient zažít separaci a vyrůst, je zapotřebí aby zažil bezpečný a empatický terapeutický vztah (Kocourková, 1997).

Moderním přístupem v psychoanalýze je teorie mentalizace, reprezentovaná P. Fonagym a A. Batemanem, původně rozpracovaná pro hraniční poruchu osobnosti. Teorie mentalizace vychází z přesvědčení, že pro vývoj jedince je důležitý attachment s primární pečující osobou, která předurčuje jeho vývoj mentalizační funkce od dětství až po dospělost. U pacientek s poruchami příjmu potravy dochází dle této teorie ke specifickým problémům v myšlení a prožívání a k nedostatečným schopnostem uvědomění si odlišností v mentálních funkcích a projevech. Jejich mentální potíže zobrazuje tělo a je pro ně těžké užívat metaforické a symbolické myšlení. (Kocourková, Koutek, 2011).

#### **7.1.4 Psychoedukace**

Pacientky by kromě seznámení se s pravidly terapie měly být informované o těchto tématech. 1. Dietování, poruchy příjmu potravy, hlad a nasycení. 2. Význam určité zdravé váhy. 3. Tělesné následky poruch příjmu potravy. 4. Účinnost zvracení a užívání projímadel na redukci tělesné hmotnosti. 5. Sociokulturní vlivy a přístup médií k štíhlosti.

Tyto informace mohou na začátku terapie pomoci pacientce s motivací. Také by měly být s pacientkou probrány její otázky a důsledky.

## **7.2 Terapeutický režim na psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK**

Pacienti, kteří nastoupí na toto oddělení, dostanou podrobné instrukce od personálu a terapeutickou smlouvu, která informuje o jídelním a terapeutickém režimu na tomto oddělení. Poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobá a závažná onemocnění, která však lze léčit. Je k tomu nezbytná spolupráce pacientek, která spočívá v přijetí terapeutického plánu, dodržování jídelního, pracovního a sociálního programu na oddělení. Pacienti si zde musí rychle zvyknout na pravidelnou stravu, větší porce jídla, než byli většinou doposud zvyklí, bohatší skladbu jídla a na to, že musí dojídat své porce. To může vést ze začátku k nepříjemným pocitům, které se týkají zažívání a psychické nepohody. Změna jídelních návyků je základním cílem terapie a bez ní se nedá dál pracovat. U pacientů s mentální anorexií a nízkým BMI je jeden z důležitých

cílů nárůst tělesné hmotnosti a dosažení cílové váhy (normálního BMI, vyššího než 19). Cílová váha se domlouvá s pacienty při přijetí do režimu.

Aby byla léčba úspěšná, musí se pracovat s pacienty na následujících cílech. Je potřeba rozšířit jídelníček o všechny běžné kategorie jídel včetně masa. Dosáhnout zdravé tělesné hmotnosti. Změnit postoje k jídlu a jídelní chování. Upravit své postoje a chování i v jiných oblastech života a přijmout odpovědnost sám za sebe. Na těchto cílech mají pacienti možnost pracovat na tomto oddělení postupně. Je potřeba, aby byl pacient již od počátku léčby dostatečně motivovaný, a když není, tak se ho snaží motivovat personál a často i spolupacienti. Je potřeba, aby pacienti dodržovali terapeutický program.

Pokud pacienti nesplňují normální hodnotu BMI je jejich účast na některých aktivitách omezená (například účast na dynamických terapiích, protože důsledkem velmi nízké váhy nejsou schopni se dostatečně koncentrovat a spolupracovat na skupině). Tyto pravidla se dají individuálně měnit, když pacient vykazuje snahu v režimu a nárůst hmotnosti, posoudí to terapeutický tým. Je potřeba a pravidlem, aby se pacienti zapojili do všech aktivit, do kterých se zapojit dle plánu mají. Patří sem skupinové terapie, relaxace, arteterapie a pracovní terapie. Při zahájení léčby pacienti píšou svůj životopis a dopis mentální anorexii nebo mentální bulimii. Během pobytu si každý den musí pacienti psát deník, který je důvěrný a k dispozici jen ošetřujícímu personálu. Pacienti mají instrukce, že do deníku mají psát vše co je pro ně podstatné a důležité, myšlenky týkající se jídla, svého vzhledu, hmotnosti a zdravotních obtíží. Je potřeba aby pacienti omezili zvracení, protože tajné zvracení nebo schovávání nedojedeného jídla je v rozporu s cíli léčby. Toalety mohou pacienti používat před jídlem a po jídle musí počkat aspoň 30 - 60 minut. Když jsou pacienti závislí na návykových látkách, nejčastěji na alkoholu, mohou zde dál pokračovat v léčbě, samozřejmě musí dodržovat úplnou abstinenci a mají možnost navštěvovat protialkoholní skupiny v Apolináři určené pro tyto komorbiditoporuchy příjmu potravy s užíváním návykových látek. Za dobu šesti měsíců, kdy byla autorka na tomto oddělení byla na praxi, se zde tento problém vyskytoval poměrně často. Ve skupině deseti pacientů, měl vždy alespoň jeden v anamnéze nebo i v současnosti návykové problémy, spojené s užíváním alkoholu, léků nebo jiných drog. Tato komorbidita se vyskytuje častěji, než jsme předpokládali.

Před nástupem do léčby na toto oddělení je nutné, aby byli pacienti somaticky stabilizovaní. Většinou je nutné, aby předložili zprávy od ostatních odborníků, u kterých jsou léčeni. Někdy je nutné, aby před touto léčbou pacient absolvovala metabolickou léčbu. Tam

může být přeložen i při zhoršení zdravotního stavu zde. Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu, úpravě jídelních návyků a nárůstu hmotnosti. Důvodem k ukončení léčby může být neschopnost dodržovat pravidla terapeutického režimu. Například nedojídání jídel. To vede k demotivování spolupacientů a kontraproduktivě léčby.

### **7.2.1 Denní režim na oddělení**

V léčbě jsou klienti i s velmi nízkým BMI, proto je jejich účast na některých aktivitách omezená. Účast je odstupňovaná dle schopnosti se aktivit aktivně účastnit a mít z nich užitek. Při velmi nízkém BMI je soustředění pacientů a schopnost práce v psychoterapii velmi narušená. V prvním týdnu léčby nemají pacienti povolené žádné vycházky ani nemají propustku na víkend. Cvičit a rehabilitovat v programu mohou jen pacienti s normalizovanou váhou. Cvičit na oddělení a nadměrně se pohybovat je zakázané. Od druhého týdne pobytu platí tato pravidla. Pacientů s BMI menším než 15 musí dodržovat klid na lůžku, účast na samořídících skupinách, manuálech, na KBT skupině s Dr. Krchem dvakrát v týdnu. Nemají žádné vycházky. Také se účastní relaxace, tvorby jídelníčku a remediace. Pacienti s BMI nad 16 se již účastní celého terapeutického programu. Pacienti s BMI 16 - 17,5 mají vycházky ve čtvrtek na hodinu a o víkendu mohou jít každý den na hodinu do parku. Pacienti s BMI 17,5 a více mají vycházky ve čtvrtek na dvě hodiny a na celý víkend mohou požádat o propustku.

Běžný denní režim zde začíná snídání v 8 hodin, v půl deváté následuje komunita, zde se řeší, jak se kdo cítí, technické problémy, propustky a neshody mezi pacienty. Následuje relaxace. Po relaxaci skupina. Autorka se nejčastěji účastnila pátečních skupin s Dr. Krchem, direktivně vedených pomocí KBT metod. Tyto skupiny mají charakter spíše edukace, jak se správně stravovat a čemu se vyvarovat. Jsou spojené pro pacienty z oddělení a pro pacienty ze stacionáře, kteří se s poruchami příjmu potravy docházejí léčit z domova. Jiné dny jsou dynamické skupiny, kde se řeší jiná témata, více osobní, která jdou do hloubky a prožívání pacientů. Často se zde řeší narušené vztahy s rodinou a blízkými. Pak následuje oběd. Všechna jídla probíhají pod dozorem sestřiček, které dohlíží, zda pacienti vše dojedli. Po obědě mají pacienti možnost využít pracovní terapie a jít vyrábět a tvořit různé ruční práce. Náplň odpoledního programu záleží na dni v týdnu. Někdy se pacienti učí sestavovat jídelníčky s pomocí nutriční terapeutky, která jim radí, jaké potraviny do jídelníčku zařadit a jaké množství je vhodné, aby snědli. Jindy mají pacienti remediace, manuály nebo samořídící skupiny. Některé odpoledne je možnost, aby se rodiče a případně partneři pacientů zúčastnili klubu a



nahlédli, jak to na oddělení chodí, co jejich blízcí podstupují a jak se jim v tom vede. Jeden den v týdnu jsou organizovány také kluby pro zájemce o léčbu, kteří mají možnost se přijít podívat.

Autorka měla možnost absolvovat dlouhodobou stáž na tomto oddělení, v délce půl roku, každý pátek. Kladně hodnotila osobní přístup k pacientům a způsob práce s nimi. Pacienty s poruchami příjmu potravy považujeme za jednu z nejtěžších klientel pro psychotherapeutickou léčbu vůbec. Je to z důvodu jejich ambivalence k léčbě a patologickými vztahy k vlastnímu tělu a vlastní osobě. Když se k tomuto závažnému problému přidají ještě potíže s návykovými látkami, léčba není vůbec snadná. Zde však pracují přední odborníci a výsledky léčby jsou velmi příznivé. Kromě velmi schopných lékařů a psychologů bychom rádi vyzdvihli práci zdravotních sester na tomto oddělení, která je naprosto profesionální a nadstandartní. Pozorovali jsme lidský a profesně nadšený přístup. Jsou to právě zdravotní sestry, které tráví s pacienty nejvíce času. K nim chodí přes den pro radu, pro lék, pro uklidnění. Někdy je dokonce sestry z vlastní iniciativy vezmou ven na procházku, do muzea nebo na výstavu. Pacienti k nim mají velmi vřelý vztah. Právě tento vztah pacient- zdravotní sestra je často v psychiatrické péči opomíjený, ale o to více důležitý. To je to, co tvoří atmosféru celého oddělení. Toto oddělení jde svou profesionální a lidskou péčí příkladem.

### **7.3 Terapeutický režim v ADDA VFN a 1. LF UK**

V kazuistice č. 2 píšeme o pacientce Dítě, se kterou pracovala autorka práce v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie, kde začínala pracovat po škole jako psycholog ve zdravotnictví. V roce 2014 vznikla ve spolupráci s VZP jako pilotní projekt Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN Ambulance dětské a dorostové adiktologie (dále jen ADDA). Diskutuje se vznik ambulancí tohoto typu po celé České republice. Poptávka, zejména od rodičů závislých dětí a od dětských léčebných zařízení je vysoká. V systému péče tyto služby chybí. Vznik ADDA v Praze byl reakcí na prázdné místo na poli služeb pro děti, dorost a jejich rodiče. ADDA v Praze je určena pro děti do 15 let a pro dospívající do 18 let. Ale také pro jejich rodiče a blízké. Indikací k léčbě v ADDA je obecně závislostní problém, zabývá se jak závislostí látkového, tak nelátkového typu (nadměrné hraní PC her, gambling, závislost na jídle apod.).

Pacienti vstupující do ADDA podstupují nejprve vyšetření, posouzení a diagnostiku u dětské psychiatricky. Někdy je nutná i psychologická diagnostika a posouzení stavu pacienta psychologem. Pokud má pacient problémy závislostního charakteru a je přijat do péče, je mu přidělen garant. Po této vstupní fázi již následuje samotná léčba a rehabilitační péče. Součástí

léčby jsou veškeré ambulantní výkony, které současná adiktologie nabízí. Výhodou tohoto zařízení je komplexní diagnostika, kdy jde zejména o zhodnocení závažnosti problému a rizik, indikace k určitému typu léčby, případně odeslání na jiné specializované pracoviště. Je zde i nabídka krátkých intervencí, například telefonické a mailové intervence. Možnosti léčby v ADDA jsou před-léčebné, léčebné a doléčovací. V ADDA se poskytuje péče i nezletilým aktuálně užívajícím návykové látky, kteří jsou zatím jen málo motivovaní zcela abstinovat. Výhodou péče je individualizovaný přístup a jeden garant na jednoho pacienta. Cílem je navázání důvěrného, kontinuálního terapeutického vztahu s jednou osobou. Léčba v ADDA je dlouhodobá, zejména u závažných případů. V ADDA pracuje multidisciplinární tým složený z psychiatra, psychologa, adiktologa a socioterapeuta. Všichni mají psychoterapeutické vzdělání. Výhodou je možnost působit na rodinný systém, zapojení rodiny, aniž by dítě muselo být vyjmutο ze svého rodinného a sociálního prostředí. U dětí a dospívajících je spolupráce s rodinou nezbytná. Při vstupu je nutné, aby se dostavil aspoň jeden zákonný zástupce dítěte, aby mohla být léčba vůbec zahájena. Rodiče musí být informováni při absenci dítěte na sezení, při zjištění pozitivního testu na drogy a při dalších závažných výjimečných situacích.

Další výhodou je, že tato služba je zdarma, je financována ze zdravotního pojištění a dotačních programů RVKPP, MHMP a MZ ČR. Potřeba služby je zcela zřejmá, zájemců je velký počet a do budoucna by jistě bylo ku prospěchu rozšíření služeb tohoto typu po celé ČR.

ADDA spolupracuje s různými institucemi, v rámci kliniky například se Střediskem pro psychoterapii a rodinnou terapii a s Adiktologickou ambulancí pro dospělé. Dále spolupracuje s: Cestou Řevnice, Dětským a dorostovým detoxifikačním centrem pod Petřínem, výchovným ústavem Klíčov, Obořištěm, dětskými domovy, středisky výchovné péče, pedagogicko-psychologickými poradnami a dalšími zdravotnickými zařízeními, které pracují s dětmi a mládeží. Důležitou složkou spolupráce jsou pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí, kurátorky a sociální pracovnice z jednotlivých městských částí. Pokud není ambulantní léčba dostačující, doporučují se: terapeutické komunity, výchovné ústavy, psychiatrické nemocnice. ADDA také spolupracuje s denním stacionářem VFN pro adolescenty a dále také s neziskovými organizacemi (např. specializovanými pro poruchy příjmu potravy a psychiatrické obtíže).

Cílovou skupinou ADDA jsou děti zpravidla mezi 12-18 roky. Zneužívané látky jsou nejčastěji kanabinoidy, metamfetamin, alkohol, halucinogeny. Pacienti přichází v různém stádiu závislosti či jejím vzniku, jedná se o experimenty, denní užívání, ale občas přichází i pacienti, kteří si aplikují drogu intravenózně. Územně spadá do ADDA cílová skupina z oblasti

hlavního města Prahy a Středočeského kraje. Dle statistiky Adiktologické ambulance z roku 2015 víme, že službu v roce 2015 využilo celkem 132 pacientů (85 chlapců, 47 dívek) a vždy alespoň jeden zákonný zástupce. Primární diagnóza byla v 75 % případech zneužívání návykových látek. Konkrétně zastoupení zneužívaných návykových látek u pacientů v ADDA vypadalo následovně: 34 % kanabinoidy, 22 % stimulancia (zejména metamfetamin), 13 % alkohol, 10 % polymorfní užívání, 1 % sedativa, hypnotika, 1 % tabák. 19 % pacientů zastupuje oblast nelátkových závislostí. 8 % pacientů má primární diagnózu jinou než v oblasti závislostních poruch, zde se jedná nejčastěji o poruchy příjmu potravy a poruchy anxiózní a depresivní. U pacientů s primární diagnózou patologického hráčství jsme v ambulanci pozorovali vysoké riziko následného rozvoje závislosti látkové.

Jak již výše zmiňujeme, ADDA poskytuje péči preventivní, diagnostickou a léčebnou, pro nezletilé pacienty. Mezi další aktivity a intervence ADDA patří: poskytování základních informací a poradenství ohledně návykových poruch, základní diagnostika a intervence - testování, screeningová vyšetření, práce s motivací, krátké intervence i program minimalizace rizik a škod. Dále služba poskytuje komplexní diagnostiku - psychiatrickou, klinicko-psychologickou a adiktologickou, a následné vytvoření individuálního léčebného plánu. Ambulantní adiktologická péče obsahuje všechny základní ambulantní intervence, individuální i skupinovou psychoterapii, farmakoterapii (pokud je nutná) i socioterapii. ADDA se snaží o práci na náhledu pacienta na svůj závislostní problém, posilování motivace ke změně, podporu abstinence, prevenci relapsu, posílení seberegulace a nácvik sociálních a komunikačních dovedností. Součástí jsou i služby pro pomoc rodině a blízkým, zejména jde o poskytování informací, edukaci, v indikovaných případech rodinná terapie. Zapojení rodiny do léčby bývá u dětí a mladistvých nezbytné.

#### **7.4 Terapeutický režim na AT oddělení Psychiatrie KNL, a.s.**

V případových studiích č. 3 a č. 4 píšeme o pacientkách, které prošly ústavní léčbou alkoholismu na AT oddělení v Liberci. Na tomto pracovišti v současné době autorka působí jako psycholog ve zdravotnictví a adiktolog. Proto bychom v této části práce chtěli blíže popsat chod léčby na tomto oddělení. Samostatné AT oddělení vzniklo v roce 1986 a bylo zde 20 lůžek. Ve stejné budově byla i záchytná stanice a AT ordinace. V roce 1994 se stalo opět součástí psychiatrie, jako je tomu až doposud. Počet lůžek a kapacita oddělení je 12 pacientů, mužů i žen dohromady. Jedná se o koedukované pracoviště. Léčba zde je ústavní a střednědobá, tedy

v délce 3 měsíců. Je určena motivovaným pacientům závislým na alkoholu, co se chtějí dobrovolně léčit. Pro spolupracující pacienty, kteří zde absolvovali úspěšně léčebný pobyt, je možné nastoupit i pobyt stabilizační, na kratší dobu než 3 měsíce, dle dohody s léčebným týmem. Od září 2018 jsme zavedli pravidlo, kdy mají pacienti v prvním roce po absolvované kompletní léčbě povinnost jednou za 4 měsíce absolvovat týdenní stabilizační pobyt. Důvodem je udržení abstinence, eliminace relapsů a recidiv, zopakování si léčebných doporučení, ale i motivování pacientů v léčbě, kteří jsou teprve na začátku. Kratší pobyt je též možný při zavádění léčby antabusem, pacienti jsou zde obvykle jeden týden a podstoupí po lékařským dohledem AAR- alkohol antabusovou reakci. Po léčbě pacient absolvuje doléčovací program, kdy mu je doporučeno alespoň 8x dorazit na doléčovací skupinu, vedenou autorkou práce. Doléčovací skupina se koná jednou za 14 dní, v odpoledních hodinách na AT oddělení. Důrazně doporučené je i doléčování individuální formou- pacient má povinnost si během léčby zajistit svého psychologa a ambulantního psychiatra, kam bude po léčbě docházet. Jednou měsíčně se na oddělení koná malé KAA- setkání abstinujících absolventů léčby se současným pacienty. Jenou ročně se koná velké KAA, kdy se setkávají všichni abstinující absolventi a sdílí své zkušenosti. Setkání jsou velmi motivační, zvláště pro pacienty, kteří jsou aktuálně v léčbě a jejich odhodlání dokončit léčbu a abstinovat často kolísá (což je součástí onemocnění a diagnózy závislosti obecně).

Léčba na AT stanici je režimová, má strukturovaný bohatý denní program, který obsahuje psychoterapeutické aktivity, jako jsou skupinové terapie dynamického typu, KBT typu (například nácviková terapie, edukační skupiny, racionální terapie), expresivní terapie (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie a další), pracovní terapie a nácviky relaxačních metod. Každý den probíhá komunita a lékařská vizita. Léčba je resocializačního charakteru. Pacientům je poskytován i sociální servis, například pomoc při hledání zaměstnání. Velkou výhodou je malá skupina pacientů a možnost přistupovat k pacientům individuálně. Terapeutický tým tvoří lékařka tohoto oddělení (s atestací z psychiatrie a dlouholetou praxí v oblasti návykových poruch), psycholog ve zdravotnictví (s adiktologickou specializací), 5 terapeutických zdravotních sester s psychoterapeutickým výcvikem, sociální pracovnice a ergoterapeutka.

Podmínkou přijetí na AT oddělení je motivační dopis, který vlastnoručně zájemce o léčbu sepíše a doručí na oddělení. Dále je nutné doporučení od lékaře. Absence abstinenčních příznaků, tedy nejčastěji musí pacient absolvovat detoxifikační pobyt. To je možné v rámci

liberecké psychiatrie nebo na jiném pracovišti, dle dohody. Pacient musí při nástupu porozumět a podepsat terapeutickou smlouvu, která ho zavazuje následujícímu:

- Pacient se zavazuje účastnit se psychotherapeutického programu AT stanice po dobu 3 měsíce.
- Bude dodržovat pravidla daná léčebným řádem, účastnit se všech povinných aktivit v programu dne a bude dbát pokynů personálu.
- Bude usilovat o otevřenost, pravdomluvnost a upřímnost.
- V případě závažného porušení pravidel protialkoholní stanice či opakovaného porušování závažných pravidel, bude z oddělení vyloučen z disciplinárních důvodů.
- Po propuštění se zavazuje souhlasit se zasláním propouštěcí zprávy do zařízení následné péče, ambulantnímu psychiatrovi a obvodnímu lékaři.
- Zavazuje se, že bude spolupracovat s terapeutickým týmem a to i po absolvování léčby, například, odpoví na dotazník zjišťující po určité době od ukončení léčby její úspěšnost.
- Pacient se zavazuje, že se během pobytu nepokusí o sebevraždu, pokud by se objevily sebevražedné myšlenky, obrátí se na personál.
- Pacienti jsou poučeni, že pokud se při propustkách u nich vyskytne bažení a silné nutkání požití alkoholu, využijí krizového plánu, který si v léčbě sestavují a pokud je to nezbytné, zavolají na oddělení a vrátí se z propustky dříve.
- Pacienti nesmí užívat žádné návykové látky (kromě kouření a pití kávy), kdykoliv se podrobí kontrole svých věcí a kontrole pomocí altestu. Dále, pacienti mezi sebou nesmí navazovat intimní vztahy.
- Pacienti mají právo podat revers, předčasně léčbu ukončit, revers se podává s 48 hodinovým předstihem, podává se písemně a skupině i týmu se vysvětlují důvody. V budoucnu již takový pacient nemá možnost se na této stanici léčit.

Z psychologického pohledu hodnotíme jako klíčový léčebný prvek psychotherapeutické skupiny. Skupiny na oddělení probíhají každý den. Základními pravidly skupinové terapie jsou: úcta, respekt, tolerance mezi všemi členy skupiny. Mlčenlivost, která se vztahuje i na pacienty z jiných oddělení a rodinné příslušníky. Upřímnost a otevřenost, zejména se pacienti učí otevřeně hovořit o svých potížích, o pocitech tady a teď, učí se vyjadřovat své emoce a myšlenky v reakci na aktuální skupinové dění. Učí se komunikovat přímo (užíváním druhé osoby- „ty“, „Vy“), sdělovat své pocity a názory ostatním. Jsou vedeni dávat a přijímat zpětnou vazbu, která nemusí být vždy pozitivní. Členové skupiny by měli

vystupovat aktivně, role pasivního člena skupiny a izolace od ostatních je nežádoucí. Pacient je za svá rozhodnutí zodpovědný sám, i když mu ostatní dávají rady a připomínky. Vztahy a konflikty ve skupině by měly být reflektovány mezi ostatní členy, a to i včetně neshod, které proběhly mimo skupinová sezení. Pacienti mají právo říct STOP, v případě, že nejsou připraveni na skupině hovořit o probíraném tématu, mají právo nemluvit o něm. Musí však ostatním vysvětlit své důvody, proč se toto pravidlo rozhodli použít.

## **8 Použité metody**

### **8.1 Výzkumné cíle a otázky**

Cílem výzkumu v této rigorózní práci je popsat prevalenci žen trpících poruchami příjmu potravy a zároveň užívajících nějaké návykové látky včetně alkoholu. Cílem je též popsat, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy a preferencí určité drogy. Práce popisuje i možnosti psychoterapie těchto poruch.

Výzkumné otázky:

1. Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog?
2. Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu?
3. Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislostí na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie a na AT oddělení KNL,a.s.?

### **8.2 Metody získávání dat**

Ke sběru dat byla zvolena metoda triangulace. Tedy sběr dat ze tří zdrojů. Jedná se o kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Prvním zdrojem je baterie dotazníků. Patří sem EAT-26, dotazník pro zjištění poruchy příjmu potravy a její závažnosti. Druhým dotazníkem je AUDIT, orientační dotazník ke zjištění míry potíží s užíváním alkoholu a posledním je dotazník na užívání drog. Druhým zdrojem informací pro tuto studii byla fokusní skupina složená ze čtyř pacientek z oddělení a stacionáře v psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, které trpí komorbiditou PPP a užíváním alkoholu nebo mají v anamnéze abúzus návykové látky. A posledním zdrojem jsou čtyři kazuistiky pacientek, které trpí výše zmiňovanou komorbiditou. Sběr dotazníků a fokusní skupina byly uskutečněny na Psychiatrické klinice 1. LF a VFN na oddělení 3 pro poruchy příjmu potravy a na stacionáři. Kazuistiky vznikaly postupně na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie a na AT oddělení KNL,a.s. Výzkumný soubor byl sestaven pomocí metody prostého náhodného výběru, tj. výběru přímého.

### **8.2.1 EAT- 26**

EAT- 26 je zkrácená a do češtiny přeložená verze původně delšího testu EAT- 40. Dotazník bohužel zatím není standardizovaný pro českou populaci. Dotazník je standardizovaný na severoamerické populaci. Byl použit ve stovkách studií a přeložen do mnoha jazyků. Původní publikace vyšla v roce 1979 (Garner, DM a Garfinkel, PE, 1979, *Psychological Medicine*, 9, 273-279). A následně vyšly publikace popisující upřesnění testu (Garner et al., 1982, *Psychological Medicine*, 12, 871-878). Eating attitude test měl obrovský přínos v oblasti poruch příjmu potravy. Tento dotazník je volně dostupný na stránkách [www.eat-26.com](http://www.eat-26.com).

V úvodu testu nalezneme otázky na současnou výšku, váhu, nejnižší a nejvyšší dosaženou váhu a na váhu, která je dle pacienta ideální. Součástí testu je také výpočet BMI, body mass indexu. Body mass index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky. Je to ukazatel normální váhy, podváhy nebo nadváhy. EAT-26 neboli Garnerův test jídelních postojů vypovídá o míře narušenosti postojů ke stravování a ke svému tělu. Při vyhodnocování testu je hodnocen celkový výsledek, který vypovídá o celkové míře postižení dané osoby, ale také tři dílčí škály, týkající se dietního chování, bulimie a trvalého zaujetí potravou a orální kontroly.

### **8.2.2 AUDIT**

Dotazník audit zjišťuje míru závažnosti užívání alkoholu. Je složen z deseti otázek. Respondent zaškrtnává jednu z pěti odpovědí, týkající se míry užívání alkoholu. Každá odpověď má ohodnocení 0- 4 body, které se nakonec sečtou. Na začátku je respondent informován o škodlivosti alkoholu a jeho možných interakcích s léky. Také je požádán o uvádění pravdivých informací a informován o anonymitě dotazníku. Dále se uvádí demografické údaje jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a současné zaměstnání. Pokud je celkový skóre menší než osm, není to indikátorem ke škodlivému pití. Skóre větší než osm může být indikátorem škodlivého pití alkoholu, je však nutné pokračovat podrobným hodnocením. Skóre 8- 15 představuje střední úroveň problémů s pitím alkoholu. Skóre 16- 19 představuje vysokou úroveň problémů s pitím alkoholu. Skóre vyšší než 20 indikuje závislost na alkoholu. Dotazník pak můžeme vyhodnotit i podrobně a to sčítáním bodů u jednotlivých otázek. Pokud respondent získal více než jeden bod u otázek 2 a 3 indikuje to rizikové pití, které může poškodit zdraví. Pokud respondent získal více než jeden bod u otázek 4,5 a 6 indikuje to riziko závislosti na



alkoholu. Získané body u otázek 7, 8, 9, 10 ukazují, že již došlo k poškození zdraví v důsledku užívání alkoholu.

### **8.2.3 Dotazník na užívání drog**

Dotazník na užívání drog byl upraven pro potřeby tohoto výzkumu z dotazníku MAP-Maudsley addiction profile. Dotazník zjišťuje užívání různých typů drog za posledních 30 dní před léčbou, množství užití během typického dne, způsob užití, věk prvního užití a celoživotní užívání v letech. Dotazník zjišťuje užívání alkoholu, heroinu, metadonu, subutexu, BZO, pervitinu, marihuany a hašiše, těkavých látek. Poslední položka má název jiné látky, zde je možnost vyplnit užívanou látku, která není na seznamu. Do dotazníku byla doplněna položka: léky podporující hubnutí (anorektika, laxativa...). Další položky z dotazníku MAP nebyly použity.

### **8.2.4 Fokusní skupina**

Fokusní skupina se uskutečnila se čtyřmi pacientkami z psychiatrické kliniky 1. LF a VFN z oddělení a stacionáře pro poruchy příjmu potravy. Fokusní skupina slouží jako jeden ze tří zdrojů při triangulaci. Na skupině se debatovalo na předem připravená témata, která autorka postupně zadávala. Otázky do debaty byly: S jakou diagnózou se zde léčíte; s jakými návykovými látkami máte zkušenost; jak rozumíte tomu, jak spolu vaše porucha příjmu potravy a užívání alkoholu a jiných návykových látek souvisí; vnímáte, že byl u vás nejdříve problém s poruchami příjmu potravy nebo s alkoholem a jinými drogami; jak moc se tady na oddělení a stacionáři věnuje pozornost vašemu problému a pitím nebo s užíváním NL. Tyto otázky se přirozeně rozvíjely i do dalších důležitých témat pro tento výzkum. Pacientky, které se zúčastnily této skupiny, se zde léčí s poruchou příjmu potravy, ale zároveň trpí komorbiditou užívání alkoholu nebo jiných návykových látek. Tuto informaci jsme měli z jejich anamnézy a z předchozích rozhovorů a vyšetření, které autorka prováděla ve své praxi. Fokusní skupina trvala 45 minut.

## **8.3 Metody analýzy dat**

Pro analýzu dat jsme zvolili program Microsoft Excel 2010. Byla provedena matematicko-statistická analýza dat získaných z dotazníkového šetření. Data jsou pro přehlednost vizualizována pomocí tohoto programu do tabulek a grafů. Tento program umožňuje provádět

výpočty, analyzovat informace a vizualizovat data. Fokusní skupina a rozhovory s pacienty byly nahrány na diktafon a následně přepsány. Doplňují dotazníkový výzkum o další informace.

## **8.4 Průběh výzkumného šetření**

Výzkum probíhal od listopadu 2014 do února 2015 na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Rozšíření základního výzkumu o kazuistiky a klinicko-psychologickou zkušenost s touto komorbiditou probíhal od září 2015 do prosince 2018. Všechna data byla anonymizována, jména pacientek změněna, aby nešlo k jejich identifikaci. Dotazníky dostaly pacientky na oddělení pro poruchy příjmu potravy vyplnit náhodně, tedy bez informace o jejich zkušenostech a užívání návykových látek. Do fokusní skupiny byly vybrány pacientky, o kterých jsem věděli, že mají potíže s pitím alkoholu nebo užívání drog. Kasuistiky byly napsány již cíleně o pacientkách s komorbiditou poruchy příjmu potravy a závislostí.

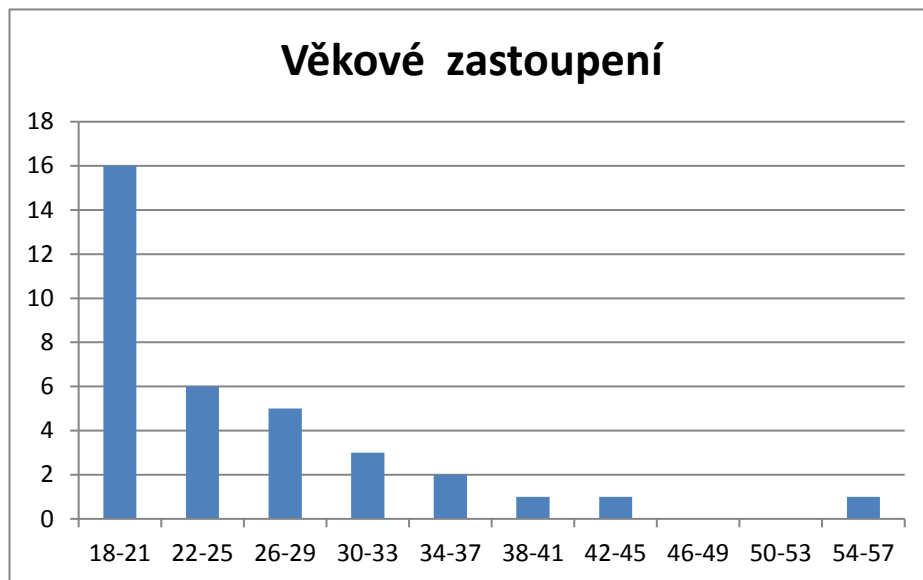
## **8.5 Výzkumný soubor**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 respondentek. Návratnost byla 100 %. Fokusní skupiny se zúčastnily čtyři pacientky a kazuistiky jsou o čtyřech pacientkách z různých zařízení.

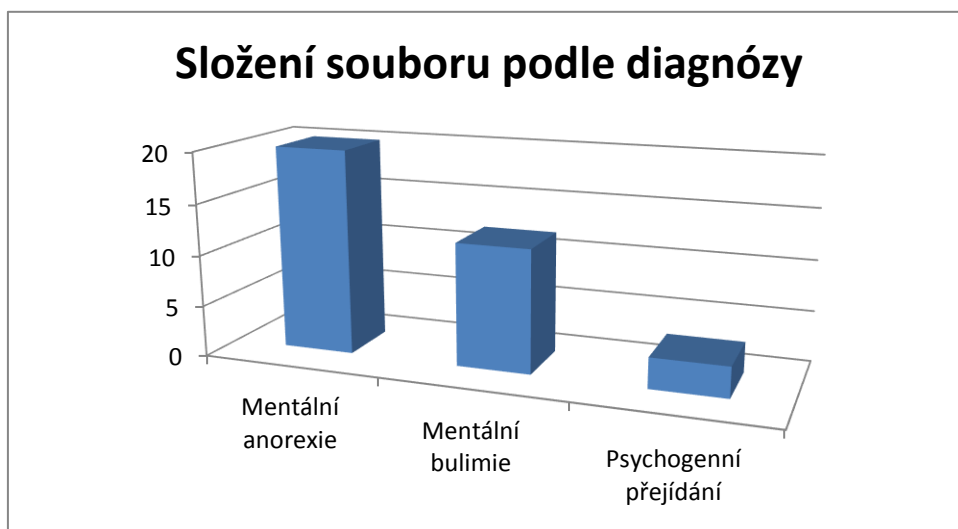
Věkové složení výzkumného souboru se pohybuje od 18 do 57 let. Viz graf číslo 1. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou je 18 - 21 let, téměř polovina celého souboru. Šest respondentek tvoří věkovou skupinu 22 - 25 let, pět tvoří skupinu 26 - 29 let, tři 30 - 33 let a dvě 34 - 37 let. Třem nejstarším pacientkám je 40, 43 a nejstarší 57 let. Lze tedy říci, že poruchami příjmu potravy více trpí ženy mladší 30 ti let. Někdy se však nevyhne i ženám nad 50 let.

Věkový průměr výzkumného souboru je 25,49 se zaokrouhlením na dvě desetinná místa. Věkový průměr pacientek s diagnózou mentální anorexie je 25,45 let, s mentální bulimií 24,64 let a psychogenním přejídáním je 29 let. Věkový průměr u pacientek s psychogenním přejídáním je zkreslený z důvodu účasti ve výzkumu pouze tří z nich.

Graf č. 1: Věkové zastoupení výzkumného souboru



Graf č. 2: Výzkumný soubor dle typu poruchy příjmu potravy



V grafu číslo dvě je zobrazený výzkumný soubor dle diagnózy. Celkem dvacet účastnic výzkumu se léčí s diagnózou mentální anorexie, dvanáct s diagnózou mentální bulimie a tři s psychogenním přejídáním.

## **8.6 Etika výzkumu**

Veškeré dotazníky jsou anonymní. Pacientky je vyplňovaly dobrovolně. Účastnice fokusní skupiny a případových studií podepsaly informovaný souhlas s účastí ve výzkumu v této rigorózní práci a souhlasily s nahráváním na diktafon. Rozhovory byly přepsány a jména změněna, aby nebylo možné identifikovat respondentky a bylo chráněno jejich soukromí. Respondentky byly informovány o účelech výzkumu a o možnosti v případě zájmu obdržet dílčí výsledky této studie.

## 9 Výsledky výzkumu

Ke zjištění jídelních návyků byl použit test EAT- 26. Skládá se z 26 otázek. Dá se hodnotit komplexně i rozdělit na jednotlivé subškály, které jsou celkem tři a jedná se o dietní chování, bulimie a trvalé zaujetí potravou (sklon k záchvatům přejídání) a orální kontrola. Aby se dalo uvažovat o poruše příjmu potravy, musí respondent v tomto testu dosáhnout alespoň dvaceti bodů. Čtrnáct respondentek získalo méně než dvacet bodů, ale přesto se léčí s poruchou příjmu potravy a často s velice nízkým, život ohrožujícím BMI. Aby byl tento test validní, vyžaduje, aby testovaná osoba odpovídala pravdivě a byla motivovaná nechat se poznat. Výsledky tedy ukazují na určité zkreslení. Pacientky s poruchami příjmu potravy mají velice porušené vnímání svého těla a svých stravovacích návyků, proto možná jejich odpovědi v tomto dotazníku neodpovídaly objektivní realitě, i když mohly mít snahu odpovídat pravdivě dle subjektivně vnímané reality a představě o sobě a svém těle. Dotazníky byly anonymní, nebyl tedy důvod k záměrnému zkreslování výsledků.

Z celkových výsledků testu byla vytvořena tabulka, kde jsou respondentky rozdělené podle diagnózy a počtu dosažených bodů v celkovém hodnocení. Viz tabulka číslo tři.

Tabulka č. 3: Celkové skóre EAT-26 u jednotlivých poruch

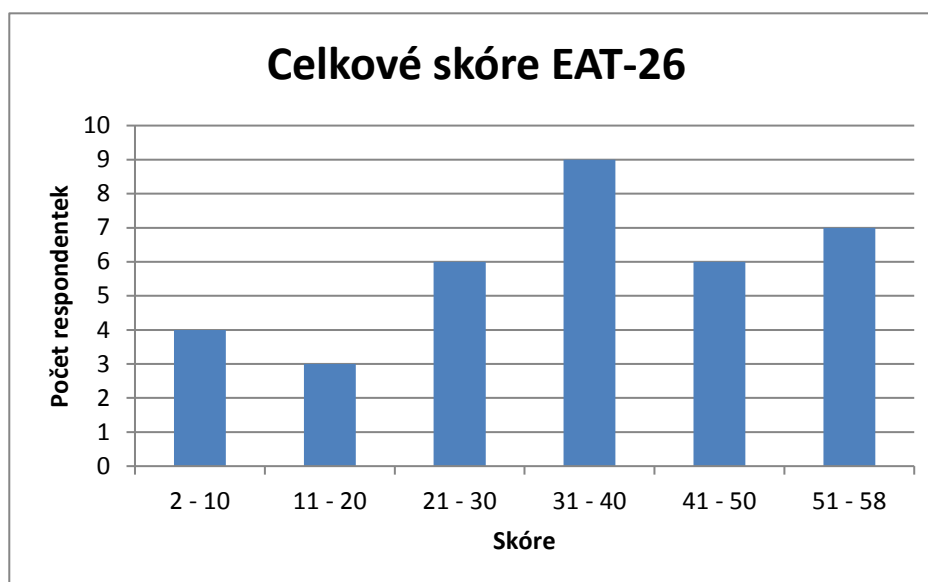
Diagnóza	Skóre					
	2 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 58
Mentální anorexie	3	1	3	7	2	4
Mentální bulimie	1	0	2	2	4	3
Psychogenní přejídání	0	2	1	0	0	0
Celkem	4	3	6	9	6	7

V tomto testu lze získat nejvíce 78 bodů. Respondentky v tomto výzkumu získaly nejvíce 58 bodů, což je vysoký skór.

Nejvíce pacientek s mentální anorexií, celkem 35 % získalo celkové skóre 31 - 40, ale 20 %, což je také mnoho, získalo 51 - 58 bodů, tedy nejvyšší skór. Nejvíce celkem 33,33 % pacientek s mentální bulimií získalo skór 41 - 50 a 25 % pacientek s mentální bulimií získalo 51 - 58 bodů, nejvyšší skór. Nejvíce pacientek s psychogenním přejídáním, tedy dvě třetiny, získaly v testu 11 - 20 bodů. Procentuálně nejvyšší skór v testu vykazují pacientky s mentální

bulimií, dále pacientky s mentální anorexií a nejméně pacientky s psychogenním přejídáním. Pro přehlednost jsou celkové výsledky testu zobrazeny v grafu číslo tři.

Graf č. 3: Celkové skóre EAT- 26



## **9.1 Fokusní skupina**

Fokusní skupiny se zúčastnily celkem čtyři pacientky. Dvě z nich hospitalizované na oddělení pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN a dvě docházely do stacionáře pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrickou kliniku 1. LF UK a VFN. O pacientkách z oddělení budeme psát jako o Daniele a Barboře, abychom ochránili jejich identitu. Daniela se léčí s psychogenním přejídáním a Barbora s mentální anorexií, ale hned na začátku udává, že se její diagnóza střídá, že už trpěla i bulimií a přejídáním a nadměrným pitím alkoholu. Pacientkám ze stacionáře budeme říkat Tina a Kateřina. Tina dochází na stacionář kvůli mentální anorexii purgativního typu. Kateřina se léčí s psychogenním přejídáním. Daniele je 40 let, Barboře 43 let, Tině 18 let a Kateřině 24 let. Tyto pacientky jsme vybrali do fokusní skupiny kvůli jejich anamnéze, kde se vyskytuje užívání drog nebo nadměrné pití alkoholu. Některé z nich autorka vyšetřovala a měla s nimi rozhovor. V průběhu šetření byly motivovány k abstinenci a docházení na protialkoholní skupiny. To vše během autorčině dlouhodobé praxe, kterou na psychiatrické klinice absolvovala od října 2014 až do května 2015.

Na fokusní skupinu bylo připraveno několik témat, o kterých pacientky debatovaly. První se týkalo zkušenosti s drogami, alkoholem a léky. Tina udává, že pije alkohol, před léčbou také kouřila marihuanu a experimentovala s laxativy za účelem zhubnutí. Z tvrdých drog vyzkoušela taneční drogy. Zkušenosti s návykovými látkami má od 14 let. Daniela udává, že za svůj život vyzkoušela z drog skoro všechno, co sehnala. Má zkušenosti od 17 let. Zalíbení v drogách našla hlavně proto, že když je brala, neměla chuť k jídlu a hubla. Nyní jí je 40 let a rok abstínuje. Za svůj život od 17 let užívala drogy, včetně pervitinu a mezi užíváním měla několikaleté pauzy, ale vždy se pak k drogám opět vrátila. Nikdy se neléčila z drogové závislosti. Toto je její první léčba, s diagnózou psychogenní přejídání. Barbora udává, že pije alkohol, kouří a dříve užívala laxativa. Více pít začala (jednu láhev za večer), když získala práci notářské koncipienty. Ráda pije večer u počítače, když dodělává práci. Říká, že je to její rituál, který jí pomáhá vše zvládnout. Kateřina pije alkohol, někdy i dvě lahve vína a lihoviny. Často zapíjela úzkosti. Jednou se objevily i ranní doušky a palimpsesty. Párkrát zkusila marihuanu a asi tři měsíce užívala laxativa. Na doporučení navštívila protialkoholní skupinu v Apolináři a na fokusní skupině mluvila o tom, co se tam probíralo. Bude tuto skupinu navštěvovat dál a doporučuje ji i ostatním dívkám, což vnímáme velmi pozitivně a motivačně. Zatím zvládá abstinovat a ví, že na stacionáři je to podmínkou v léčbě, což ji motivuje vydržet.

Další otázkou bylo, jak pacientky vnímají užívání návykových látek v kontextu se svou poruchou příjmu potravy. Pacientky se shodly, že je to velmi podobné, že má obojí závislostní charakter. A je jedno, jestli je člověk zrovna závislý na jídle, na alkoholu nebo na drogách. Barbora také udává, že když člověk hladoví, stačí mu pak méně alkoholu, aby byl opilý. Daniela zase říká, že na drogách měla ráda to, že nemusela třeba 11 dní nic jíst. Ale když drogy vysadila, dostavil se velký hlad a začala se přejídat. Takhle se u ní vytvořil začarovaný kruh, když brala drogy, tak nepotřebovala jíst a hubla, což jí vyhovovalo. A když je přestala brát, přejídala se, zvracela a tloustla, tak po čase opět sáhla po hubnoucím prostředku ve formě drog, konkrétně pervitinu. Diskuse se přesunula k tématu alkohol, kdy pacientky zjistily, že každá měla trochu jiné důvody k pití. Kateřina udává, že zapíjela hlavně úzkost a myšlenky na jídlo. Alkohol používala jako sebemedikaci nepříjemných stavů, se kterými si nevěděla rady. Její vztah k alkoholu se vyvíjel. Nejprve nepila, protože alkohol jsou prázdné kalorie, potom pila místo večeře a později pila i po večeři nebo po záchvatech přejídání. Ale Kateřina také tvrdí, že věděla, že se jí po alkoholu bude lépe zvracet a další den jí bude špatně, tak si ty „prázdné kalorie“ omlouvala. Barbora udává, že večeře nejedla dlouhodobě kvůli pití alkoholu. Ví, že alkohol má více kalorií než běžná večeře. Alkohol pila večer při práci a byl to její rituál, který ji uklidňoval. Tina naopak tvrdí, že ze strachu z kalorií z alkoholu nejedla. Aby si mohla dopřát o to více alkoholu. Později trpěla vyčerpaností, měla kruhy pod očima a jen ležela.

Následoval dotaz, zda si pacientky myslí, že byl dřív problém s návykovými látkami nebo s jídlem. Tři ze čtyř se shodly, že jídlo bylo prvním problémem. Tina říká, že první byl problém a alkoholem, protože zapíjela smutek. To se dělo od jejích 14 let. Od 16 let pak začala trpět anorexií. Daniela naopak udává, že nejdříve měla potíže s jídlem, které začaly už v dětství. Už jako malá se naučila utěšovat jídlem, například když měla strach, že se vrátí domů její otec a zmlátí ji. Drogy přišly v 17 a vyřešily její nespokojenost s váhou. Zdály se být skvělým řešením všech jejích problémů, a ještě po nich hubla. Barbora udává, že její problémy začaly také jídlem, a to už na střední škole. Abusus alkoholu začal až se současnou prací, kvůli stresu. Kateřina potvrzuje prvotní potíže také s jídlem. Už ve dvanácti letech trpěla anorexií (nyní psychogenním přejídáním). Do potíží s alkoholem spadla podle svých slov velmi rychle, během posledního roku. Zapíjela úzkost nebo pila, aby se nepřejedla, a také udává, že se jí stalo, že se přejedla a pak jí v noci budily velké výčitky svědomí, a tak se šla opít. Ale protože byla hodně najedená, musela vypít větší množství alkoholu než obvykle, udává až dvě lahve vína a několik skleniček lihoviny.



Poslední otázka se týkala tématu, jak moc se na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy věnují tématu drog a alkoholu. O tomto tématu píšeme ve výsledcích práce, u výzkumné otázky číslo tři.

Na závěr pacientky diskutovaly nad naší proalkoholní společností a o tom, že vnímají alkohol všude kolem sebe a lidé se bez něj neumí bavit. Pak se také dotkly tématu kocovina, kdy Kateřina přiznala, že měla tak špatné stavy, že opakovaně pomýšlela i nad sebevraždu. Ostatní souhlasí. Tina říká, že někdy měla deprese a špatné stavy, když se opila. A Daniela souhlasila a říkala, že když se její tělo zbavovalo toxických látek, tak plakala a psychicky jí také nebylo dobře.

## **9.2 Kazuistika 1 - Daniela**

Pro první kazuistiku v této práci jsme vybrali pacientku z oddělení pro léčbu poruchy příjmu potravy z Psychiatrické klinicky VFN a 1. LF UK. Tato pacientka se léčí s diagnózou psychogenní přejídání a od 17 let užívala různé drogy, včetně pervitinu a heroinu. Budeme o ní psát jako o Daniele. Nyní jí je 40 let. Na tomto oddělení se léčí poprvé. Už se jednou léčila v Bohnicích s depresemi, její bývalý přítel totiž spáchal sebevraždu. Byl to také uživatel drog. Se závislostí na drogách se nikdy neléčila, i když užívala s pauzami mnoho let. Na oddělení poruch příjmu potravy strávila standardní dobu léčby, dva měsíce, byla motivovaná, účastnila se veškerého programu a byla ochotná poskytnout rozhovor a spolupracovat na této práci. Její zakázka zde byla naučit se zdravým jídelním návykům a přestat se přejídat. Její tři přání jsou být opět ve formě, cítit se lépe a být spokojená. Pacientka podepsala informovaný souhlas s účastí v tomto výzkumu a souhlasila s nahráváním rozhovoru na diktafon. Její jméno bylo změněno, abychom chránili její identitu.

### **Rodinná anamnéza**

Otec je ročník 49, v dětství pacientku bil a hodně pil. Pacientka vzpomíná, jak ho v dětství chodila často vyzvedávat z hospody. Byl zřejmě alkoholik, ale nikdy se neléčil. Matka je ročník 50, má střední školu, nikdy se na psychiatrii neléčila. Daniela má jednu mladší sestru, ročník 79, se kterou má normální vztahy, příliš se nevidají. Říká, že její sestra byla vždycky ta hezčí, lepší a šikovnější, že se s ní celé dětství srovnávala a záviděla jí její postavení v rodině. Daniela má jednu dceru, ročník 97, která jí byla ve třech letech odebrána, kvůli užívání drog a vedení nespořádaného života. Je v péči otce, Daniely bývalého přítele. Vídá se s ní, chodí jí navštěvovat na kliniku. Říká, že mají hezký vztah, má dceru moc ráda a chce se uzdravit a abstinovat hlavně kvůli ní. Rodina je bez psychiatrické heredity v širším příbuzenstvu.

### **Osobní anamnéza**

Porod a perinatální vývoj proběhl v normě. Psychomotorický vývoj přiměřený. Prodělala běžné dětské nemoci. Dosud vážněji nestonala. Od dětství má astma bronchiale, poslední záchvat měla před dvěma roky. Při zneužívání pervitinu měla opakovaně epileptické záchvaty, naposledy v roce 2008. Neprodělala závažnější operace a úrazy. Neužívá pravidelně žádné léky. K abúzu návykových látek: Je exkuřák. Kouřila 15-20 cigaret denně od 17 do 39 let. Alkohol pila od 17 do 39 let, jedenkrát týdně 5 piv nebo litr vína nebo čtyři panáky tvrdého alkoholu. Za poslední rok pije asi jednou měsíčně 4dcl vína. Od 20 do 23 let a potom od 27 do 39 let potvrzuje ranní doušky a palimpsesty. Také zažila tahy, odvykací stavy. Nebyla nikdy na

záchytné stanici. Neměla delirium. Z drog užívala THC, heroin, LSD, MDMA, BZD, Tramadol. Udává, že vyzkoušela vše, co sehnala, co bylo zrovna na trhu. Pervitin užívala od 18 let s mezerami (od 23 do 27 let) do minulého roku. Naposledy užila pervitin 2/2014. Abstinovat se jí dařilo, když byla těhotná a kojila. A nyní se již cítí na užívání drog stará a chce se chovat zodpovědně kvůli dceři.

### Průběh života

Na dětství vzpomíná nejraději na babičku a prázdniny u ní na venkově. Ve škole měla nejraději přestávky, učení ji příliš nebavilo. Vzpomíná, že ji učitelka ponižovala a mlátila ukazovátkem. Pokračovala na středním odborném učilišti, kde se věnovala biochemii. K tomuto oboru získala vztah hlavně díky drogám. Školu nedokončila. Živila se brigádami, jako prodavačka, dispečerka, jinak moc ne, protože hodně fetovala, jak sama udává. Vztahy v rodině byly na hraně. S otcem nebyly moc dobré. Otec ji vychovával jen násilnou formou a hodně ji bil. Vzpomíná, že už tehdy používala jídlo k uklidňování se. Když se blížila hodina, kdy otec přicházel domů, jedla, aby zahнала stres. Když byla v 6. třídě ZŠ, tak se rodiče rozvedli. Otec pil ještě víc, každý víkend byl opilý. Vzpomínky na něj má hlavně jak sedí v hospodě a ona ho vyzvedává. S matkou také neměla ideální vztah, dlouho si myslela, že ji matka nemá ráda. Neví proč, pořád byla ta špatná a její sestru měla radši. Vztah se sestrou byl relativně dobrý. Má jednu dceru, která je od svých 3 let v péči otce. V roce 2003 se jí oběsil přítel, protože se s ním chtěla rozejít. Byli oba uživatelé drog a ona chtěla začít abstinovat, on ne, proto chtěla rozchod. Po této události se zhroutila a byla týden hospitalizována v PN Bohnice. Nyní bydlí s rodiči tohoto bývalého přítele. Kontakty se svou rodinou udržuje.

Sexuální iniciaci datuje na 17 rok věku, vztahy měla uspokojivé, teď asi rok žádné vztahy nemá. Ke kriminální anamnéze: V roce 2008 byla v podmínce, za krádež léků k výrobě drog.

Říká, že nemá žádné zájmy. Na oddělení si ale našla možnost docházet na cvičení a rehabilitace. K selfkonceptu. Snaží se být pozitivní, i když to občas nezvládá. Myslí si o sobě, že je veselý člověk.

### Psychiatrické anamnéza

První obtíže se objevily v 17 letech, cítila se podle svých slov „naducaná“. Když začala užívat drogy, tak hubla. Později si brala pervitin, aby hubla. Vyhovovalo jí, že nemusela mnoho dní vůbec jíst. Ale když drogu vysadila, dostavil se velký hlad, a pak se opět začala přejídat, tak po čase opět sáhla po droze. Tento začarovaný kruh trvala mnoho let. Abstinovala v období

těhotenství a kojení. Daniela za sebou má jeden suicidální pokus, říká, že byl demonstrativní, v afektu, po hádce s přítelem. Byla na chirurgii, ale ne na psychiatrii. V roce 2003 byla týden v PN Bohnice v Centru krizové intervence, kdy se jí zabil přítel oběšením, protože se s ním chtěla rozejít. Zhroutil se a propadla do depresivního stavu.

Na otázky poruch příjmu potravy v rodině říká, že babička byla tlustá a matka „jako já“. Daniela nyní váží 95,5 kg, cílová hmotnost je 75 kg, maximální 98 kg a minimální 57kg.

#### Nynější onemocnění

Daniela má pocit, že nezvládá svoje stavy přejídání. Neví, jestli je to vlivem úzkosti nebo deprese. Přejídá se kvůli psychickým potížím, zajídá své emoce. Ráno nejí, potom se nají až odpoledne a to tolik, že jí bývá špatně. Jí do té doby, co je v lednici něco k jídlu. Vyzkoušela už různé diety, ale nepomohly jí. Nebo se po jejich skončení váha opět vrátila.

#### Pozorování psychického stavu

Pacientka Daniela je lucidní, vigilní, orientovaná, spolupracující, její odpovědi jsou adekvátní a bez latencí, oční kontakt navazuje a udrží. Je bez úzkosti a tenze. Bez poruch vnímání nebo myšlení. Poruchy spánku neguje. Je asuicidální.

#### Závěr a doporučení

Pacientka mnoho let trpí komorbiditou poruchy příjmu potravy s užíváním různých návykových látek, zejména pervitinu a alkoholu. Nyní abstinuje a je motivovaná řešit hlavně problém s psychogenním přejídáním. Na klinice původně vůbec nechtěla řešit potíže s návykovými látkami a byla překvapená, když jsme s ní toho téma chtěli více rozebírat. Tyto dvě poruchy spolu úzce souvisí, obzvláště v tomto případě, kdy drogy sloužily k regulaci váhy. Pacientka byla o tomto faktu poučena a ochotně začala navštěvovat i skupiny pro komorbidní pacientky v Apolináři, aby řešila i tento problém. V léčbě vytrvala stanovenou dobu a nyní dochází do následné péče. Dodržuje všechna doporučení a zdá, že se jí daří.

### **9.3 Kazuistika 2- Dita**

Pro druhou případovou studii byla vybrána pacientka z Ambulance dětské a dorostové adiktologie. V září 2014 byla na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN otevřena Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) jako pilotní 10 měsíční program. Důvodem k otevření ambulance byla jednak reálná poptávka v každodenním provozu a

odmítání dětských pacientů k přijetí do zdravotní péče v jiných zařízeních. Nicméně klíčovým podkladem byla důkladně provedená analýza potřeb jasně zobrazující vysokou poptávku po tomto typu péče v Praze a Středočeském kraji (Miovský a kol., 2014). Výsledky pilotního projektu byly ve zkrácené podobě publikovány (Miovský a kol., 2016a) spolu s návrhem struktury programu tak, jak byl zpracován pro původní projekt a ověření (Miovský & Popov, 2016). V této práci se budeme soustředit na naše první klinické zkušenosti a zvolili jsme zajímavý případ dospívající klientky závislé na metamfetaminu, která byla přivedena matkou z důvodu užívání této látky do ambulance.

Etické a metodologické aspekty: Další příběh pacientky byl vybrán pro svoji zajímavost a ilustraci celé skupiny pacientů s touto specifickou komorbiditou, reprezentující u adolescentů v adiktologii významné klinické téma a se kterou se v novém ambulancním provozu od začátku setkáváme. Zároveň reagujeme na malý počet kazuistických prací o této problematice. Metamfetamin je nejrozšířenější stimulační droga v České republice. Počet problémových uživatelů metamfetaminu v ČR ve věkové skupině 15–64 let se odhaduje přibližně na 0,48 % osob. Klienti nastupující v Čechách a na Slovensku léčbu, kteří udávají jako primární drogu metamfetamin, tvoří 95 % z 80 000 klientů léčících se ze závislosti na metamfetaminu v Evropě (Evropská zpráva o drogách, 2015).

Na této případové studii je současně nejen možné dobře prezentovat samotné obtíže spojené s diagnostickým i terapeutickým procesem, ale také složitost celé situace v kontextu širších rodinných a sociálních faktorů. Vzhledem k tomu, že většina nezletilých pacientů je přivedena rodiči a nepřichází sami a zcela dobrovolně, je složitější správně a v čas odhalit všechny diagnózy a začít efektivně pracovat na komplexní léčbě. Může se snadno stát, že komorbidita zůstane neodhalena, což komplikuje proces uzdravování. Skupině pacientů s komorbidními poruchami by měla být poskytnuta integrovaná intervence a léčba, založená na „evidence based přístupu“. Nabízené intervence musí mít dostatečnou intenzitu a délku, aby mohly potencionálně ovlivnit vývoj mladého člověka a současně by měly zahrnovat prvky case managementu (Gilvarry et al., 2012). Tuto konkrétní pacientku považujeme za klinicky zajímavou, podařilo se s ní navázat psychoterapeutický vztah a již dochází do ambulance 10 měsíců. Kazuistika představuje diagnostickou a terapeutickou práci s klientkou.

Kazuistická práce je anonymní. Jméno pacientky bylo změněno, aby nemohlo dojít k její případné identifikaci a bylo chráněno její soukromí. Byla informována o účelech této práce a souhlasila dobrovolně se zpracováním svých anamnestických údajů a informací o její osobě.

Změnili jsme její identitu (pacientka zde bude označena jako Dita). První kontakt s pacientkou a klinický dojem:

Pacientka chodí na individuální terapii jednou týdně a je v dlouhodobé ambulantní péči. Po vyšetření dětskou psychiatrickou jí byl přidělen garant (case manager), kterým je autorka této rigorózní práce. Úkolem case managera je v tomto případě posouzení situace, sestavení plánu, propojování pacienta a služeb, obhajování zájmů pacienta a monitorování (Vanderplasschen et al., 2007). Case manager je prvkem, který je součástí struktury programu ambulance (Miovský & Popov, 2016). Každý vstupující pacient do programu má týmem přiděleného svého case managera zodpovídajícího za monitorování průběhu práce, sledování vývoje, informování zbývajících členů týmu a výše zmíněné doprovázení pacienta a jeho rodiny, včetně komunikace se zařízením.

Při prvním kontaktu pacientka působila a chovala se jako o několik let starší. Přišla vysoká, štíhlá dívka, na svůj věk vyzrálá - vzhledově i chováním. Působila zpočátku uzavřeně, jevila známky úzkosti. Ke konci sezení už se rozpovídala více a tenze polevila. Přivedla ji matka a po celou dobu společného sezení byly patrné jejich neshody. Matka působila odtahitě a zdůrazňovala neustále zejména Dityny nedostatky a problematické chování z čehož vinila zejména biologického otce Dity, svého bývalého manžela. Dita byla zařazena do programu s indikací k individuální psychoterapii, do které začala docházet jednou týdně a léčit se. Diagnosticky byla lékařkou (viz též níže) uzavřena s diagnózami F 15.2 Poruchy způsobené jinými stimulacii v kombinaci syndrom závislosti a F 50.2 Mentální bulimie.

Samotné ambulantní léčbě v ADDA předcházela detoxifikace a měsíční hospitalizace v psychiatrické nemocnici. V anamnéze má též ambulantní léčbu na psychiatrii, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování a suicidální proklamace na sociální síti. Pacientka nyní čtyři měsíce abstínuje od metamfetaminu a je stabilizovaná. Dle cyklu změny (Prochaska & DiClemente, 1986) pacientka přišla do ambulance ve stádiu kontemplace- rozhodovala se pro změnu a byla schopna základní reflexe své situace a byla připravená a motivovaná vstoupit do terapeutického procesu. Nyní se nachází ve stádiu udržování- integrovala změny chování do svého životního stylu a postupně pracuje na dílčích změnách. Je motivovaná abstinovat a pracovat na svém seberozvoji. Metamfetamin užívala několik měsíců s přítelkyní a také se svým otcem. Když byla Dita na 1. stupni ZŠ, její rodiče se rozvedli. Nyní se v terapii opět objevilo v popředí téma bulimie.

Objektivně: Pacientka je vigilní, lucidní, plně orientovaná, spolupracující, upravená, klidná, kontakt navazuje bez potíží, spontánní, odpovědi přiléhavé, rozvíjí, determinační linii udrží, psychomotorické tempo v normě, myšlení koherentní, apsychotická, bez situační tenze, popisuje výkyvy nálady, emoční labilitu, aktuálně bez suicidálních ideací či tendencí. Pozorujeme z anamnézy disharmonický vývoj osobnosti a rysy emoční lability. Disponovaná osobnost, nutno vzhledem k věku sledovat do budoucna vývoj.

Životní příběh pacientky Dity:

Porod byl spontánní, ale objevily se perinatální komplikace. Konkrétně šlo o předčasný porod a nižší porodní hmotnost, vzhledem ke gestačnímu stáří plodu. U Dity došlo později ke zpoždění raného psychomotorického vývoje, kdy jim bylo doporučeno cvičit Vojtovu metodu. Jako předškolák byla dle matky emočně labilní. Cizích lidí se bála, reagovala úzkostně. Jemná motorika byla u pacientky oslabená. Potíže přetrvávaly i na prvním stupni ZŠ, kdy měla pacientka individuální studijní plán a vedena byla jako žákyně se speciálními vzdělávacími potřebami. To bylo z důvodu přítomnosti vývojové poruchy v oblasti písemného projevu na podkladu dysgrafie a dysortografie. Suspektně na bázi syndromu ADHD, se u Dity projevovaly příznaky poruchy pozornosti a aktivity. Diagnóza ADHD jí byla diagnostikována v pedagogicko- psychologické poradně v dětství. I přes zmiňované handicapy se jednalo na prvním stupni ZŠ o snaživou, pečlivou žákyni s velmi dobrým studijním prospěchem.

Po přechodu na druhý stupeň ZŠ došlo ke zhoršení prospěchu i celkového psychického stavu pacientky. Důvod udává odchod otce od rodiny. Dita na něm velmi lpěla, jeho odchod a nepřítomnost těžce nešla. Otec sliboval setkání, ale sliby neplnil, což vedlo k Ditině opakovanému zklamávání. Zlomem byly Vánoce 2013, kdy slíbil, že dorazí, ale nedorazil. Od té doby potíže Dity eskalovaly, prospěch byl čím dál tím horší, gradovaly i rozbroje s matkou a emoční labilita Dity. Své psychické potíže měla Dita vždy tendenci bagatelizovat a disimulovat. S matkou byl vztah soupeřivý a touha po uznání od otce zůstávala nenaplněna. Oporou jí vždy byla babička (z matčiny strany). Později začala Dita projevovat zájem o vztahy s lesbickým kontextem, s jinými dívkami. Kontakty hledala na internetu. Od listopadu 2013 začala experimentovat s alkoholem a v lednu 2014 se začala rozvíjet bulimie.

Do ambulance Dita přichází ve svých 14 letech s diagnostikovanou závislostí na metamfetaminu. Do ambulantní péče je přijata po předchozí hospitalizaci na Detoxifikačním oddělení z psychiatrické nemocnice, kde byla asi měsíc. Od pobytu na detoxu přiznala, že měla

relaps, při kterém užila metamfetamin. Zhruba jednou týdně kouří marihuanu. Asi půl roku měla lesbickou přítelkyni. Užívaly společně drogy, zejména metamfetamin, ale později chtěly obě přestat. Zajímavostí je, že Dita navazovala homosexuální vztahy pouze v období, kdy experimentovala s návykovými látkami. Nyní v období abstinence začala navazovat heterosexuální vztahy s muži. Je proto v kontextu všech dalších projevů otázkou, do jaké míry její celková nestabilita a naplnění dalších znaků mohou později vést k úvaze o složitější diagnostické kombinaci, neboť Dita má již nyní přítomno několik podstatných znaků naplňujících kritéria hraniční poruchy osobnosti, kterou bude pravděpodobně třeba ve vyšším věku zhodnotit a posoudit v kontextu vývoje terapie a vývoje potíží. Je současně též možné, že pozdější případné potvrzení této diagnózy by mělo vliv na úvahy o úpravách terapeutické strategie a potvrzovalo by zpětně též i z tohoto aspektu správnost indikace k individuální psychotherapii a větší opatrnosti v úvaze o zařazení a fungování ve skupině.

Z návykových látek vyzkoušela taneční drogy, halucinogenní drogy, ty jí ale dle pacientky slov neoslovily. Opiáty nezkoušela. Dita je nekuřák. Nyní chodí do 9. třídy základní školy, ZŠ změnila kvůli šikaně, kdy udává, že byla šikanována kvůli nadváze. Poté začala záměrně snižovat váhu, přestala jíst, zhubla asi 10 kg a později se rozvinula bulimie, přejídání s následným zvracením.

Dita byla poprvé hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici v lednu 2015. Bylo to z důvodu užívání metamfetaminu, konopných drog, sebepoškozování a na základě suicidálního proklamování. Ditu přivádí do léčby matka. Již v květnu 2014 jí byla hospitalizace doporučena, ale tehdy matka ještě váhala. Dita byla v péči psychologů a psychiatrů již od svých 6 let, v tomto věku pro smíšenou poruchu školních dovedností. Potíže začaly eskalovat v lednu 2013, kdy gradovaly konflikty s matkou. V té době se u Dity začala projevovat i problematika poruch příjmu potravy, bulimie - zvracení se zneužíváním laxativ. Od 12 do 13 let se Dita ambulantně na psychiatrii léčila právě s bulimií. Na ZŠ byla šikanována kvůli nadváze a poté se rozhodla začít hubnout. Za deset měsíců zhubla 10 kg. Experimenty s alkoholem začaly v listopadu 2013. Poté si našla o 6 let starší lesbickou přítelkyni, také uživatelku metamfetaminu se kterou užívaly nějakou dobu společně. Krom přítelkyně, užívala metamfetamin také spolu s otcem, formou sniffingu, šňupání. To bylo od října 2014 do ledna 2015. Poté v lednu 2015 skončila na detoxu v psychiatrické nemocnici, kam ji odvezla proti její vůli matka, když na vše přišla. Po hospitalizaci se začala léčit v adiktologické ambulanci. Dita docházela jednou týdně



na individuální sezení a začala od metamfetaminu abstinovat. Přibrala několik kg a opět začala zvracet, pozorujeme tedy opět návrat do bulimické fáze.

Průběh terapie:

Dita docházela dlouhodobě do ambulance, zejména na individuální psychoterapii. Absolvovala přibližně dvacet sezení. Podařilo se s ní navázat důvěrný psychotherapeutický vztah. Otevřela témata abusu návykových látek, poruch příjmu potravy, vztahu s rodiči i intimních vztahů a to včetně problematiky sexuální preference, což je zajímavým specifíkem (nejen) u této klientky, kdy na drogách preferovala vztahy s dívkami a v období abstinence vztahy s muži a je součástí širší diskuse o frekvenci výskytu diagnózy hraniční poruchy osobnosti obecně u celé této subpopulace a to právě s ohledem také na extrémně vysoký výskyt poruch příjmu potravy (obvykle přecházející z jednoho typu na druhý a zpět atd.). U pacientky sledujeme znaky typické právě pro tento typ komorbidit s poruchami příjmu potravy, tj. v době kdy užívala metamfetamin, neměla chuť k jídlu a hubla a zcela vědomě s tímto projevem pracovala a de facto tak tímto způsobem realizovala potřebu seberegulace a doslova „ovládání“ svého těla a získání kontroly nad ním. To jí vyhovovalo a uspokojovalo. V období abstinence dochází k přibývání na váze, a tudíž opětovně potřebě pacientky regulovat váhu těmito patologickými způsoby typickými pro pacientky s mentální bulimií. Léčba proto musí být nutně komplexní a pozornost věnovaná oběma poruchám. To je jeden z důvodů, proč byla pro tuto kazuistiku vybrána právě ona.

Attachment neboli vztahová vazba s primární pečující osobou je klíčová pro zdravý emoční vývoj jedince. Když hodnotíme průběh onemocnění u naší pacientky Dity, pozorujeme psychické potíže již od raného věku. Později se objevuje odmítavý postoj k matce, neshody, ve vztahu k matce jsou prvky ambivalence, Dita s matkou rivalizuje, ale současně si dokáže připustit, že jí má ráda. Na začátku vstupu do puberty Dity otec není přítomen, rodinu opouští. Dita touží po jeho přízni, ale nakonec místo lásky otce získává společný zájem-užívání metamfetaminu, což s otcem začne sdílet. To před matkou tají. Mají spolu neshody a ona opakovaně utíká k otci a jeho bezhraničnímu přístupu. Dita hledá vlastní identitu, v tomto období navazuje romantické vztahy s dívkami (dle Ericsona identita vs. zmatení rolí, (Vágnerová, 2000)). Zde je otázkou do diskuse, do jaké míry matka plnila roli identifikační osoby a byla schopná v této rovině v klíčových etapách vývoje reagovat na potřeby své dcery. Nicméně je vhodné v tomto případě pracovat se specifickými koncepty (viz např. Blanck & Blanck, 1992) vývoje self a je zřetelné, že problémy s identitou mohou v případě pacientky být

dokladem pro mnohem hlubší poruchy a svědčit nejen o hraničních znacích a struktuře (s čímž pracujeme nyní), ale mohou se později ukázat a být diagnostikovány přímo jako součást klinického obrazu poruchy osobnosti. Zajímavostí je, že Dita navazovala homosexuální vztahy, když pravidelně užívala metamfetamin. Potom co začala abstinovat, navazovala heterosexuální vztahy s muži. Pozorujeme tak zajímavou dynamiku v kontextu vztahu mezi užíváním návykových látek a sexuální preferencí, která v dospívání nemusí být vyhraněná, ale takto specifický způsob přechodu a nestability může být známkou mnohem hlubšího narušení struktury, nejen tedy projevem narušení samotné úrovně organizace osobnosti. Bude zásadní proto právě tyto aspekty sledovat v kontextu dlouhodobé práce a podrobit později opakovanému klinickému zhodnocení (viz výsledky psychologického a psychiatrického vyšetření). Je mj. zajímavé, že mnoho z těchto projevů pozorujeme v anamnéze Dity již v raném věku. Pacientka byla úzkostná, labilní, popisována jako dráždivý kojeneček. Nevíme přesně, co se ve vztahové rovině matka – dcera dělo a je zcela zřejmé, že se větší míra poškození a zasažení velmi hlubokých struktur vlivem těchto faktorů může manifestovat ještě později.

Postup v terapii a vývoj (prozatím) označeného problému: zřetelné je zasažení vývoje raného vztahu s matkou i otcem. Psychoanalýza (např.: Kocourková, 1997) se zabývá vztahem s pečující osobou (matkou), vývojem já, separací a ranou dětskou zkušeností. Pozitivem je možnost sekundární emoční zkušenosti v terapeutickém kontextu, kdy by v ideálním případě mělo dojít ke třem fázím v psychoterapii, a to k fázi testování, propracování a následné bezpečné separace. Otázkou, resp. limitem však bude míra a hloubka zasažení/poškození a tím pádem také možností reparace, tj. toho, co lze označit za úzdravu. V případě pozdějšího prokázání těžších forem poškození a případné potvrzení hraniční poruchy, by samozřejmě vedlo k přehodnocení a je zřejmé, že dosažení terapeutického efektu by v takové situaci bylo mnohem složitější. Fáze, která probíhá na počátku terapie a trvá až do navázání terapeutického vztahu, se nazývá fáze testování a spojená s nutností aplikace metody kontejnování. Cílem fáze je získání důvěry pacientky, zmírnění agování a zvládnutí pokusů manipulace s terapeutem. V druhé fázi jde o zvládnutí agování, což znamená že pacientka otevřeně nadává, pláče, jedná se o fázi propracování. V průběhu další terapie by mělo dojít k propracování prožívání spojeného se separací a depresí, což je v terapii považováno za vývojový pokrok (Kocourková, 1997). Znovu však opakujeme, že lze nyní obtížně predikovat další vývoj právě s ohledem na ne zcela jasné diagnostické pozadí celého případu, který může být výrazně složitější, než co prokázalo současné klinické hodnocení. Poslední fází je fáze spojená s opuštěním terapeuta a tou je separace. Pacientka ideálně dosahuje autonomie a nezávislosti. Tato fáze je spojena

s úzkostmi a strachy z opuštění, může se objevit i separační vina, ale tyto problémy mohou mít mnoho podob. Separační pocity vždy nutně vycházejí z primární zkušenosti s pečující osobou, obvykle matkou. Může se objevit i strach z magického potrestání, v případě opuštění terapeuta. V přenosu k terapeutovi se díky optimální emoční zkušenosti pacient učí a časem si může dovolit bezpečně se odpoutat, jak píše Kocourková (1997). Aby mohlo dojít u naší pacientky k pokroku v léčbě a následnému vyléčení, je na místě citlivý a vnímavý přístup.

Závěr:

Kazuistika pojednává o problematice pacientky se závislostí na metamfetaminu komorbidně s mentální bulimií. Nyní abstinuje a je motivovaná k léčbě. V terapii se nyní znovu objevilo téma bulimie, kdy začala opět zvracet, a to zejména o víkendech, kdy navštěvuje svou babičku a tam sní velké množství jídla. Pozorujeme „začarovaný kruh“ kdy se v životě Dity střídá období užívání drogy, kdy hubne, nemá hlad a období abstinence, kdy se přejí a následně zvrací. Toto cyklení je však pro podobné případy zcela typické a je jedním z nutných klíčových témat pro terapeutickou práci. Závislost na návykových látkách a poruchy příjmu potravy mají stejnou etiologii a úzce spolu souvisí, zvláště v případě, kdy droga sloužila mimo jiné k regulaci váhy. Je však otázkou, do jaké míry je celkový kontext a etiologie v tomto případě ovlivněn možným komorbidním výskytem hraniční poruchy a minimálně je zřetelné, že hraniční typ organizace osobnosti zásadním způsobem ovlivňuje terapeutický proces již nyní. Mnoho dívek, které užívají nebo jsou závislé na nějakých návykových látkách, lécích nebo alkoholu má zkušenost s poruchami příjmu potravy (a naopak). Při příjmu do léčby je nutné na problematiku komorbidity myslet a cíleně se na možnou přítomnost další choroby doptávat. Neodhalená komorbidita poruch příjmu potravy komplikuje proces léčby a uzdravení (Kalina, 2008) a současně může zásadně zkreslit výsledky celého klinického hodnocení pacienta. To pak logicky následně vede k problematickému plánování terapeutické strategie, která nemusí dostatečně citlivě reagovat na klíčové potřeby pacienta a vést nejen k nekvalitně provedenému matchingu, ale celkově neadekvátně vedené terapii. Logickým výsledkem pak nemůže být nic jiného než minimálně snížení efektu terapeutické práce, častěji však předčasné vypadnutí z léčby (drop-out) a tedy obecně snížení retence v léčbě u této specifické subpopulace.

#### **9.4 Kazuistika 3- Anna**

Pro třetí případovou studii jsme vybrali pacientku, která absolvovala tříměsíční ústavní odvykací léčbu na AT oddělní psychiatrie (oddělení pro závislé na alkoholu), v Krajské

nemocnici Liberec (dále jen KNL). Na tomto oddělení působí autorka jako psychologka a s pacientkou byla denně v kontaktu. Ústavní léčba na AT oddělení v KNL trvá tři měsíce a předchází jí obvykle kratší pobyt na detoxifikační jednotce, která je součástí psychiatrie. Jedná se o střednědobý pobyt na otevřeném režimovém oddělení. Kazuistika je zaměřena na klinickou zkušenost a práci se závislými na alkoholu komorbidně s poruchou příjmu potravy. Vybrali jsme zajímavou pacientku, na které chceme demonstrovat příčiny vzniku a rozvoje závislosti na alkoholu a PPP v kontextu disharmonického vývoje, nepříznivého rodinného klimatu v dětství a s tím úzce související teorie attachmentu (vztahové vazby) (Bowlby, 1979). Souvislost narušené vztahové vazby a preferování maladaptivních strategií zvládnání zátěže u závislých, byla potvrzena (např.: Chládková, 2016). V dospělosti pak u mnohých pacientů, kteří propadnou závislosti na návykových látkách pozorujeme teorii tzv. sebemedikace (Jellinek 1960 in Raboch, Pavlovský a kol., 2013) v praxi.

Etické a metodologické aspekty:

Případová práce je anonymní. Jméno pacientky bylo záměrně změněno, aby nemohlo dojít k její identifikaci a abychom chránili její soukromí. Pacientka souhlasila s účastí ve studii a s použitím její anamnézy a dalších potřebných údajů ze zdravotnické dokumentace. Její identita byla pro publikační potřeby změněna, budeme o ní psát jako o Anně.

Vybraná pacientka zastupuje početnou skupinu pacientů závislých na alkoholu. Alkohol je v České republice oblíbený, její obyvatelé patří mezi přední konzumenty. Sovinová a kol. (2015) píše, že denní konzumaci udává v ČR až 12,5 % dospělé populace. 7 % české populace splňuje kritéria pro rizikové pití a 6 % škodlivého pití alkoholických nápojů.

V současné době v České republice vycházíme při diagnostice duševních poruch z Mezinárodní klasifikace nemocí- MKN – 10. Z této vychází i známá Jellinekova typologie závislosti na alkoholu. Verze z roku 1960 rozlišuje 5 typů abúzu alkoholu (Raboch, Pavlovský a kol., 2013):

- Typ alfa- tzv. problémové pití, alkohol používaný jako forma „sebemedikace“ k odstranění nepohody, dysforie, potlačení tenze, úzkosti, depresivních pocitů. Častěji pijáci typu alfa, preferují pití o samotě.
- Typ beta – je sociokulturně charakterizovaný abúzus, pití ve společnosti, charakteristickým následkem bývá somatické poškození.

- Typ gama – se někdy též označuje jako anglosaský typ, preference piva a destilátů. Závislost je charakterizována poruchami kontroly pití, nárůstem tolerance, progresí konzumace a následná somatická a psychická poškození, s výrazněji vyjádřenou psychickou závislostí.
- Typ delta – se někdy též označuje jako románský typ, preference vína. Typická je denní konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznější opilosti a ztráty kontroly. Výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost a poškození s tím spojená.
- Typ epsilon – se někdy též označuje jako dipsomanie nebo kvartální pijáctví. Vyznačuje se obdobími delší a občas i úplné abstinence. Tento typ je nejvzácněji se vyskytující a často doprovázený afektivními poruchami.

Naší pacientku bychom označili jako pijáka typu alfa, kdy alkohol záměrně užívá jako prostředek k utlumení nepříjemných pocitů, zapomenutí na traumata s preferencí pití o samotě.

První kontakt s pacientkou a klinický dojem:

Pacientka byla plánovaně přijata ke komplexní léčbě na protialkoholní stanici pro závislost na alkoholu do KNL. Jedná se o pacientčinu první léčbu. Byla přijata z psychiatrické nemocnice Kosmonosy, kde absolvovala čtrnáctidenní detoxifikační pobyt. Pobyt absolvovala bez větších komplikací. Pacientce je 57 let a je dlouhodobá abuzérka, udává, že pije asi 35 let. Posledních 6 let pije denně, postupně se dostala na dávky až 6-7 litrů vína denně. Na pacientce jsou již patrné dopady letitého abusu. Zejména kognitivní deficit a deficit mnestických funkcí, poškození jater, toxonutritivní postižení, špatná alimentace. Pacientka přišla o většinu zubů, je velice hubená a celkově působí nezdravým dojmem. Při vstupu do léčení byla pacientka klidná, spolupracující, deklarovala motivaci k léčbě a následné abstinenci. Hovořila o podpoře od svých dcer. O komorbidní přítomné poruše příjmu potravy jsme se dozvěděli až v průběhu léčby.

Subjektivně při příjmu na AT oddělení: „Náladu mám teď dobrou. Duševně se cítím líp, jsem bez napětí, spím dobře, chutná mi jíst. Už jsem přibrala 7 kg. Fyzicky mě bolí celé tělo, mravenčí nohy, asi mám artrózu v rameni, bolí mě. Pořád se trochu třesu. Mám chuť na alkohol, kdybych teď šla domů, vím že bych se napila. Šla bych hned k Vietnamcovi pro víno. K léčbě mě dotlačily hlavně dcery, ta ambulantní poradna nějak nestačila... Pila jsem hodně, posledních 6 let prakticky denně. Vytáhla jsem to ze 3 litrů až na 6 a více litrů vína denně. Bydlela jsem teď s jedním párem v bytě, vedle jsou jatka, špatně jsem to snášela, proto jsem to

zapíjela. A asi jsem zapíjela více věcí, co mě v životě potkalo, alkohol mi vždy udělal dobře, zapomněla jsem aspoň na chvíli. Byl to takový únik...“

Objektivně: Pacientka se jevila při vstupním vyšetření jako lucidní, lehce neupravená, roztržitá, hypoprojektická, celkově však klidná, spolupracující, přiměřeného psychomotorického tempa, aktuálně bez známek intoxikace, akrálně s diskrétním tremorem horních končetin, její odpovědi byly přiléhavé, orientovaná byla kromě přesného data správně, myšlení koherentní, bez bludných obsahů či paranoidity, bez poruch vnímání, normoforická, bez úzkosti, emočně živá, stabilní, asuicidální, v anamnéze intenzivní abúzus alkoholu, závislostního charakteru, s narůstající tolerancí i dávkami, potvrzuje palimpsesty i ranní doušky, craving intenzivní, pacientka verbalizovala formální náhled na svou závislost i motivaci k léčbě. Osobnost pacientky hodnocená jako disponovaná. Patrné narušení kognitivních funkcí.

Životní příběh pacientky Anny:

Anna se narodila na východním Slovensku. Otec byl těžký alkoholik a maminka nemocná, trpěla zánětem mozkových blan. Otec jí často bil, jednou jí dokonce zlomil ruku. Otec byl později zavražděn v hospodě u karet.

O svém porodu Anna nic neví, ale dle svých slov z ní zejména otec neměl moc radost. Když matka znovu otěhotněla, utekla do Plzně a Anně se narodil bratr. Poté začali s matkou bydlet u nějakého staršího hodného pána s domkem a zahradou, tam byla Anna i její bratr spokojená. Naneštěstí pán brzy zemřel. Matka byla nemocná a o děti se nebyla schopná postarat. A tak obě děti skončily v dětském domově. Anna na domov vzpomíná, že tam byly hodné vychovatelky, které jim nosily hračky a sladkosti. V předškolním věku Annu převezli do jiného dětského domova (dále jen DD), do Chebu, bez bratra. V šesti letech nastoupila do školy. O další tři roky později se dostala opět do jiného dětského domova, do Semil. Na to Anna vzpomíná, že dlouho čekala u brány, až přijede matka a bratr. Nakonec přijeli a byla ráda. Maminka ale bohužel brzy odjela s pláčem za nějakým pánem. O rok mladší bratr Anny byl zakřiknutý a stále se jí držel. Byli spolu v dětském domově. Anna vzpomíná na depresivní pokoj, tzv. izolaci, kde přečkávala nemoci. Když tam byla Anna nemocná, bratr za ní chodil a přes dveře plakal, že už se má k němu vrátit, že ho kluci bijí. Od té doby ho Anna začala chránit. Často mu tekla krev z nosu. Od kamaráda se naučila prát, takže ho vždy ubránila. Bratra měla moc ráda. V dětském domově s nimi vyrůstali i starší kluci, kteří si z nich udělali své sluhy.

Například jim museli odevzdávat maso u oběda, sbírat a žebrot cigarety apod. Když neposlechli, vyhnali je po schodech k půdě, kde si museli kleknout a na ruce jim naložili těžké boty. Anna v domově ráda hrála fotbal, vybíjenou a zimě lyžovala. Na svátky nebo jarní prázdniny s bratrem jezdili k matce a jejímu novému manželovi. Anna z toho byla nešťastná. Například na Vánoce pod stromečkem, který museli s bratrem někde uříznout, nenašli vůbec nic. Od té doby Anna nesnáší Vánoce. Dokonce jednou na Vánoce spolykala prášky, které dostával kluk v domově na uklidnění. Usnula pak na schodech a zvracela. Nic jiného se nestalo. Za dva dny pro ni a bratra přijela matka a odvezla je domů. Pak se stalo to, že otčím si vlezl za Annou do postele a osahával jí. Z DD se uměla bránit, a tak se nedala, dle svých slov ho seřezala koštětem. Další den ji s bratrem vyhodil bez peněz na autobus. Matka je bránila, ale byl neúprosný, a tak museli jít pěšky do Semil do DD. V podstatě byli rádi, že se mohli vrátit do DD. Léto také radši trávili v DD, protože jezdili na tábory, a to je bavilo.

Pubertu popisuje Anna jako problematickou. Měla svoji partu, kde byli holky i kluci, všichni fajn a rozuměli si. Popisuje ale i nepříjemnou příhodu, kdy se jí pokusil znásilnit opilý kotelník v DD. Podařilo se jí tehdy utéct. Řekla to svým kamarádům, ti mu dali „co proto“ a zařídili, aby se již do práce nevrátil.

Ve škole byla Anna oblíbená, nikdo se jí nesmál, že je z DD. Učila děti, jak se hraje fotbal a různé hry a děti ve škole jí na oplátku učili, jak se učit, aby prospěla. S partou z DD chodili na jedno místo, kde se naučila kouřit cigarety a pít víno. Tehdy zvracela, v DD byl průšvih. Děti si z toho nic nedělaly, až dostaly opět nějaké peníze, vše se opakovalo, opět si koupily cigarety a alkohol. Anna říká: „Do DD přijel nový vychovatel z diagnostického ústavu, který nás chtěl převychovat, a tak nás jednoho po druhém seřezal na vychovatelně. Byli jsme samá modřina. Až na mého bratra, ten pořád lítal někde po lese, byl rád sám. Modřin si všimla má učitelka, tak to nahlásila v DD a učitele vyhodili.“

Anna měla vždy ráda zvířata, a tak když přišlo na volbu povolání, tak si vybrala ZOU ve Vysokém nad Jizerou. Na školu šla s kamarádkou z DD a později se k ní přidal i bratr. Na škole se jí líbilo. Opět neměla problém zapadnout do kolektivu.

V prvním ročníku se na škole kluci a holky začali párovat. Anna vzpomíná, že za ní chodil kluk, který jí nosil dárky a kytky, ale ona ho odmítala, protože na ni byl moc hodný a romantický. (To bylo jedno z témat do skupinové psychoterapie). V té době se Anna s kluky spíše kamarádila. První sexuální zkušenost udává v 17 letech na pionýrském táboře, kde

pracovala jako praktikantka. Svého prvního kluka měla ráda, chodili spolu potom rok, ale bohužel potom utekl s rodiči na západ. Ve stejné době se začaly vyskytovat i první příznaky poruchy příjmu potravy, kdy byla Anna více zaujatá svou postavou, a i přes nepřítomnost nadváhy záměrně hubla. S poruchou příjmu potravy se však nikdy neléčila, přiznala tyto problémy až později v protialkoholní léčbě, když byla nespokojená, že přibírá.

V 18 letech Anna ukončila ZOU a následně i dětský domov. Našla si práci v Českém ráji, v porodnici prasat. Zanedlouho se seznámila se svým budoucím manželem. Manžel byl o 10 let starší, ve svých 29 letech toužil po dětech, které v předchozím manželství nemohl mít. Anna brzy otěhotněla. Ukázalo se, že manžel není schopen v továrně, kde pracoval, vydělat moc peněz. Anna měla od matky na vkladní knížce 10 tisíc, které dostala při odchodu z DD. Řekl Anně, že má peníze vybrat, že se za ně zaplatí jejich svatba. Anna chtěla pozvat některé své přátele, ale to jí zakázal. Prosadila si pouze svého bratra. Dle slov Anny byla svatba zklamání-půjčila si levné šaty a prstýnky použil její muž z minulého manželství. Dort a hostinu udělala jeho matka a sestra a ostatní peníze si nechal. Ještě, než se narodila první dcera, byl k ní manžel docela pozorný, dbal na to, aby dost jedla, aby bylo dítě zdravé. Brzy po porodu se ale vše změnilo, Anny muž byl hodně lakomý, Anna musela nastoupit do práce, dítě do jeslí. Peníze mu odevzdávala. Peněz vydělávala dost, ale nestačilo mu to, tak měla i brigády po večerech. Dodnes neví, kam peníze dával, protože trpěli nouzí.

Bratr Anny šel v 19 na vojnu. Přál si, aby mu Anna přijela na přísahu. Velmi chtěla, ale manžel jí to opět zakázal a nedal jí finance, tak nemohla jet. Oplakala to. Bratra popisuje jako citlivého kluka. Asi pět let po vojně se oženil, ale manželství také nebylo šťastné. Peníze musel odevzdávat ženě, měl pořád hlad. Měl našetřeno 80 tisíc, ale jeho žena- Jehovistka peníze dala na výstavbu nějakého chrámu. Žena ho později vyhodila ze společného domu. Měli spolu dva syny, které mu zbraňovala vídat. Neunesl tuto situaci a oběsil se. Tato událost Annu velmi zranila a od té doby začala pravidelně pít.

Po 7 letech čekala s manželem další dítě. V té době už manžel Anně nedával ani jíst. Hubla, dítě nerostlo, tak skončila v nemocnici, kde byla až do porodu. Dítě-další dcera, se narodilo zdravé, ale velmi malé. Manžel Anně opět sebral i porodné, byl zuřivý a argumentoval, že je z DD a neumí hospodařit s penězi. Po nějaké době u dveří zazvonili rusky mluvící lidé, hledali manžela, že jim dluží peníze, nebyl doma, tak Annu surově zbili a vyrazili jí zuby. Ukázalo se, že peníze měl půjčené od své milenky a ta je chtěla po Anně zpět. V té době byla Anna psychicky týraná manželem a neuměla se bránit. Pila čím dál víc. Manželovi to bylo



jedno. Byl rád v kuchyni, vařil, pekl, koukal na sport a u toho se vztekal a sprostě nadával. Na pití si Anna vydělávala melouchy a peníze tajně používala na kupování vína. Nejčastěji chodila pít do sklepa, kde byla sama. Když začala Anna pátrat po tom, kam celé roky mizí všechny peníze, manžel se naštvál a vyhodil ji. Šla za nejlepším kamarádem a velmi se opila. Ale protože mu chyběly Anny peníze a dětem se stýskalo po mámě, vzal ji zpět. Když Annu kvůli snižování stavů vyhodili z práce, manžel se naštvál a vyhodil ji z bytu a rozvedl se s ní. Začala žít na ulici, velmi pila, sama, s bezdomovci. Když to zjistil Anny nejlepší kamarád, vzdal jí bydlet k sobě. V té době byla Anna šťastná. Dcery za ní jezdily a jejich přáním bylo se k ní přestěhovat, ale bývalý manžel to nedovolil. Odůvodňoval to nadměrným pitím Anny, což přiznává, že byla pravda. Dcery jezdily na víkendy. Sedm let po porodu druhé dcery se Anně narodila dcera další, měla jí s kamarádem, u kterého žila. Kamarád Anny však brzy zemřel, dům zdědila jeho první dcera. Anna s dcerou neměla kam jít, nakonec si pronajala malý byt a tam odešly. Kontaktoval ji bývalý manžel a nabídl, že se k němu může i s dítětem vrátit. Přijala to. Měla ho stále ráda a také chtěla být s dcerami. V té době Anna nepila. Udává, že v těhotenství a poté se jí dařilo vždy přestat pít. Anna začala pracovat v knedlíkárně a vydělávat dobré peníze. Opět je musela odevzdávat muži a pořád měl málo. Dostal nápad, že si vezmou k sobě nemocnou maminku Anny a budou o ni pečovat. Anna byla ráda. Netušila, že to byl další ziskový krok kvůli penězům. Maminka Anny byla nesvéprávná a ona za ní přebírala důchod. Peníze si opět začal přivlastňovat bývalý manžel Anny. Vše vygradovalo hroznou událostí, kdy šla Anna pro dceru do školky a řekla muži, aby dohlédl na maminku, a když se vrátila, našla maminku mrtvou ve vaně. Volala rychlou záchrannou službu a snažila se ji oživit, ale bylo pozdě. Manžel se vymluvil, že byl v jiné místnosti, z koupelny sice slyšel zvuky, ale myslel si, že si maminka mluví sama pro sebe. Anně bylo hrozně. Své pocity opět řešila koupí mnoha lahví vína. Opět se rozpila a pila denně. Po matce zdědila Anna sto tisíc a bývalý manžel jí začal vydírat, že když mu je nedá, půjde na sociálku a nahlásí, že pije a pak jí seberou dceru. Tehdy se s mužem poprvé poprala. Mála dcera byla svědkem a byl to pro ni nepříjemný zážitek. Bývalý manžel skutečně další den na úřad pro ohrožené děti došel a Anně vzali dcerku a jeho určili jako opatrovníka. Anna se opět ocitla na ulici. Pila. Na ulici přežívala dva roky, naučila se přežít i v mrazech. Nejmladší dcera zdědila po otci peníze a pojistku, bývalý manžel jí je ale jako poručník nedal a nechal si je pro svou potřebu. Během protialkoholního léčení se Anna radila, jak tento případ řešit soudně, po léčení.

Anna se popisuje takto. Nic na sobě nemá ráda. Nemá žádnou sebedůvěru, neváží si sebe, je se svým vzhledem velmi nespokojená. Nemá schopnost se sama rozhodovat. Jako

příčinu vzniku svých potíží udává alkohol. V léčbě se ale později shodujeme, že alkohol byl spíše až důsledkem závažných životních problémů.

Anna si velmi cení toho, že jí děti nezavrhly a podpořily jí v nástupu na protialkoholní léčbu. V abstinenci si zatím moc nevěří, pila 35 let a na střízlivý život už si skoro nevzpomíná. I tak si přeje léčbu dokončit a zkusit to bez alkoholu.

Průběh terapie:

Při nástupu na AT oddělení působila Anna mnohem starším dojmem, až o mnoho let, než je její věk. Viděli jsme neupravenou, zanedbanou ženu, které chybělo mnoho zubů. Anna působila na první pohled nezdravým dojmem. Byla velice hubená. Její slovník byl plný vulgárních výrazů, což jsme se snažili během léčby kultivovat. Anna se nikdy neléčila, nikdy nebyla u psychiatra, psychologa, psychotherapeuta, neměla tedy příliš představu o tom, co jí v léčbě čeká a co obnáší psychotherapie.

Z počátku jsme byli k její motivaci poměrně skeptičtí, vzhledem k dlouholetému abúzu, špatnému somatickému stavu a sociálním podmínkám. Anna deklarovala od začátku motivaci kvůli dcerám, které ji podporují, ačkoliv mají vztahy značně narušené. Nejstarší z dcer na oddělení denně volala a zajímala se o její zdravotní stav. Dcery matce příliš nevěřily, že léčbu myslí vážně a dokončí ji. Už je zklamala mnohokrát.

Anna se zapojila aktivně do léčby a hned od začátku se velmi snažila, a tak začala přicházet pozitivní zpětná vazba jak od personálu, tak od spolupacientů. Anna byla na skupinách otevřená, přinášela svá témata, reagovala na ostatní, neměla problém dávat i dostávat zpětné vazby. Zhruba po měsíci přiznala, že v minulosti záměrně hubla a alkoholem i nahrazovala pestrou stravu. V léčbě začala přibírat, což považovala za nežádoucí, bylo tedy nutné zaměřit se i na zjevnou komorbidní přítomnost poruch příjmu potravy. Její „neposkvrněnost“ psychotherapií v minulosti byla do jisté míry výhodou. Její pokroky byly velice výrazné, zvláště v prvních týdnech. V kolektivu neměla žádný problém, ostatní si ji oblíbili pro její upřímnost. Na arte-therapeutických skupinách se ukázalo, že je Anna velice výtvarně nadaná. Na psychodynamických skupinách se potvrdilo, že Anna vůbec není hloupá a že o věcech zajímavě přemýšlí. Pro psychotherapeuty šlo o odhalení nevyužitého potenciálu u deprivované osoby. Došlo k vzhledové proměně i kultivaci jejího projevu. Pozitivní zpětné vazby a ocenění ji poháněly pracovat na sobě dál.

Důležitý moment v léčbě byla skupinová arteterapie, kdy měli pacienti za úkol vytvořit si masku. Na konci skupiny si svoje i ostatních masky zkoušeli před zrcadlem a měli popisovat svoje pocity. Anna vytvořila opravdu strašidelnou masku, ve které se cítila dobře, ale ostatní nikoliv. Při rozboru se zjistilo, že Anna je ráda, když vypadá hrozivě, zejména před muži. Ráda je svým vzhledem odpuzuje, je to pro ni bezpečnější. V reflexi se tak dostala do minulosti a popisovala pokusy o znásilnění, od kdy vnímala jako ohrožující vypadat před muži hezky. Když si zkoušela půvabné masky, které vytvořily její spolupacientky ženy, cítila se v nich velmi špatně, příliš zranitelně, odhaleně. Po této skupině se otevřelo téma, proč o sebe Anna nepečovala, chovala se k sobě, svému tělu roky destruktivně.

Krise se objevila zhruba v druhé třetině léčby, v důsledku několika zátěžových momentů. Anna neměla kam jít na Vánoce, jako jediná ze skupiny zůstávala na oddělení. Subjektivně vnímá Vánoce negativně a vynořilo se mnoho vzpomínek na minulost, které zpracovávala v rámci skupinové psychoterapie. Dalším zátěžovým momentem bylo sezení s její dcerou a psychologem, kdy jí dcera upřímně řekla, co dělala pod vlivem a že o ni a další dceru nepečovala, zanedbávala je a opouštěla kvůli pití. To bylo poprvé, kdy Anna v léčbě plakala, utekla ze sezení a zpětnou vazbu od dcery nechtěla slyšet. Jako zátěž a subjektivní stres vnímala i víkendové propustky, kdy jezdila nejčastěji právě k nejstarší dceři. Otevřela se témata, která byla roky mezi nimi tabuizovaná. V tomto období začala být Anna na psychotherapeutickém programu opět vulgární na personál i spolupacienty. Začala být v odporu a agovat. Nechtěla psát deník, začala porušovat pravidla a vyhrožovat reversem. Šlo o důležitý a náročný moment v psychoterapii. Kdy bylo potřeba kontejnovat, zmírnit agování a získat si Anny důvěru. Jak píše Kocourková (1997), je nutné, aby tuto fázi (testování a agování) psychotherapeut vydržel a poté mohlo dojít k propracování prožívání, spojeného se separací a depresí u pacienta.

Závěr:

Pacientka, která je popisována v této kazuistické práci dokončila úspěšně tříměsíční ústavní léčbu. Nyní abstínuje, má normální váhu, dochází na doléčovací skupiny a je motivovaná vydržet. Její situace není jednoduchá, její abúzus alkoholu trval velmi dlouhou dobu, okolo 35 let. Naše hypotéza je, že alkohol a PPP objevila jako prostředek ke zvládnání nepříjemných událostí v životě a později tak došlo k jeho včlenění do copingových strategií stresu a nepohody u Anny. Vytvořila si tak maladaptivní strategie stresu, které se zpočátku mohly jevit jako zdánlivě, krátkodobě efektivní (odstranily bezprostřední úzkosti a dysforie).

Z počátku léčby vedl její mnohaletý abúzus k zamyšlení, co takové pacientce můžeme nabídnout, na čem můžeme psychoterapii stavět, když už v podstatě střízlivý život nezná, blízké vztahy má narušené, nemá aktuálně ani práci, ani kde bydlet. Abstinovat nikdy nezkoušela. I přesto se pro léčbu rozhodla dobrovolně a týden od týdne jsme po počáteční skepsi mohli pozorovat příznivé změny ve všech oblastech pacientky života - somatické, psychické, komunikační, v péči o sebe, řešení problémů, snahu o reparaci vztahů s dcerami.... Zvolený životní styl pacienty Anny vede také k zamyšlení a úvahám o závislostním chování jako o problematickém vztahování se - fungování v mezilidských vztazích. Jak píše Bowlby (2010), pocit bazálního bezpečí a důvěra dle jeho známé teorie vztahové vazby je základní podmínkou pro vytvoření zdravých psychických struktur. Deficity ve vývoji psychických struktur vznikají, je-li dítě se svými prožitky ponecháváno osamocené, což je i příklad naší pacientky. Deficit má dalekosáhlý dopad a projevuje se v dospívání, dospělosti, v budoucích vztazích. V tomto případě chápeme užívání návykových látek jako regulaci nepříjemných, nežádoucích stavů a emocí. Aby závěr této studie nevyzněl příliš defetisticky, je potřeba zdůraznit, že tyto deficity je možno příznivě ovlivnit, a to například navázání nějakého významného vztahu, ze kterého může pacient zdravě profitovat. Pak hovoříme o emoční korektivní zkušenosti. Jednat se může i o vztah psychotherapeutický.

## **9.5 Kazuistika 4 – Lada**

Ve čtvrté kazuistice píšeme opět o pacientce, která byla v péči autorky, konkrétně o absolventce tříměsíčního odvykacího programu na AT stanici oddělení psychiatrické nemocnice v Liberci. Jedná se o klinickou zkušenost s prací se závislými na alkoholu komorbidně s poruchou příjmu potravy, v tomto případě konkrétně s mentální bulimií. AT oddělení KNL se zaměřuje obecně na léčbu závislosti na alkoholu (koedukované pracoviště). Tento typ komorbidních pacientek, jako je např. Lada, se zde ale nezřídka kdy vyskytne, proto je potřeba dobře diagnostikovat, ptát se, již na počátku léčby, aby bylo možno zahájit časné léčbu obou poruch, případně pokud je porucha příjmu potravy aktuálně v remisi, na tuto diagnózu myslet a navrhnout vždy individuální a adekvátní terapeutické postupy pro tyto pacienty. Oproti předchozí kazuistice v případě pacientky Lady nepozorujeme disharmonický vývoj ani jiné na první pohled vývojově nepříznivé skutečnosti v pacientčině životě a dětství. Po bližším zaměření na pacientku a po rodinných sezeních, zjišťujeme hyperprotektivní rodiče, nezralost a nižší míru zodpovědnosti za svůj život. Alkohol se zde objevuje opět jako

maladaptivní strategie, jak zvládnout stres, ale i další nepříjemné pocity, emoce a životní nepohody.

Etické a metodologické aspekty:

Pacientka souhlasila se zpracováním svého příběhu do této práce, její jméno bylo změněno. Poskytla autorce údaje ze své dokumentace, deníku a dalších terapeutických podkladů. Autorka práce měla možnost s pacientkou na tříměsíčním pobytu v Krajské nemocnici Liberec, a.s. pracovat z pozice psycholožky/adiktoložky. Setkávaly se zejména na skupinových terapiích dynamického typu, po dobu celého pobytu pacientky.

Dle Jellinekovi typologie závislosti na alkoholu, kterou popisujeme podrobněji v předchozí kazuistice o pacientce Anně, bychom označili Ladu jako pijáka typu delta. Tento typ alkoholiků se označuje též jako románský. Preferují víno a typická je denní konzumace alkoholu s udržováním tak zvaných „hladinek“, bez viditelné výrazné opilosti a ztráty kontroly. Somatická závislost a poškození bývá výrazná.

První kontakt s pacientkou a klinický dojem:

Pacientka přišla dobrovolně k detoxifikaci na psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec a následně po několika dnech nastoupila plánovaně střednědobou ústavní léčbu v délce tří měsíců, na AT oddělení v témže zařízení. Jednalo se o její první léčbu závislosti na alkoholu. Při přijetí byla klidná a spolupracující. Třiceti-osmiletá pacientka vzhledově na svůj věk působila starším, unaveným až strhaným dojem. Somatotypově velmi drobná. Jednalo se o inteligentní, vysokoškolsky vzdělanou mladou ženu. Hovořila o podpoře rodičů, kteří se nyní starají o její dvě malé děti. Abstinovat chce zejména kvůli nim. Je rozvedená a partnerské potíže udává jako výrazný důvod svého pití v minulosti a důvod vzniku závislosti. Pít začala po ukončení VŠ, kdy stresově prožívala náročné zaměstnání, po dobu dvou těhotenství nepila, ale její pití se začalo stupňovat s narůstající partnerskou krizí a následným rozvodem. V té době pila i několik lahví vína za den. V průměru udává 2 lahve. Její náhled na svou závislost byl při vstupu částečný.

Objektivně: Pacientka se jevila při příjmu jako lucidní, klidná, v dobrém společenském kontaktu, spolupracující, bez tenze či známek anxiety, emočně stálá, bez lakrimozity, psychomotorické tempo v normě, spontaneita a dynamogenie taktéž, bez poruch chování či agrese, orientačně kompletně správně, odpovědi adekvátní, rozvíjí, determinační linii udrží,

myšlení koherentní, apsychoická, nálada pacientky je přiléhavá situaci, bez známek rozvinuté depresivní symptomatologie, spánek sanován, pacientka anamnesticky trpí bulimií od 18ti let, aktuálně dle pacientky obtíže zlepšeny, chuť k jídlu vcelku dobrá, zvrací velmi výjimečně, aktivně a věrohodně neguje výskyt suicidálních myšlenek či tendencí, objektivně bez známek suicidálního jednání, paměť a intelekt orientačně v normě, problematika syndromu závislosti na alkoholu, alkotest vstupně 0 promile, deklaruje abstinenci od víkendu (již 2 dny), nejsou známky rozvoje odvykacího stavu, ranní doušky potvrzuje, palimpsesty také, příznaky odvykacího stavu také - tremor, návaly horka a zimy, náhled jeví, pacientka je motivovaná k ústavní léčbě alkoholismu.

Životní příběh pacientky Lady:

Když se Lada narodila, bylo její matce 24 let, popisovala jí to tak, že patřila mezi nejstarší rodičky v té době (80. léta). Krátce po porodu dostala matka těžký zápal plic, a tak se o Ladu dlouhou dobu, několik let, starala převážně babička. Když se matka uzdravila, s otcem měli mnoho práce na přestavbě domu. Z předškolního období Lada vzpomíná hlavně na prarodiče. Přesto, když vzpomíná na dětství, na své rodiče vzpomíná s láskou a omlouvá jejich nedostatek času na ni, práci a snahou vybudovat dobrý domov. Lada své dětství popisuje jako šťastné a pohodové, avšak chyběl jí sourozenec, kterého si moc přála. Vyrostla jako jedináček. Když jí bylo dvanáct let, její matka potratila. Absenci sourozence si vynahrazovala budováním pevných přátelských vztahů. Lada se ve škole velmi dobře učila, do 9. třídy ZŠ měla samé jedničky. Rodiče byli spokojení, stačilo jim to, a po Ladě nepožadovali nic dalšího, žádné domácí práce, výpomoc, neměla povinnosti doma apod. Zpětně to hodnotí jako chybu. Lada měla v dětství a dospívání nejlepší kamarádku Zitu, která bydlela v sousední vesnici, absolvovaly společně MŠ, ZŠ, SŠ i VŠ. S touto kamarádkou se vídala denně a považovala ji v podstatě za sestru. V pozdějších letech, kdy obě začaly po škole pracovat a narodily se jim děti, došlo k jejich odloučení a na nějakou dobu se přestaly vídat. O své druhé kamarádce Haně, Lada hovoří jako o dva roky starší sestře. Trávila s ní v dětství mnoho víkendů, prázdniny, jezdily na koňské tábory a svěřovaly se vzájemně s důvěrnými. Toto přátelství pokračuje až do dospělosti, kdy se Hana vdala za kluka ze stejné vesnice, má dvě děti, které se kamarádí s dětmi Lady. Do dospělosti pokračuje i společná záliba v jízdě na koních, ale i důvěra se vším se světit.

Základní školu Lada zvládla bez potíží, studijní výsledky měla nadprůměrné. Popisuje se jako pilná, pracovitá, možná až příliš svědomitá žáčka. Na druhém stupni se popisuje jako

holka „tak akorát“, co se vzhledu a postavy týče. Ráda četla dívčí romány a jezdila na kole. Otec ji vedl ke sportu, chtěl, aby dělala karate. Ladu tento sport příliš nenadchl, raději by trávila čas s kamarádkami venku. Po dvou letech se osmělila to otci říct, respektoval to. Přejít na střední školu popisuje Lada jako subjektivně náročný, netěšila se na změnu kolektivu, který jí vyhovoval, avšak brzy se adaptovala, musela se více učit, ale i tak zvládla odmaturovat s vyznamenáním. Lada poprvé vyzkoušela alkohol na diskotéce, kde se byla bavit s přáteli ze střední. Bylo jí asi 16 let. V té době byla platonicky zamilovaná do svého spolužáka, z čehož se později vyvinul několikaměsíční první vztah. Opustil jí kvůli jiné dívce, což Ladu zranilo a dlouho trvalo, než smutné období zpracovala. V této době se začala více zajímat o svou postavu a váhu, a rozhodla se zhubnout. Nejprve změnila stravu, jedla více zdravě, ale později omezovala potraviny na minimum, nechodila ve škole na obědy a za ušetřené peníze si kupovala oblečení. Zhubla až na 45 kg, čehož si začalo všimnout i okolí, a hlavně rodiče a začali Ladu hlídat, aby jedla. Pár kilogramů přibrala, ale vyhýbání jídlu a manipulace s ním pokračovala dál.

V 17 letech se Lada na diskotéce seznámila se svým budoucím manželem. Dle svých slov to nebyla láska na první pohled, ale imponovalo jí, že se o ni zajímal, kupoval jí dárky, vozil jí autem ze školy, bral jí na večeře... Což bylo dočasné. Byl o šest let starší než Lada. V jeho rodině se nedávaly city příliš najevo, na což nebyla naše pacientka zvyklá. Později ji začal kritizovat za její blízký vztah a četný kontakt s rodinou, vysmíval se jí a častoval ji posměšky. Lada se však od častého kontaktu se svou rodinou nenechala odradit. Problémy ve vztahu začaly již po půl roce známosti, konflikty střídalo usmiřování a drahé dárky. Lišily se i zájmy, které neměli společné. Přítel preferoval čas u PC a Lada spíše venku, na kole, sportovními aktivitami. Hádky se stupňovaly, jednou dokonce Ladu vyhodil na dálnici z auta, a ujel. Nicméně Lada se s ním rozhodla zůstat. Po sexuální stránce si velmi rozuměli, v této oblasti problém nikdy nebyl. Přítel Ladu podporoval zejména finančně, podpořil jí i ve studiu na VŠ. O prázdninách společně pracovali na brigádě na benzínových stanicích a její přítel se později vypracoval na úspěšného podnikatele právě v této oblasti. Lada hodnotí, že vedoucí pozice se odrazila i na jeho zvýšeném pocitu sebevědomí a chování ve vztahu k ní.

Když Lada ukončila úspěšně ekonomicky zaměřenou VŠ, získala velmi dobré místo v auditorské firmě. Její přítel podnikal čím dál úspěšněji a v té době se měli velice ekonomicky dobře, jezdili několikrát ročně na dovolené, měnili často automobily, stavěli dům. Práce Lady byla časově náročná, vracela se pozdě domů, jezdila pracovně do ciziny, to se příteli nelíbilo, a

tak v zaměstnání skončila. V této době začala Lada trpět bulimií. Když se cítila ve stresu, přejídala se a následně zvracela. Navštívila odborníka, bulimie se zlepšila, ale stresové situace začala řešit alkoholem.

Po sedmi letech vztahu Lady přítel navrhl svatbu, a tak se vzali. Na toto období vzpomíná jako na velmi šťastné a harmonické. Po svatbě začali podnikat společně. Problémy a hádky eskalovaly. Ladě vadilo, že se chová jinak v práci k zaměstnancům, ale zcela jinak, hůř, k ní doma. Okolí nic netušilo. I přes četné neshody, naléhal na děti. V období těhotenství popisuje Lada vztah opět jako harmonický, manžel k ní byl pozorný a společně se těšili, až se narodí první dcera. Vše proběhlo v pořádku, narodila se jim zdravá dcera. To popisuje Lada jako jeden z nejhezčích zážitků, co prožila. Za dva roky prožívala druhé těhotenství, kdy už muž nebyl tak pozorný a předpokládal se samozřejmostí, že vše proběhne v pořádku a o Ladu příliš nepečoval. Narodil se zdravý syn, o pár dní dříve, než předpokládali. S péčí o děti pomáhala matka Lady. Muž byl čím dál více lhostejný, a trávil mnoho času na mobilu, hraním her apod. Prarodiče dětí z manželovy strany o děti příliš nestáli. Na mateřské dovolené si začala Lada občas kupovat víno, které přes den sama popíjela. Když jí zemřela babička, která ji vychovávala a měla k ní velmi blízký vztah, byl to impuls k rozpití se. Toto už si začal všimnout i manžel a začal za to Ladu kritizovat. Pila dál tajně. Po mateřské měla v plánu nastoupit zpět do manželovy firmy, ale změnily se podmínky a nebylo tam pro ni místo. Dokonce měla podezření, že s novou vedoucí má její muž poměr. Hádky už končily i fyzickým napadáním ze strany manžela. Rodiče Lady to tušili, ale nechtěli zasahovat. Přátelé a známí netušili nic, navenek působili jako šťastná rodina. V té době se pití stupňovalo, pila víno. Lada se seznámila se sympatickým novým rodinným zubařem a začali se tajně stýkat. Byl ženatý a o mnoho let starší. Dostávala od něj pochopení a to, co jí doma dle jejích slov chybělo. Manžel Lady začal propadat hraní na automatech a ona pít, vzájemně si to vyčítali. Se zubařem se vídala již denně. Manžel začal tušit, že má poměr, prohlídl jí mobil a poté z ní doslova vymlátit přiznání. Vyhledal zubaře, poprali se a Lady muž skončil v nemocnici. Posléze se opět manželé udobřili a rozhodli se zůstat spolu, snažili se problém vyřešit opět odjezdem na drahou dovolenou. Po návratu se vše opět vrátilo do předchozí fáze. Opět konflikty, výčitky, Lada tušila, že manžel také někoho má. Sešla se po delší odluce opět se zubařem, manžel to zjistil, přistihl je při společném setkání. Beze slov odjel, odstěhoval se do nového ještě nezařízeného domu. Lada se zhroutila a aby zapomněla, pila jednu až dvě lahve vína denně, od rána až do večera. Pití se snažila tajit, lahve schovávala. Snažila se přestat, ale déle, než na jeden den to už nešlo. Přemlouvala muže, ať se vrátí, marně. Našla si práci, aby situaci finančně zvládla. Začala se stranit kamarádek i rodiny,



myslela si, že jí nikdo nepochopí a také proto, že se za pití začala stydět. Po několika měsících dala na rady rodičů a kolegů a podala žádost o rozvod. Manžela to zřejmě urazilo a začal jí psát výhrušné a vulgární SMS. Nicméně rozvod proběhl, bylo to téměř deset let po svatbě. Lada krom vína začala pít i vodku. Pila až litr vodky plus víno denně. To už potřebovala dávno i ranní doušky, třásla se, měla odvykací stav. Bylo jí čím dál hůř, rodiče jí dovezli na pohotovost a problém se závislostí na alkoholu musela přiznat. Z výsledků krve to bylo zřejmé. Rok docházela k ambulantnímu psychiatrovi a snažila se abstinovat, neúspěšně. Opět změnila práci, ale vlivem zhoršeného psychického stavu a alkoholismu ji již příliš nezvládala. Přestala spát v noci, zůstala doma v neschopnosti, což závislost jen prohlubovalo. Zlom nastal, když měla dceru vyzvednout z tábora, ale nevydržela to a pila, chtěla poprosit otce, ale nemohl. Řídila tedy pod vlivem, když vezla obě děti. Zastavila jí policie, protože se jim její jízda nezdála v pořádku, a při kontrole zjistili, že požila alkohol a byl jí zabaven řidičský průkaz. Této situace velmi lituje, je ráda, že se dětem nic nestalo a uvědomuje si, že je velmi ohrozila. Byl to impuls k nastoupení protialkoholní léčby v Krajské nemocnici Liberec.

Povaha Lady – popis:

Lada se popisuje jako temperamentní, ale velmi citlivá. Ráda pomáhá druhým lidem. Má sklon jednat impulsivně, bez rozmyslu. Není trpělivá, vše by chtěla vyřešit hned. Nenechá si poradit a na vše musí přijít sama. Dříve ráda chodila do společnosti, ale když začala pít, začala preferovat samotu. Potřebuje podporu od svých blízkých, ale zároveň ji ráda poskytuje. Je upřímná. Nemá ráda přetvářku. Popisuje se i jako cílevědomá, když se pro něco opravdu rozhodne, udělá vše, aby toho dosáhla.

Průběh terapie:

Pacientka se účastnila programu na AT stanici, absolvovala řádně tříměsíční pobyt v ústavní léčbě. Jednalo se o její první ústavní léčbu alkoholismu. Absolvovala zejména skupinové psychoterapie dynamického typu, a KBT (návčičkové a edukativní skupiny), o individuální pohovory s psychologem během pobytu opakovaně žádala, týkaly se zejména komunikace s exmanželem, což bylo téma, které pacientka neměla uzavřené, velmi se na něj soustředila a žádala o pomoc a edukaci, jak s exmanželem jednat ohledně výchovy a péče o společné děti. Pacientka byla na skupinách otevřená, sdílná, přemýšlivá, dávající kvalitní zpětné vazby spolupacientům, motivována k psychoterapeutické práci. Na psychoterapeutických skupinách i mimo ně se aktivně zapojovala a byla empatická ke spolupacientům. Na začátku

měla problém s trpělivostí a skákala ostatním členům často do řeči, což jí při vzájemných sděleních často vytykali. Někdy měla sklon jednat zbrkle, impulsivně. Během léčby si získal sympatie podobně starý spolupacient, byli tak upozorňováni na riziko vzniku vztahu, což by znamenalo porušení skupinových pravidel a ukončení léčby. Oba to akceptovali (nebo alespoň personál rozvinutí vztahu nezjistil). Postupem léčby deklarovala náhled na svou závislost a motivaci k celoživotní abstinenci. Motivace k léčbě a vytrvání v ní byla stabilní, i když často hovořila o stesku po dětech, myšlenky na ukončení léčby neventilovala. Během léčby se u pacientky opět začaly objevovat stavy nutkavého přejídání, následné zvracení sice negovala, ale bylo zapotřebí, aby personál v tomto směru pacientce věnoval zvýšený dohled. Byla edukována ohledně zdravého stravování a adekvátních porcí stravy. Vnímali jsme riziko návratu bulimické symptomatiky, která byla (dle pacientky) po dobu jejího popíjení v remisi. Pacientka byla v porozvodové zátěži. Bude navštěvovat pravidelně doléčovací skupiny zde a také dle doporučení individuální psychoterapii, která by měla být zaměřena komplexně, na obě poruchy. Pacientka byla aktivním členem skupiny, který příznivě ovlivňoval své spolupacienty. Vykazovala zvýšenou schopnost introspekce, ale i empatického reagování a schopnosti dávat kvalitní zpětné vazby ostatním členům skupiny. V druhé polovině léčby vystupovala koketně ve vztahu k mladým mužům, zejména k jednomu ze spolupacientů, kdy hrozilo riziko navázání vztahu. Byla opakovaně upozorňována sestrami na nevhodnost nošení vyzývavého oděvu, což příliš nerespektovala. Z terapeutického pohledu se její chování zdálo jako odvádění pozornosti od svých potíží a práce na sobě, svých cílech. Na konci léčby jsme u pacientky pozorovali velký pokrok a přijetí diagnózy závislosti na alkoholu. Důležitá témata do psychoterapie: rozvod, nízké sebevědomí, bulimie v anamnéze, alkohol jako maladaptivní zvládací strategie a odměna.

Závěr:

Pacienti nastupující na protialkoholní oddělení, přicházejí primárně se závislostním problémem. Není však výjimkou, že v průběhu pobytu dojde ke zjištění další přidružené neboli komorbidní poruše, podobně jako tomu bylo u pacientek v kazuistice 3 a 4. Ačkoliv je léčba na AT oddělení zaměřená na závislost na alkoholu, je potřeba na možné komorbidity vždy myslet, důkladně sestavovat anamnézu, pozorovat a ptát se. Hovořit i s rodinnými příslušníky pacientů. Nerozpoznaná komorbidita může vést ke komplikacím v léčbě, jejímu sníženému efektu, či předčasnému vypadnutí z léčby. V případě poruchy příjmu potravy a závislosti, pacienti vyžadují individuální péči a dohled. A to i v případě, že je aktuálně jedna z poruch v remisi. Obvykle se točí v pomyslném bludném kruhu, kdy se závislost a aktuální užívání alkoholu či

jiné návykové látky střídá s obdobím, kdy dominuje porucha příjmu potravy. Tito pacienti by měli být o své poruše poučeni a neměli by zanedbat doléčování a následnou individuální, případně i skupinovou psychoterapii. Je jim doporučováno věnovat se oběma poruchám a jejich příčinám, které bývají podobné.

## Výzkumná otázka č. 1

Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog?

Ke zjištění užívání návykových látek jsme použili dotazník na užívání drog. Dotazník je zkrácená verze MAP- Maudsley addiction profile s doplněním o položku- léky podporující hubnutí (anorektiva, laxativa...). Dotazník zjišťuje užívání heroínu, metadonu, subutexu, BZO, pervitinu, marihuany a hašiše a těkavých látek. Do poslední kolonky je možné vyplnit užívanou drogu, která není na seznamu. Dotazník viz přílohy.

Tabulka č. 4: Užívání drog

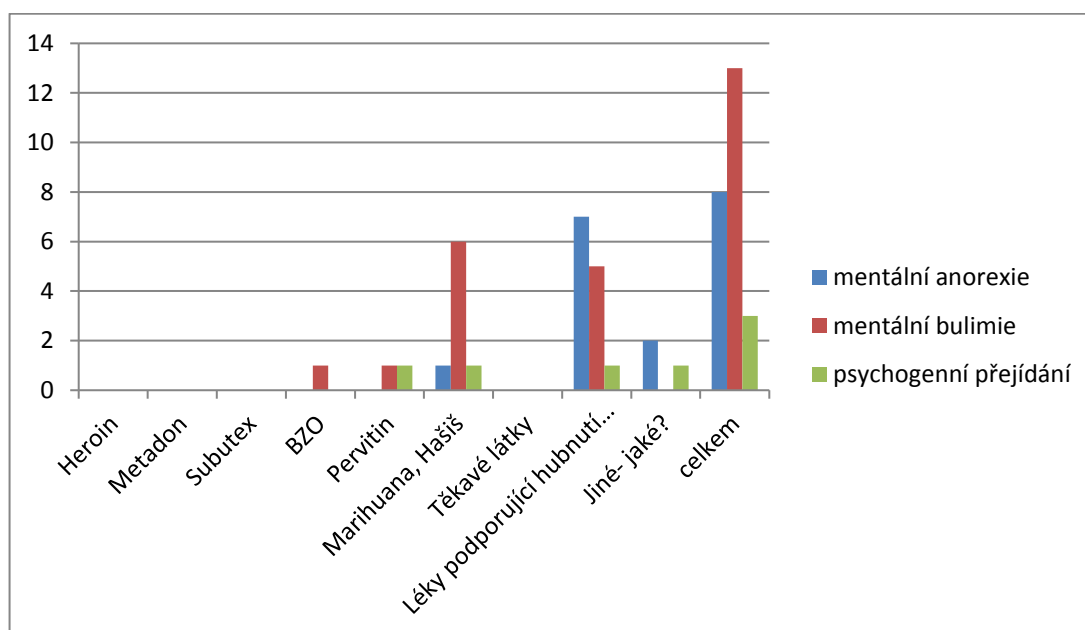
Droga	Diagnóza			
	Mentální anorexie	Mentální bulimie	Psychogenní přejídání	Celkem
Heroin	0	0	0	0
Metadon	0	0	0	0
Subutex	0	0	0	0
BZO	0	1	0	1
Pervitin	0	1	1	2
Marihuana, Hašiš	1	6	1	8
Těkavé látky	0	0	0	0
Léky podporující hubnutí (anorektiva, laxativa...)	7	5	1	13
Jiné- jaké?	2	0	1	3
Celkem	8	13	3	27

Ze souboru 35 respondentek pouze 8 neudalo zkušenosti s žádnou výše zmiňovanou drogu, celkem 27 z nich, tedy nějakou zkušenost udává. Z výzkumu vyplývá, že s benzodiazepiny má zkušenost jedna pacientka s mentální bulimií. S pervitinem mají zkušenost dvě pacientky, jedna se léčí s mentální bulimií a druhá s psychogenním přejídáním. S marihuanou a hašišem má zkušenost šest pacientek s mentální bulimií, což je 50 % respondentek s touto diagnózou v našem souboru. A pouze jedna pacientka s mentální anorexií a jedna s psychogenním přejídáním. S léky podporujícími hubnutí má zkušenost 7 pacientek s mentální anorexií, dále 5 pacientek s mentální bulimií a jedna pacientka s psychogenním přejídáním. V dotaznicích respondentky často uváděly nadměrné užívání laxativ. Položku jiné

návykové látky vyplnily dvě dívky s mentální anorexií a udaly užívání léku Aulin a čípků. Jedna respondentka s psychogenním přejídáním do této kolonky vyplnila LSD, extáze, vše co bylo na trhu. Žádná respondentka nevedla zkušenost s heroinem, metadonem, subutexem a těkavými látkami.

Z výzkumu vyplývá, že 77,14 % respondentek má zkušenost s nějakou návykovou látkou nealkoholového typu nebo s léky podporující hubnutí. Žádná pacientka s mentální anorexií neudává zkušenosti s nelegálními („tvrdými“) drogami. Celkem osm respondentek má zkušenost s marihuanou, tři z nich uvádí denní užívání před nástupem do léčby. Třináct respondentek uvádí užívání laxativ, většina z nich v nadměrných denních dávkách. Sedm z nich jsou pacientky s mentální anorexií, pět s mentální bulimií a jedna s psychogenním přejídáním.

Graf č. 4: Užívání návykových látek



Výsledky poukazují na to, že k užívání drog nejvíce inklinují pacientky s diagnózou mentální bulimie. Užívání tvrdých drog se vyskytlo pouze u dvou respondentek, kdy jedna se léčí s bulimií a druhá s psychogenním přejídáním. Zkušenost s marihuanou má 50 % respondentek s bulimií a tři z nich udaly, že užívaly před léčbou denně.

## Výzkumná otázka č. 2

Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu?

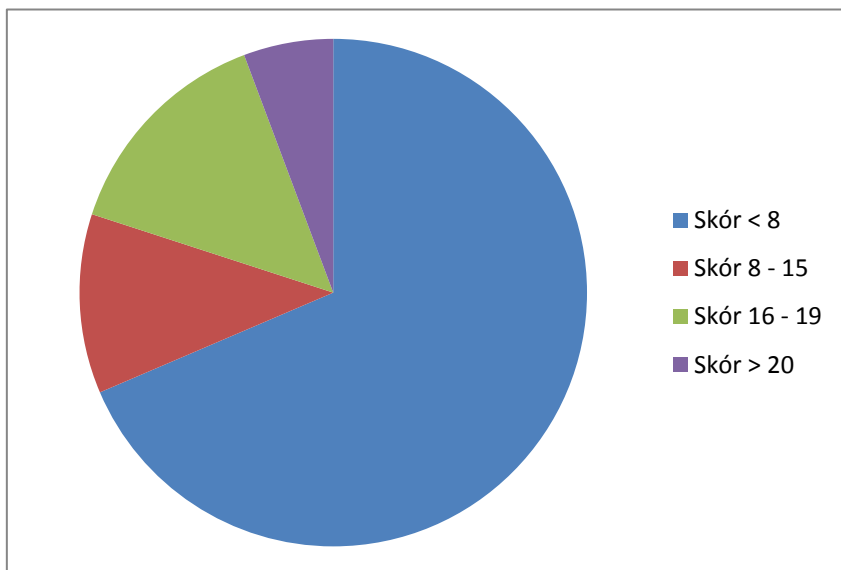
Ke zjišťování problémů s užíváním alkoholu byl použit dotazník AUDIT. Skládá se z deseti otázek, respondent zaškrtnává odpověď 0 - 4. Body se na konci sčítají. Pokud je celkový skóre méně než osm, není to indikátorem škodlivého pití. Skóre větší než osm může být indikátorem škodlivého pití alkoholu, je však nutné pokračovat podrobným hodnocením. Skóre 8 - 15 představuje střední úroveň problémů s pitím alkoholu. Skóre 16 - 19 představuje vysokou úroveň problémů s pitím alkoholu. Skóre vyšší než 20 indikuje závislost na alkoholu. Dotazník můžeme vyhodnotit i podrobně, a to sčítáním bodů u jednotlivých otázek.

Z celkových výsledků dotazníku AUDIT vyplývá, že 24 respondentek, což je 68,57 %, neužívá škodlivým způsobem alkohol. Čtyři respondenty, což je 11,43 %, vykazují střední úroveň problémů s alkoholem. Pět respondentek, což je 14,29 %, vyazuje vysokou úroveň problémů s alkoholem. A dvě respondentky, což je 5,71 %, jsou závislé na alkoholu. Viz tabulka číslo pět.

Tabulka č. 5: Výsledky dotazníku AUDIT

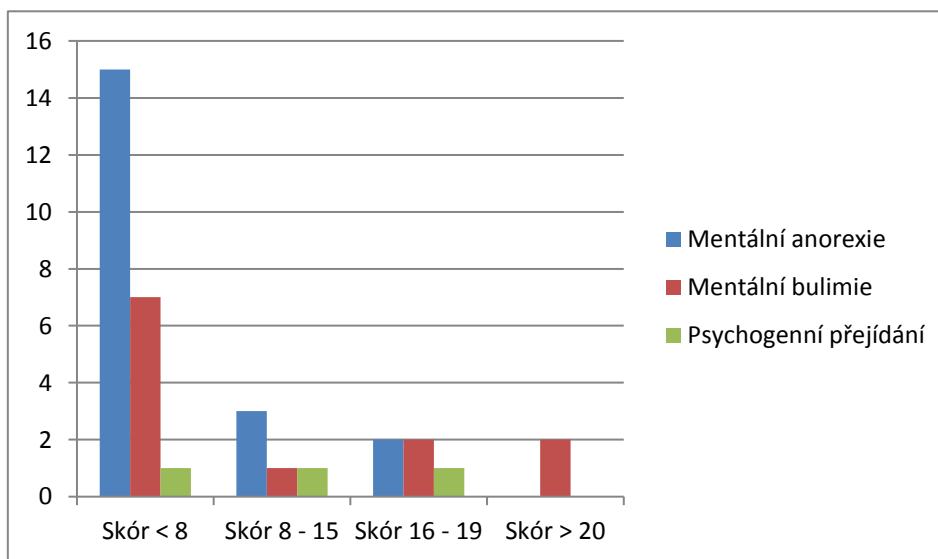
Skóre	Míra závažnosti pití alkoholu	Četnost
Skóre < 8	není indikátor škodlivého pití	24
Skóre 8 - 15	střední úroveň problémů s alkoholem	4
Skóre 16 - 19	vysoká úroveň problémů s alkoholem	5
Skóre > 20	indikuje závislost na alkoholu	2

Graf č. 5: Výsledky dotazníku AUDIT



Z výsledků získaných u zkoumaného vzorku vyplývá, že nadužívání alkoholu nejvíce koinciduje s diagnózou mentální bulimie. Další porucha, u které se vyskytují potíže s alkoholem, je psychogenní přejídání. Na posledním místě je mentální anorexie. Z celkových výsledků vyplývá, že 1/3 respondentek má potíže s pitím alkoholu. Ze souboru 35 respondentek jsou 2 závislé na alkoholu, 5 vykazuje vysokou úroveň problémů s alkoholem a 4 střední úroveň potíží s pitím alkoholu. Zbýlých 24 nevykazuje známky škodlivého užívání alkoholu. Více viz graf číslo pět a šest a tabulka číslo pět.

Graf č. 6: Výsledky dotazníku AUDIT u jednotlivých diagnóz



### **Výzkumná otázka č. 3**

Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislostí na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie a na AT oddělení KNL,a.s.?

Abychom mohli odpovědět na tuto otázku, docházela autorka mnoho měsíců každý týden na praxi na Psychiatrickou kliniku 1. LF UK a VFN na oddělení pro poruchy příjmu potravy. Měla možnost účastnit se skupin doktora Krcha a někdy ho zastupovat, když nebyl přítomen. Páteční skupiny, kterých se účastnila, se nazývají jídelní a jsou spojené pro pacientky z oddělení i stacionáře a účast na nich není podmíněna výší BMI. Skupiny jsou vedeny v KBT směru a využívá se zejména psychoedukace. Pacientky jsou instruovány jak pravidelně jíst, co nevynechávat ve své stravě a podobně. Pan doktor jednotlivé pacienty oslovuje a vybízí ke komunikaci. Noví pacienti mají vždy prostor představit se ostatním a říct něco o sobě. Někdy se stane, že se vyskytne problém s užíváním alkoholu nebo návykových látek, tak se k tomu ošetřující lékař vyjádří, dá konkrétní doporučení, ale závislostní problém je zde považován za spíše okrajový, neřeší se zde často. Pacientky s problémy s návykovými látkami jsou odkazovány na protialkoholní skupiny do Apolináře. Podmínkou v léčbě na oddělení a ve stacionáři je abstinence. Může se stát, že se někdy musí pacienti podrobit namátkové kontrole. Další psychotherapeutické skupiny, které zde probíhají, jsou vedeny v psychodynamickém směru, na ty mohou docházet dívky až od hranice 16 BMI. Zde se probírají témata, která pacientky přináší, jejich starosti, trápení, potíže s rodinou, okolím, školou, prací. Autorka se zúčastnila skupiny, kterou vedla psycholožka, která je vycvičená v Gestalt psychotherapeutickém směru a skupina byla velice přínosná. Jedna pacientka přišla s tématem, že ji vadí, že její matka stále drží diety a říká jí, že je tlustá a měla by také hubnout. Její spolu-pacientky dostaly různé role a ztvárnily na skupině situaci oběda u přátel, která se pacientce skutečně stala, což jí poskytlo nový náhled na celou situaci, dění i pocity matky. Téma alkoholu a drog je zde opět okrajové. Více se probírá na individuálních sezeních a závažnost užívání se řeší hned při příjmu pacientů do léčby. Pokud je pacient závislý a není schopen sám začít abstinovat, je nutné, aby nejprve absolvoval léčbu dané závislosti.



Abychom se více dozvěděli o zkušenostech s léčbou, dotazovali jsme se pacientek, které se zúčastnily fokusní skupiny. Otázka byla, jestli se na oddělení a ve stacionáři věnují i problematice užívání alkoholu a drog v souvislosti s danou poruchou příjmu potravy.

Daniela říká, že sem nepřišla řešit potíže s drogami, že už je nebere a nemá potíže. Jejím největším problémem jsou aktuálně patologické jídelní návyky. O drogách se zde ještě s nikým nebavila, stydí se za to, má také strach z předsudků ostatních a stigmatizace. Také udává, že ačkoliv vyzkoušela i heroin a dlouho brala pervitin, ze závislosti se vždy dokázala dostat sama nebo s pomocí svých blízkých. Na pervitinu dokázala fungovat mnoho let, a pracovat, aniž by okolí něco vědělo. Nikdy se neléčila ze závislosti na drogách. Udává, že jídlo je pro ni větší problém, protože ho zvládala právě pomocí drog, které už ale brát nechce. Tak se nyní léčí zde, aby se naučila zdravým jídelním návykům a přestala se přejídat. Její velkou motivací je osmnáctiletá dcera. Barbora udává, že nejprve začala chodit ambulantně k lékaři, se kterým řešila jak svoji poruchu příjmu potravy, tak alkohol. Navrhl jí, že by pro ni byla vhodná hospitalizaci a ona souhlasila. Na oddělení věděli, že Barbora pije denně asi jeden litr vína a k tomu až čtyři piva. Když nastoupila, nasadili jí vyšší dávku benzodiazepinů, po kterých spala, a postupně je vysazovali. Samozřejmě ji hlídali, aby skutečně abstinovala. Nyní se zdá být v pořádku, říká, že zde ji alkohol nechybí, ale má strach, jak to bude po propuštění, až se vrátí do práce a stresového prostředí. Kateřina navštívila klub pro zájemce o léčbu a poté nastoupila do programu ve stacionáři. Tam se přiznala i k potížím s alkoholem, který s ní řešila paní doktorka. Bylo jí řečeno, že nastoupit do programu může, pokud bude mít zvládnutý problém s alkoholem. Kateřina se tak rozhodla zkusit zvládnout abstinovat. Říká, že se tu tento problém příliš neprobírá, jen se zeptají, jak se jí daří, a když by se nedařilo, musela by na léčbu alkoholismu. Když přišla řada na Tinu, bylo znát, že se jí již příliš nechce hovořit a řekla, že se necítí jako alkoholik, že je mladá a chce si užívat s přáteli. Nezdá se jí, že by pila moc, její přátelé pijí více. Byla upozorněna na problém pití v souvislosti s poruchou příjmu potravy a také na problém zapíjení emocí a úzkostí, což se u této pacientky vyskytovalo. Na to odpovídala, že už se naučila rozlišovat, kdy zapíjí úzkosti a kdy pije jen s přáteli pro radost. Z odpovědí pacientek vidíme, že na své onemocnění nemusí mít náhled nebo nahlíží na svou problematiku jen omezeně, což je i součástí jejich diagnózy.

Pacienti z Ambulance dětské a dorostové adiktologie a z AT oddělení KNL, a.s., přicházejí s primární diagnózou z okruhu závislostních poruch. Často se stane, že při snímání anamnézy nebo v průběhu pobytu se zjistí i problém s některou poruchou příjmu potravy, ať už v minulosti

nebo i aktuálně probíhající současně, komorbidně. To popisujeme podrobně včetně psychoterapeutického postupu v kazuistikách 2, 3 a 4. Tyto pacientky byly vybrány cíleně, právě z důvodu popisu problematiky komorbidity poruchy příjmu potravy se závislostí a naopak. Přesto, že je léčba v ADDA a na AT oddělení zaměřená primárně na léčbu závislosti, je nutné možnost komorbidity neopomíjet, vždy se důkladně doptávat, pozorovat a detailně sestavovat anamnézu, ideálně s doplněním informací od rodinných příslušníků či jiných blízkých osob, aby se mohly údaje získané od pacienta objektivizovat. Pokud není komorbidita rozpoznána, dochází ke sníženému efektu léčby a možností jejího ovlivnění. V případě ústavní léčby pozorujeme čtenější drop-out neboli vypadnutí z léčby. Pacienti s komorbiditou závislosti a poruchy příjmu potravy vyžadují individualizovaný přístup. Postup je stejný i v případě, že je jedna z poruch v remisi, například v ústavní léčbě alkoholismu často vidíme u žen, že aktuálně dominuje závislostní symptomatika a porucha příjmu potravy - anorexie, bulimie nebo psychogenní přejídání, je v remisi. I pacienti sami někdy nazývají svůj problém jako točení se v bludném kruhu, kdy se užívání návykových látek střídá s obdobím hladovění, přejídání, zvracení, tedy obdobím, kdy dominuje porucha příjmu potravy. V obdobích, kdy dominuje užívání návykové látky, je obvykle porucha příjmu potravy v pozadí, pacientky popisují, že stimulační drogy tlumí chuť k jídlu a alkoholem jídlo často nahrazují. Pacienti by měli být vždy důkladně edukováni o svých poruchách. Na AT oddělení v Liberci je kladen důraz na doléčování, které by pacienti neměli zanedbat, což se týká individuální i skupinové psychoterapie. Obecné doporučení je věnovat se oběma přidruženým poruchám a zejména pátrat po příčinách, které bývají u těchto poruch analogické. Dostatek klinických zařízení pro komplexní léčbu komorbidit u nás bohužel chybí.

## **10 Diskuse**

V této kapitole budeme diskutovat dosažené výsledky, limity a další možné využití získaných poznatků.

Práce se skládá z literárně přehledové a empirické části. V literárně přehledové části definujeme jednotlivé poruchy příjmu potravy, závislost a návykové látky, podrobněji se zabýváme komorbiditami, popisujeme možnosti psychoterapie komorbidity poruchy příjmu potravy a závislosti, nejvíce se zaměřujeme na popis psychodynamického přístupu. V empirické části práce odpovídáme na položené otázky: 1. Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog?; 2. Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu?; 3. Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie a na AT oddělení KNL, a.s.? Práce popisuje použité metody, průběh výzkumu, výzkumný soubor a zabývá se v neposlední řadě i etickou stránkou bádání. Za klinicky nejzajímavější část práce považujeme kazuistické studie, které dokreslují zkoumanou problematiku z pohledu práce psychologa ve zdravotnictví. V popsáných zařízeních doposud podobné výzkumné šetření neprobíhalo (nebo nebylo publikováno), proto má prvotní kvantitativní výzkum spíše explorační charakter a navazuje na něj kvalitativní část. Byla použita metoda sběru dat triangulace, jde tedy o kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Užitou metodou sestavování zkoumaného vzorku v dotazníkovém šetření byl prostý náhodný neboli přímý výběr, kde každá jednotka má stejnou pravděpodobnost výběru. Jeho výhodou je, že jsme mohli oslovit všechny pacienty, kteří byli aktuálně v léčbě. Nevýhodou při daném počtu 35 respondentů je nižší míra reprezentativnosti výzkumného souboru. V této práci jsme při rozdávání dotazníků cíleně nerozdělovali předem respondenty dle diagnózy a nezjišťovali předem, zda mají zkušenosti nebo potíže s alkoholem a návykovými látkami. Až při vyhodnocování dotazníků jsme zjistili, že zastoupení v souboru je dvacet pacientek s diagnózou mentální anorexie, dvanáct s diagnózou mentální bulimie a tři s psychogenním přejídáním. Následující srovnávání těchto skupin je tedy diskutabilní. Vhodnější by bylo mít stejný počet zastoupení všech diagnostických kategorií. Bylo by však velmi obtížné sehnat dostatečný počet respondentů.

Již zmíněným limitem je vysoká heterogenita výzkumného souboru, co se týče věkového zastoupení, diagnóz i délky trvání obtíží. Kritéria zařazení do výzkumného souboru byla široká.

První částí výzkumného šetření se mohli účastnit všichni pacienti z oddělení pro poruchy příjmu potravy ve VFN za předpokladu ochoty dobrovolně spolupracovat. Až následně bylo zjištěno zastoupení jednotlivých diagnóz a přítomnost komorbidit. Například pacientky s diagnózou psychogenního přejídání jsou v souboru pouze tři, z tohoto počtu můžeme výsledky pouze opatrně usuzovat a jsme si vědomi, že výsledky studie pouze naznačují, nejedná se o reprezentativní vzorek populace. Fokální skupiny se již účastnily pouze pacientky s komorbidní přítomností poruchy příjmu potravy a závislostí. Na tento prvotní výzkum navazují případové studie, na kterých autorka pracovala v následujících letech v rámci své počínající praxe psycholožky ve zdravotnictví. Kazuistiky pojí opět komorbidita poruchy příjmu potravy a závislosti (nebo závislosti se současnou koexistencí poruchy příjmu potravy) u respondentek. Zároveň ilustrují opět i výraznou rozdílnost. Každá z respondentek se léčila v jiném typu zařízení a měla jinou primární diagnózu (závislost nebo poruchu příjmu potravy). Rozmanitost klinického obrazu je však pro tuto populaci typická, proto jsme se rozhodli o zařazení těchto konkrétních pacientek.

Ve výzkumné části udáváme některé výsledky v procentech, jsme si vědomi limitu a možného zkreslení v takto nízkých počtech zastoupení respondentů, kterými tato práce disponuje. Proto opakovaně upozorňujeme, že výsledky práce a její závěry pouze naznačují.

Výzkumná otázka číslo tři: „Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti?“ si neklade vyšší cíl než popis klinické zkušenosti s komorbidními pacienty v rozmanitých specializovaných zařízeních. Podobně jako ilustrace klinické zkušenosti autorky v případových studiích.

Další téma, které chceme dále diskutovat, je validita dotazníků. U dotazníků, které jsme pro tuto práci použili, je nutné, aby se testovaná osoba aktivně participovala. Tento fakt jsme se snažili „ošetřit“ předběžným motivačním pohovorem s pacientkami a zároveň anonymitou dotazníků. U dotazníků AUDIT a dotazníku na užívání drog považujeme anonymitu a nemožnost identifikace respondenta za velmi důležitou, protože pacientky, které se účastnily výzkumu, se léčí s poruchami příjmu potravy, a nikoliv s problémy s alkoholem nebo drogami. I přesto, že tyto problémy mohou mít a zůstaly personálu skryté, protože je aktuální nemají motivaci řešit nebo jsou v remisi, nepřijdou jim tolik závažné jako samotná porucha příjmu potravy nebo mají strach z vyloučení z léčby, protože v léčbě je povinná abstinence a její porušení se trestá. Dále mohou mít strach ze stigmatizace a reakce okolí, kdyby kromě poruchy příjmu potravy ještě vyvstal problém s některou návykovou látkou. Za pozitivum považujeme,

že vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné a respondenti mohli kdykoliv z výzkumu odstoupit. Také byla výhoda, že jim dotazníky zadávala autorka z pozice stážistky, nikoliv zaměstnanice, tedy mohlo to vyvolat pocit, že je někdo z venku. Respondenti byli informováni, že dotazníky a poznatky slouží pro rigorózní práci, nikoliv pro jiné účely.

Zajímavé jsou výsledky testu EAT- 26, který hodnotí závažnost jídelních návyků testovaného. Aby se dalo uvažovat o poruše příjmu potravy, musí respondent získat alespoň 20 bodů. Celkem sedm respondentek však získalo méně než dvacet bodů. Čtyři respondentky dokonce získaly méně než 10 bodů. A tři získaly body v rozmezí 11 - 20 bodů. Lze tedy říci, že kdyby takto vyplnila dotazník osoba mimo psychiatrickou kliniku, která se neléčí s žádnou diagnózou, odborník by nemusel ani uvažovat o poruše příjmu potravy. Některé respondentky, které takto vyplnily dotazník, ale mají tak nízké BMI, že je jejich nemoc i ohrožení zdraví patrné. Tyto výsledky ukazují na to, že těchto sedm pacientek zcela postrádá náhled na svou nemoc. Nemyslíme si, že by výsledek dotazníku záměrně zkreslovaly. Zřejmě mnohé z nich mají natolik narušené sebehodnocení, sebeobraz a jídelní návyky, že nejsou schopné své jednání zhodnotit a posoudit objektivně. Může zde také chybět upřímnost k sobě samé a absence náhledu na svou nemoc. Což je i součástí diagnózy, hlavně mentální anorexie. Poslední prvek, který by mohl práci vylepšit, by byl specifický dotazník ke zjištění komorbidit. Žádný takový jsme nenalezli, proto jsme baterii sestavili ze tří dotazníků. Usnadnilo by to vyhodnocování i dobu vyplňování respondenty. Z použitých dotazníků (EAT- 26, AUDIT a dotazník na užívání drog) nebyl žádný standardizovaný na českou populaci. Mezi možnostmi dalšího výzkumu bychom určitě zařadili i vytvoření norem pro českou populaci a následný proces standardizace dotazníků. Výhodou uvedených dotazníků je jejich stručnost, snadná a rychlá použitelnost a flexibilita. Omezení spočívá ve zmíněné absenci standardizace, dále pomocí těchto nástrojů není možné stanovit diagnózu, je zde nutnost užití klinického úsudku při vytváření závěrů.

V této části diskuse bychom rádi provedli komparaci výsledků našeho výzkumu s výsledky jiných studií. Celkové výsledky výzkumného šetření naznačily, že mnoho žen v léčbě s poruchou příjmu potravy má zkušenost, užívá nebo dokonce je závislých na nějaké psychotropní látce. Toto zjištění odpovídá i výsledkům jiných výzkumů, například metaanalýza z roku 2019 prokázala mezi pacienty celoživotní prevalenci komorbidit poruchy příjmu potravy a užívání NL ve 21,9 % (Bahji et al., 2019).

Výsledky našeho výzkumu u zkoumaného souboru naznačují, že k užívání drog inklinují nejvíce pacienti s diagnózou mentální bulimie. Objevilo se u nich užívání pervitinu zejména pro jeho anorektické účinky a schopnost potlačit hlad. Dále také zneužívaly medikamenty k hubnutí a polovina našich respondentek udávala zkušenosti s marihuanou. Komorbiditou mentální bulimie se závislosti na NL se zabývaly i mnohé další studie, které došly k obdobným výsledkům (např.: Krug et al., 2009; Root et al., 2010, Fouladi et al., 2015; Lavender et al. 2015; Bahji et al., 2019 aj.). Uvedené výzkumy se shodují, že užívání návykových látek se objevuje v signifikantně vyšší míře u osob, které vykazují purgativní typ poruchy příjmu potravy, tedy nejčastěji u bulimie a u anorexie purgativního typu. Došli k závěrům, že existuje spojitost mezi purgativním způsobem jídelního patologického chování a potíží s impulzivitou a regulací emocí (Lavender et al., 2015). K regulaci těchto potíží často slouží návykové látky. Užívání návykových látek u bulimie tedy jednoznačně převažuje.

Stejně je tomu i u nadužívání alkoholu, opět se v našem výzkumu nejvíce pojilo s diagnózou mentální bulimie. Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že problém s užíváním alkoholu má celá jedna třetina našeho souboru, což je poměrně vysoké číslo proto, že se pacientky primárně léčily s poruchou příjmu potravy a nikoli se závislostí na NL. Pacientky s restriktivní anorexií se alkoholu vyhýbaly z důvodu jeho kalorické hodnoty (pacientky s mentální anorexií nejvíce zneužívaly ve vysokých dávkách laxativa, diuretika, projímavé čaje a další.). Ke stejným závěrům došla například studie z roku 1994, která tvrdí, že pacientky s poruchou příjmu potravy, které vykazují bulimické chování, mnohem častěji současně zneužívají alkohol a jiné drogy nebo jsou na nich závislé. Pacientky s restriktivním způsobem jídelního chování zneužívají alkohol v mnohem menší míře (Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994). Četný výskyt komorbidit bulimie a závislosti na alkoholu ve svých výzkumech také potvrdily studie: Piran & Gadalla, 2007; Arias et al., 2009; Krug et al., 2009; Root et al., 2010, Fouladi et al., 2015; Lavender et al. 2015; Bahji et al., 2019 aj. Ukazuje se, že je několik důvodů proč ke zneužívání alkoholu (i jiných návykových látek) inklinují pacienti s bulimickým chováním, tito pacienti vykazují vyšší míru impulzivity a nižší frustrační toleranci než pacientky s restriktivním typem jídelní poruchy. Tato tvrzení potvrzují i některé výzkumy Loxton a Dawe, 2001; Mobbs et al., 2011; Dir et al., 2013.

Psychoterapeutická léčba osob s komorbiditou poruchy příjmu potravy a závislostí je obtížná, klade vysoké nároky na psychoterapeuta, zejména je nezbytné navázání kvalitního a důvěrného psychoterapeutického vztahu, aby mohlo dojít k sekundárnímu emočnímu vývoji a

následným změnám maladaptivních vzorců chování v adaptivnější formy. Výsledky péče poté mohou být srovnatelné s výsledky práce s pacienty s pouze jednou poruchou. Léčbě musí nutně přecházet kvalitní diagnostické zhodnocení, dobré nastavení intervenčních strategií a léčebného plánu. Individualizovaný přístup je vždy na místě. Stejně by se mělo postupovat i v případě, že je aktuálně jedna z poruch v remisi, což je častým jevem. Kolísání mezi jednotlivými poruchami potvrzuje i výzkum Dennise a Helfmana (2010). Není-li komorbidita rozpoznána, efekt léčby se snižuje a pozorujeme častější drop-out z léčby. Pacient nemusí být vždy motivován jednu z poruch přiznat nebo postrádá náhled, je proto vhodné do léčby zapojit i nejbližší rodinné příslušníky. Stejně tak výzkum Dennise et al. (2014) podporuje integrovaný, transdiagnostický přístup k léčbě těchto poruch.

Práce si klade za dílčí cíl upozornit na problematiku komorbidit, aby v odborných zařízeních byla těmto pacientům věnována zvýšená pozornost, a apeluje na nutnost je časně a správně diagnostikovat a následně adekvátně intervenovat. Lindblad et al. (2016) potvrzují, že u komorbidních pacientů s PPP a závislostí na NL dochází ke snížené míře efektu léčebných intervencí, vyššímu počtu relapsů, pomalejšímu zlepšování, horším výsledkům léčby a také zvýšenému riziku předčasného úmrtí.

Pro další výzkumy by bylo zajímavé se zaměřit pouze na pacienty s jedním typem poruchy příjmu potravy a zkoumat podrobněji koincidenci typu závislosti. K takové studii by bylo potřeba mít dostatek respondentů se stejnou diagnózou, například získat reprezentativní vzorek osob s diagnózou psychogenní přejídání a zkoumat u nich závislost na alkoholu nebo na jiné předem vybrané návykové látce. Bylo by to časově náročné a tolik specifických respondentů by bylo poměrně obtížné sehnat. Muselo by se využít více specializovaných léčebných zařízení. Z aktuální situace bohužel vyplývá, že léčba poruchy příjmu potravy a problémů spokojených s užíváním návykových látek, je poskytována v zařízeních odlišného typu, což komorbidním pacientům znesnadňuje dostupnost adekvátní léčby. Pro výzkum je tedy náročné získat reprezentativní vzorek komorbidních pacientů s identickými diagnózami. Práce usiluje mimo jiné i o popis psychoterapeutické práce v zařízeních pro pacienty trpící primárně poruchou příjmu potravy, a naopak v zařízeních pro osoby primárně léčícími se s diagnózami z okruhu závislostí. Ačkoli jsou tyto zařízení odlišné, prolínají se právě poměrně četným výskytem pacientů s komorbidní problematikou. Toto klinické zjištění bylo dílčím důvodem k rozšíření práce a obohacení o kazuistiky i z jiných zařízení než jen z těch pro léčbu poruch příjmu potravy.

## **11 Závěr**

Užívání návykových látek se u pacientek z oddělení a stacionáře pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN ukázalo jako poměrně časté. Tato práce tedy splnila svůj cíl, popsala prevalenci pacientek s komorbiditou ve výše zmíněném zařízení. Také odpověděla na všechny výzkumné otázky, které si položila.

Výsledky výzkumu u zkoumaného souboru naznačují, že k užívání drog i alkoholu inklinují nejvíce pacienti s diagnózou mentální bulimie. Užívání nelegálních (lidově tzv. „tvrdých drog“) potvrdily dvě pacientky. Jedna s diagnózou mentální bulimie a jedna s diagnózou psychogenní přejídání. Obě užívaly různé drogy včetně pervitinu, který byl zneužíván mimo jiné k hubnutí, a tyto respondenty využívaly jeho anorektických účinků. Dále 50 % z všech respondentek s mentální bulimií má zkušenost s marihuanou. Dvě z nich před léčbou užívaly denně.

Nadužívání alkoholu u pacientek se v tomto výzkumném vzorku ukázalo nejčastější u respondentek s diagnózou mentální bulimie. Dále u pacientek s psychogenním přejídáním a na posledním místě u pacientek s mentální anorexií. Pacientky s mentální anorexií se alkoholu vyhýbají zejména kvůli jeho vysokým kalorickým hodnotám. Pacientky s bulimií a psychogenním přejídáním nedisponují tak velkou sebekontrolou a přísností k sobě sama, jako pacientky s mentální anorexií. Jsou více impulzivní a mají problém pití zastavit. Proto je u nich výskyt nadužívání alkoholu vyšší. Ale pacientky s mentální bulimií se pak nežádoucích kalorií z alkoholu zbavují zvracením, užíváním laxativ a léků na hubnutí. Z celkových výsledků vyplynulo, že 1/3 všech účastnic výzkumu má problémy s pitím alkoholu. Tento výsledek považujeme za vysoký. Ze souboru 35 pacientek v dotazníku AUDIT vyšly dvě respondenty jako závislé na alkoholu, pět respondentek vykazuje vysokou úroveň problémů s alkoholem, čtyři střední potíže s pitím alkoholu a zbylých 24 pacientek neužívá škodlivě alkohol.

U pacientek s mentální anorexií je pak vysoký výskyt zneužívání látek podporujících hubnutí. Jejich užívání potvrdilo 35 % z nich, tedy u 7 z 20 pacientek s mentální anorexií. Jedná se o laxativa, diuretika, projímavé čaje a další. Tyto látky zneužívaly respondenty nejčastěji ve velkých dávkách, které i mnohonásobně překračovaly doporučené denní dávkování. Užívání těchto látek dále potvrdilo 41,67 %, tedy 5 pacientek z 12 s mentální bulimií a jedna pacientka s psychogenním přejídáním.



Výsledky naznačují, že mnoho žen, které se léčí s poruchou příjmu potravy má zkušenosti, užívá nebo je závislých na nějaké návykové látce, lécích nebo alkoholu. Je důležité na tuto problematiku myslet při příjmu do léčby, dotazovat se pacientů cíleně na toto téma a snažit se léčit všechny choroby, kterými pacient trpí. Neodhalená komorbidita komplikuje proces léčby a uzdravení. Tato práce usiluje o upozornění na tuto problematiku.

Poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek mají analogickou etiologii. S oběma onemocněními souvisí multifaktoriální genetické dispozice, porucha vývoje jedince, dle psychoanalýzy ustrnutí v orálním stádiu, problematická rodina, vliv prostředí, osobní dispozice, neurofyziologie a spouštěč, myšleno stresový faktor. Závislost i porucha příjmu potravy mají také často funkci symptomu jako náhradního řešení problému.

K tomu, aby vznikla kombinace právě poruchy příjmu potravy a užívání určité návykové látky přispívá mnoho faktorů. Jde o vytvoření „adiktivního vzorce“. Velkým problémem je, když pacient trpící poruchou příjmu potravy objeví drogy jako řešení svých problémů s jídlem. Může jít o odstranění pocitu hladu pomocí drog, například pervitinu. Odstranění strachu z jídla, utlumení pocitů viny, deprese, insomnie. Někdy nahrazení alkoholem funkce jídla jako drogy. U pacientek s mentální anorexií konzumace alkoholu na lačno, jako rychlý zdroj energie.

Důsledky kombinace poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách jsou závažné. Jedná se o somatické důsledky, jako je metabolický rozvrat, oběhové selhání, epileptické záchvaty. Také se rychleji rozvíjejí psychické komplikace, jako jsou deprese, psychózy a kognitivní deficit. Častěji dochází k úmrtí předávkováním, metabolickým rozvratem nebo oběhovým selháním. Odbornice na toto téma, doktorka Pecinová z Kliniky adiktologie říká, že léčba je obtížná, ale při získání pacienta a navázání terapeutického vztahu a kvalitní spolupráce, jsou výsledky srovnatelné až lepší než u samotné závislosti. Bohužel je nedostatek specializovaných zařízení pro komplexní léčbu komorbidních pacientů, kde by jim byl poskytnut integrovaný přístup a pozornost se věnovala oběma poruchám. Je to bílé místo v mezioborovém poli adiktologických služeb a služeb pro léčbu poruch příjmu potravy.

## 12 Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anestis, M. D., Smith, A. R., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2009). Dysregulated eating and distress: Examining the specific role of negative urgency in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 390–397. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9201-2>
- Arias, J. E., Hawke, J. M., Arias, A. J. a Kaminer, Y. (2009). Eating Disorder Symptoms and Alcohol Use Among Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse: Research & Treatment*, 3:81-91.
- Bahji, A., Mazhar, M. N., Hawken, E., Hudson, C. C., Nadkarni, P., & MacNeil, B. A. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.016>
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 38(2), 143–146. <https://doi.org/10.1002/eat.20164>
- Blanck, G. & Blanck, R. (1992). *Ego-psychologie: teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 454–462. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.

Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638

Bečková, I. a Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.

Brosf, L. C., Munn – Chernoff, M. A., Bulik, C. M., & Baker, J. H. (2019). Associations between eating expectancies and Eating disorder symptoms in men and women. *Appetite* 141, 1–7.

Campling, P., Haigh, R. (Eds.) (1999). *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19 (5), 434–449. <https://doi.org/10.1002/cpp.v19.5>

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Dufrou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev*, 27(3), 253-262. doi:10.1080/09595230801923702

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Chou, P. S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 139-150. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.07.012

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.

Dennis, A. B., & Helfman, B. L. (2010). Managing the eating disorder patient with a comorbid substance use disorder. In M. Maine, B. H. McGilley, & D. W. Bunnell (Eds.), *Treatment of eating disorders* (pp. 233–249). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375668-8.10014-2>

Dennis, A. B., Pryor, T., & Brewerton, T. D. (2014). Integrated treatment principles and strategies for patients with eating disorders, substance use disorder, and addictions. In T. D. Brewerton & A. B. Dennis (Eds.), *Eating disorders, addictions, and substance use disorders* (pp. 461–489). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6_21)

- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39. <https://doi.org/10.1151/ascp>
- Dir, A. L., Karyadi, K., & Cyders, M. A. (2013). The uniqueness of negative urgency as a common risk factor for self-harm behaviors, alcohol consumption, and eating problems. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2158–2162. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.025>
- Eisler, I. (2005). The Empirical and Theoretical Base of Family Therapy and Multiple Family Day Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of Family Therapy*. (27), 104 - 131.
- EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Fischer, S., Settles, R., Collins, B., Gunn, R., & Smith, G. T. (2012). The role of negative urgency and expectancies in problem drinking and disordered eating: Testing a model of comorbidity in pathological and at-risk samples. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(1), 112–123. <https://doi.org/10.1037/a0023460>
- Fischer, S. a Škoda, J. (2014). *Sociální patologie*. Praha: Grada.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). Psychoanalytické teorie. *Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Fouladi, F., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S., Hill, L., Le Grange, D., Powers, P., & Steffen, K. J. (2015). Prevalence of alcohol and other substance use in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 531–536. <https://doi.org/10.1002/erv.2410>
- Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality (1905). In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, volume VII (1901-1905): A case of hysteria, three essays on sexuality and other works* (pp. 123-246).
- Gadalla, T. M. (2009). Eating Disorders in Men: A Community – Based Study. *International Journal of Men's Health*, 8 (1), 72–81.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.

- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features. *Psychological medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., Pike, K. M. (1997): Cognitive-Behavioral therapy for anorexia nervosa in Handbook of treatment for eating disorders. Edited by DM. Garner and PE, *Garfinkel*, 94–144.
- Gilvarry, E. et al. (2012). *Practice standards for young people with substance misuse problems*. Scotland: The Royal College of Psychiatrists.
- Glasner-Edwards, S. & Mooney, L. J. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS drugs*, 28(12), 1115–1126.
- Göhlert, Ch. a Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Přeložila Dagmar Lieblová. Praha: Ikar.
- Grof, S. (1993). *Dobrodružství sebeobjevování*, Praha: Gemma89.
- Gull, W. (1873). Anorexia nervosa. *Lancet*, 1, 516-517.
- Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. Kap. 3. In Kalina, K. a kol. (2008): *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Haley, J. (1981). *Leaving home*. New York: Basic Books
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 381–386. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.011>
- Hartl, P. a Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heller, J. a Pecinová, O. a kol. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Avicenum.
- Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D. J., Young, R. M., Teesson, M., & Saunders, J. B. (2015). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry Res*, 226(1), 91–96. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.077
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. a Warren, M.P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord*. 1994, 16(1):1-34. Review. PubMed PMID: 7920577.

- Howard, S. (2008). *Psychodynamická terapie*. Přeložila Hana Drábková. Praha: Portál.
- Hynie, S. (1998). *Psychofarmakologie v praxi*. Praha: Galén.
- Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 31, 113–145.
- Chládková, N., Miovský, M. (2016). Adolescentní pacientka užívající návykové látky komorbidní s mentální bulimií: klinická kazuistická studie. *Adiktologie*, 16(4), 360-367.
- Chládková, N., Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), 22–32.
- Chvála, V. a Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Jacobi, C., Paul, T. a Thiel, A. (2006). *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatelstvo F.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol. (2008): *Základy klinické adiktologie*. Kap. 4. Praha: Grada Publishing.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel, H. M., Kerrigan, S. G., & Forman, E. M. (2015). Could training executive function improve treatment outcomes for eating disorders? *Appetite*, 90, 187–193.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K., Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislosti. Kap. 12. In Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich aplikace v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing

- Kalina K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K., Vácha, P. (2013): Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé. Možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie* 13 (2), 144-164.
- Kirkpatrick, R., Booij, L., Vance, A., Marshall, B., Kanellos-Sutton, M., Marchand, P., & Khalid-Khan, S. (2019). Eating disorders and substance use in adolescents: How substance users differ from nonsubstance users in an outpatient eating disorders treatment clinic. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 175–182. <https://doi.org/10.1002/eat.v52.2>
- Kocourková, J. a kol. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Kocourková, J. a Koutek, J. (2011). Je teorie mentalizace inspirací pro poruchy příjmu potravy? *Československá psychologie*, 55 (2), s. 180-183.
- Kooyman (1993) *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement, and treatment success*, Swets & Zeitlinger Publishers.
- Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4(9), s. 321-323.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., ... FernándezAranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(1), 82–87. <https://doi.org/10.1111/pcn.2009.63.issue-1>

- Kudrle, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. (2003). Praha: Úřad vlády České republiky, s. 91-95.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology*, 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.01022>
- Lindblad, R., Hu, L., Oden, N., Wakim, P., Rosa, C., & VanVeldhuisen, P. (2016). Mortality rates among substance use disorder participants in clinical trials: Pooled analysis of twenty-two clinical trials within the national drug abuse treatment clinical trials network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 70, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.010>
- Loxton, N. J., & Dawe, S. (2001). Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 455–462. [https://doi.org/10.1002/\(S\)1098-108X](https://doi.org/10.1002/(S)1098-108X)
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. New York: Norton.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Miovská, L., Miovský, M a Kalina, K. *Psychiatrická komorbidita*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. (2008). Praha: Grada, s. 75-87.
- Miovský, M., Čablová, L., Šťastná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie* 14(1), 10-21
- Miovský, M. & Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie* 16(4), 292-318.
- Miovský, M., Šťastná, L. & Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie* 16(4), 330-341.
- Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.



- Mobbs, O., Iglesias, K., Golay, A., & Van der Linden, M. (2011). Cognitive deficits in obese persons with and without binge eating disorder: Investigation using a mental flexibility task. *Appetite*, 57(1), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.04.023>
- Mravčík, V. a kol. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). *Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 491–507). Guilford Press
- Neenam, M. a Dryden, W. (2008). *Kognitivní terapie*. Přeložil Ivo Müller. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2007). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Núñez-Navarro, A. et al. (2012). Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality? *Eating Disorders. Review*, 20, 23–31.
- Orlíková, B., & Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie*, 16(1), 26-35.
- Palkovič, P., Alexanderčíková, Z., Slezáková, S., Vojtková, D., & Okruhlica, L. (2011). Kombinovaná diagnóza – závislost' od metamfetamínov a psy-chóza. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 46(3), 175–183.
- Papežová, H. (2000). *Anorexie nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.

- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 363–373. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.004>
- Piran, N. a Gadalla, T. (2007). Eating disorders and substance abuse in Canadian women: A national study. *Addiction*, 102(1), 105-113. doi 10.1111/j.1360-0443.2006.01633.x.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986) *Towards a comprehensive model of change*, In: Miller, W. & Heather, N. (eds.) *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*, New York, Plenum Press, str. 3-12.
- Prochaska, J., Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Raboch, R., Pavlovský, P. a kol. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Root, T. L. et. al. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 43(1), 14- 21. doi 10.1002/eat.20670.
- Rotgers, F. (1996). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Rothenberg A. (1988). Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: a review of 11 studies. *Comprehensive psychiatry*, 29(4), 427–432. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(88\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0010-440x(88)90024-7)
- Rubenstein, C.S., Altemus, M., Pigott, T., Hess, A., Murphy, D.L. (1995). Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa. *Journal of Anxiety Disorders*. 9(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)91551-R](https://doi.org/10.1016/0887-6185(95)91551-R)
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

- Salo, R., Flower, K., Kielstein, A., Leamon, M. H., Nordahl, T. E., & Galloway, G. P. (2011). Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Res*, 186(2-3), 356-361. doi:10.1016/j.psychres.2010.09.014
- Sananim. (2007). *Drogy- otázky a odpovědi*. Praha: Portál.
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Avicenum.
- Sovinová, H., Csémy, L. (2015). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Steiger, H., Stotland, S. (1995). Individual and Family Factors in Adolescents with Eating Symptoms and Syndromes. In: Steinhausen, H. C.: *Eating Disorders in Adolescent*. Berlin, Walter de Gruyter.
- Stein, M.K. (2007) Caring for the Caregivers: Focusing on the Family in Treatment. *Eating Disorders Review*. (18), 1-3
- Theiner, P. (2011). Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatr. Praxi*. 12(3): 105–107.
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2004). *Psychiatrická péče 2003*. Praha: ÚZIS.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C. & Hesse, M. (2007). Case management pro uživatele drog: Všelék, náhražka nebo nástroj propojování? *Adiktologie* (7)4, 429-443.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Váchová, P.E. a kol. (2009). Patogeneze závislosti. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (6), s. 257-259.
- Vavřda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Weaver, T., Charles, V., Madden, P., Renton, A. (2002). *Co-morbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative Study (COSMIC). A study of the Prevalence and Management*

Nikola Růžičková, *Komorbidní výskyt poruchy příjmu potravy se závislostí na návykových látkách v různých léčebných zařízeních a možnost jejího psychotherapeutického ovlivnění*

*of Co-Morbidity amongst Adult Substance Misuse & Mental Health Treatment Populations.* London: Imperial College of Science.

Wolf, G., Serpell, L. (1998): A cognitive model and treatment strategies for anorexia nervosa in: *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, edited by H. Hoek, *Treasure J. and M. Katzman* s. 407–429.

World Health Organization (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and dependence.* Geneva: World Health Organization.

Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 227-258.

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe supinové psychoterapie.* Praha: Portál.

Zábranský, T. (1997). *Racionální protidrogová politika.* Olomouc: Votobia.

## **Kvalifikační práce**

Chládková, N. *Užívání stimulantů studenty vysokých škol.* [Use of stimulants by university students]. Praha, 2013. 54 s., 35 příl. Bakalářská práce (Bc.). Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný.

Chládková, N. *Vztahová vazba u osob s poruchami vyvolanými užíváním opiátů.* [Attachment in people with disorders caused by opioid]. Praha, 2014. 50 s., 12 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: PhDr. Monika Nevoralová.

Chládková, N. *Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie.* [Comorbidity of eating disorders with substance abuse and possibilities of psychotherapy]. Praha, 2015. 65 s., 14 příl. Diplomová práce (Mgr.). Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D.

Chládková, N. *Vztahová vazba mezi rodiči a jejich dospívajícími dětmi léčenými v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie, na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN.* [Attachment between parents and their adolescent kids which are treated in the Department of Addictology for adolescents and children, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General

Faculty Hospital in Prague]. Praha, 2016. 76 s., 13 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, PhD.

Vycpálková, V. *Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen v Psychiatrické léčebně Bohnice*. [Co-morbidity of eating disorders and alcohol use among female patients in the Psychiatric Hospital Bohnice]. Praha, 2012. 65 s., 5 příl., 19 tabulek. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2012. Vedoucí práce: PhDr. Lenka Čablová.

## **Internetové zdroje**

Garner, D. M. a. Garfinkel, P. E. *The Eating Attitudes Test* [online]. ©1982 [2015- 02-12]. Dostupný z: <http://www.eat-26.com/downloads.php>.

BMI kalkulačka [online]. ©2009-2015 [2015- 04-18]. Dostupná z: <http://www.bezhladoveni.cz/bmi-kalkulacka/>.

Dotazník AUDIT [online]. ©2015 [2015- 04-18]. Dostupný z: [http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/dotaznik\\_audit.pdf](http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/dotaznik_audit.pdf).

## **13 Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Formy a metody péče. (Zdroj: Kalina, 2003)

Tabulka č. 2: Změna v psychoterapii. (Zdroj: Campling a Haigh, 1999)

Tabulka č. 3: Celkové skóre EAT-26 u jednotlivých poruch

Tabulka č. 4: Užívání drog

Tabulka č. 5: Výsledky dotazníku AUDIT

## **14 Seznam grafů**

Graf č. 1: Věkové zastoupení výzkumného souboru

Graf č. 2: Výzkumný soubor dle typu poruchy příjmu potravy

Graf č. 3: Celkové skóre EAT- 26

Graf č. 4: Užívání návykových látek

Graf č. 5: Výsledky dotazníku AUDIT

Graf č. 6: Výsledky dotazníku AUDIT u jednotlivých diagnóz

## 15 Seznam zkratek

1. LF UK	První Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
ADDA	Ambulance dětské a dorostové adiktologie
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder- Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AN-BP	Anorexie nervosa purgativního typu
AN-R	Anorexie nervosa restriktivního typu
AT	Alkohol a toxikomanie
BMI	Body mass index (indikátor podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity)
BN	Bulimie nervosa
BZO	Benzodiazepin
CNS	Centrální nervová soustava
DBT	Dialektická behaviorální terapie
DSM – V	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – 5. revize
EAT- 26	Eating Attitude Test - 26
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
KNL	Krajská nemocnice Liberec
LMD	Lehká mozková dysfunkce
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MAP	Maudsley addiction profile
MDMA	Extáze (3,4-methylendioxyamfetamin)
MHMP	Magistrát hlavního města Prahy
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí- 10. revize
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NL	Návykové látky
PN	Psychiatrická nemocnice
PPP	Poruchy příjmu potravy
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
THC	Tetrahydrocannabinol
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	(World Health Organization) světová zdravotnická organizace

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Dotazník EAT- 26

Příloha č. 2: Dotazník AUDIT

Příloha č. 3: Dotazník na užívání drog.

Příloha č. 4: Přepis diskuze z fokusní skupiny

Příloha č. 5: Informovaný souhlas



## Příloha 1

### Eating Attitudes Test (EAT-26)<sup>®</sup>

Instructions: This is a screening measure to help you determine whether you might have an eating disorder that needs professional attention. This screening measure is not designed to make a diagnosis of an eating disorder or take the place of a professional consultation. Please fill out the below form as accurately, honestly and completely as possible. There are no right or wrong answers. All of your responses are confidential.

**Part A: Complete the following questions:**

1) Birth Date	Month:	Day:	Year:	2) Gender:	Male	Female
3) Height	Feet :	Inches:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Current Weight (lbs.):		5) Highest Weight (excluding pregnancy):				
6) Lowest Adult Weight:		7: Ideal Weight:				

**Part B: Check a response for each of the following statements:**

	Always	Usually	Often	Some times	Rarely	Never
1. Am terrified about being overweight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avoid eating when I am hungry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Find myself preoccupied with food.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cut my food into small pieces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aware of the calorie content of foods that I eat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Particularly avoid food with a high carbohydrate content (i.e. bread, rice, potatoes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Feel that others would prefer if I ate more.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomit after I have eaten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Feel extremely guilty after eating.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Am preoccupied with a desire to be thinner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Think about burning up calories when I exercise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Other people think that I am too thin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Take longer than others to eat my meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avoid foods with sugar in them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eat diet foods.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Feel that food controls my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Display self-control around food.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Feel that others pressure me to eat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Give too much time and thought to food.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Feel uncomfortable after eating sweets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Engage in dieting behavior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Like my stomach to be empty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Have the impulse to vomit after meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Enjoy trying new rich foods.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Part C: Behavioral Questions:  
In the past 6 months have you:**

	Never	Once a month or less	2-3 times a month	Once a week	2-6 times a week	Once a day or more
A Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Lost 20 pounds or more in the past 6 months	Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			

\* Defined as eating much more than most people would under the same circumstances and feeling that eating is out of control

© Copyright: EAT-26: (Garner et al. 1982, *Psychological Medicine*, 12, 871-878); adapted by D. Garner with permission.

## Příloha 2

Dotazník AUDIT:						
<p>Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.</p> <p>Demografické informace (neuvádějte, prosím, jméno).</p> <p>Pohlaví: muž / žena Věk: ..... let Dokončené vzdělání: .....</p> <p>Současné zaměstnání: .....</p>						
Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					<b>Celkem</b>	

### Příloha 3

<b>Užívání drog</b>					
<b>Droga</b>	<b>Posledních 30 dní před léčbou (karta 1)</b>	<b>Množství užitých během typického dne</b>	<b>Způsob užití (karta 2)</b>	<b>Věk prvního užití</b>	<b>Celoživotní užívání (roky)</b>
<b>Alkohol</b>					
<b>Heroin</b>					
<b>Metadon</b>					
<b>Subutex</b>					
<b>BZO</b>					
<b>Pervitin</b>					
<b>Marihuana, Hašiš</b>					
<b>Těkavé látky</b>					
<b>Léky podporující hubnutí (anorektika, laxativa...)</b>					
<b>Jiné- jaké?</b>					

**Karta 1**

<b>Každý den.....</b>	<b>30</b>
<b>6 dnů v týdnu.....</b>	<b>26</b>
<b>5 dnů v týdnu.....</b>	<b>21</b>
<b>4 dny v týdnu.....</b>	<b>17</b>
<b>3 dny v týdnu.....</b>	<b>13</b>
<b>2 dny v týdnu.....</b>	<b>9</b>
<b>Sedm dnů.....</b>	<b>7</b>
<b>Šest dnů.....</b>	<b>6</b>
<b>Pět dnů.....</b>	<b>5</b>
<b>Čtyři dny.....</b>	<b>4</b>
<b>Tři dny.....</b>	<b>3</b>
<b>Dva dny.....</b>	<b>2</b>
<b>Pouze jeden den....</b>	<b>1</b>
<b>Jiné číslo.....</b>	<b>_</b>
<b>Ani jednou.....</b>	<b>0</b>

**Karta 2**

<b>Ústy.....</b>	<b>1</b>
<b>Nosem.....</b>	<b>2</b>
<b>Kouření.....</b>	<b>3</b>
<b>Nitrožilně.....</b>	<b>4</b>
<b>Do svalů.....</b>	<b>5</b>

## **Příloha 4**

Fokusní skupina

Já: Dobrý den, vítám vás na fokusní skupině. Toto nebude skupina, jakou znáte zde na oddělení nebo ve stacionáři, nejedná se o psychoterapii, ale o spíše výzkumnou skupinu. Vybrala jsem si vás proto, že máte v anamnéze alkohol nebo užívání návykových látek a zároveň se zde léčíte s různými poruchami příjmu potravy. S některými z vás už se známe a už jsme spolu mluvily. Mám tu pro vás několik okruhů, témat, otázek o kterých budu ráda, když budete debatovat. Nemusíte se bát, že by tyto informace někam unikly, studie je anonymní, vaše jména budou změněna. Máte na mě nějaké dotazy?

Skupina: Ne.

S jakou diagnózou se zde léčíte?

Tina: mentální anorexie

Daniela: přejídání

Barbora: mentální anorexie, bulimie, přejídání, alkohol

Kateřina: přejídání

Daniela na Kateřinu- ty jsi tu také s přejídáním? Na to nevypadáš.

Já: S jakými návykovými látkami máte zkušenosti? Může to být alkohol, drogy, laxativa, diuretika, jiné léky...

Tina: Já mám ten alkohol, do toho jsem dřív trochu experimentovala s trávou. Také občas ty projímadla, ale ne často. Taky jsem zkusila emko, taneční drogu. To je asi jediný. Nic víc bych už nezkusila, ani mě to neláká, bojím se.

Já: Kolik vám je let a od kolika máte zkušenost s návykovými látkami?

Tina: 18 a zkušenost mám od 14.

Daniela: Já jsem zkusila asi všechno. Já jsem se toho teda vůbec nebála. V 17 jsem zkusila drogy poprvé, uchvátily mě, zabilo to tři mouchy jednou ranou. Neměla jsem potřebu jíst, měla jsem pocity euforie a byla jsem mezi lidma, kteří mi nahrazovali rodinu, ve které jsem se necítila dobře. Pro mě byly drogy strašně výhodný. Tehdy. Od těch 17 jsme vždycky chvíli brala, chvíli ne, pak jsem se k tomu zase vrátila.

Já: Vy to užívání drog u sebe hodně vnímáte, že to mělo vliv na redukci váhy?

Daniela: Bylo to velký plus. V 17 jsem byla oplácaná a měla jsem z toho hrozný komplex. Samozřejmě všechny holky si připadají oplácaný, i když nejsou. Já jsem to tak vnímala a tím, že pervitin odboural pocity hladu, tak to pro mě bylo vysvobození. Začala jsem hrozně hubnout, až 5 kg za týden a to mi tehdy přišlo jako paráda. Člověk nedomýšlel ty následky.

Já: A byly tam následky?

Daniela: Určitě byl. Ta daň nebyla malá.

Barbora: U mě taky dřív probíhaly projímadla. Kouřím. Trávu ne, po tý mě vždy bylo špatně. No a ten alkohol. Ten jsem začala pít ve větší míře, když jsem nastoupila do práce. Pracovala jsem pořád, i po práci doma na počítači a k tomu jsem si dala víno.

Já: Co jste dělala nebo děláte za práci?

Barbora: Děláním koncipientku.

Já: Tak to je asi náročné.

Barbora: Je to zajímavá práce, není jednostranná. Ale pořád je to psát a co dělat. Takže jsem si většinou koupila lahvinku a u toho jsem psala a popíjela. Pomáhalo mi to, že to díky tomu vše zvládnou.

Já: Pociťovala jste nějaké potíže v důsledku toho pití?

Barbora: Nestalo se mi, že bych se nezbudila nebo zaspala do práce. To spíš v souvislosti s tou poruchou příjmu potravy. Člověk je unavenější, už není tak rychlejší. Ale jiné problémy asi nebyly. Stížnosti v práci nebo něco, to ne.

Já: A tady se léčíte poprvé? S poruchou příjmu potravy?

Barbora: Ano.

Kateřina: Já ten alkohol, dvakrát nebo třikrát jsem zkusila marihuanu. A asi 3 měsíce jsem užívala projímadla, v 18 letech. Navštívila jsem včera skupinu pro komorbiditu alkoholu s PPP, jak jste mi doporučila. Bylo to zajímavé. Všichni už tam byli v pořádku, už tam chodí jen na doléčování. Ale bylo vidět, že je to stálo hodně. Taky hodně života. Byla to pro mě trochu výstraha a připomenutí kam až to může zajít. No a jak se mi daří. Ta chuť na alkohol tam pořád je, zvlášť když na mě přijdou ty úzkosti. No a taky když přijedu z Lokte, kde jsem doma, sem do Prahy, kde jsem sama a necítím se tu doma a nemám tu příliš přátel, tak to mám největší chuť. Uvědomila jsem si, že ten problém mám trochu větší, než jsem si myslela.

Já: To je skvělé, že si to uvědomujete. A jak to zvládáte nepít?

Kateřina: Zvládám to, ale popravdě jediný co mě drží je to, že se bojím namátkových kontrol tady. A abych nebyla vyloučená z programu. Asi to není úplně nejlepší, ale jinak bych si to asi dovolila, pro tu úlevu.

Já: Budete chodit dál na tu alkoholní skupinu?

Kateřina: Ještě se tam zajdu podívat.

Já: Když byste chtěly i ostatní, také tam můžete zajít. Je to kousek odsud ve čtvrtek. Protože tady na tomto oddělení nevím, jak moc se s vámi řeší ještě tento problém. Tady je to zaměřená konkrétně na ty poruchy příjmu potravy.

Kateřina: Ano tady se to řeší tak okrajově. Je tu samozřejmě podmínkou abstinence.

Já: jak rozumíte tomu, jak spolu vaše porucha příjmu potravy a užívání alkoholu a jiných návykových látek souvisí?

Daniela: Já si myslím, že obojí je tak trochu závislost. Je to závislost jak na hladu, na jídle, nebo na alkoholu nebo na jiných látkách.

Barbora: Ano, je to spojené.

Daniela: Já v tom vnímám velmi úzkou souvislost.

Já: To máte pravdu, základ to má stejný, závislostní.

Barbora: No funguje to tak, že člověk nejí, pak mu stačí dvojka vína a to tělo pak není schopný fungovat. A pak zase po třech dnech to v hlavě překlapne a člověk vyjí celou lednici. A pak přijdou pocity viny a jde to vyzvracet. A je to pak tak, že si třeba místo jídla dám pivo.

Daniela: Ano na drogách to je totéž. Tam zmizí pocit hladu, takže člověk nejí. Já jsem třeba dokázala 11 dní nejíst. No ale pak člověk tu látku vysadí a to tělo má takovej hlad, že jsem se přejedla a šla jsem zvracet. Ale za střízliva nezvracím. Takže při tom mém braní by se taky dalo mluvit o anorexii, ale asi ne mentální, protože to tělo to jídlo v tu chvíli nepotřebuje.

Já: Stávalo se vám, že byste si řekla tak a teď se nenavečeřím a dám si místo toho pivo?

Barbora: No já jsem vůbec nevečeřela.

Já: S tím cílem že jste věděla, že ty kalorie přijdou z toho pití?

Barbora: Ne. To jsem si dávala jen proto, že jsem na to měla chuť. To jsem přišla domů, zapla si počítač a automaticky k tomu to vínko. Není to tak, že bych si řekla, tak teď se nenajím, abych si mohla dát pivo. Taky to pivo má víc kalorií, než kdybych si dala večeři. Takový rituál, byla jsem na to tak zvyklá.

Tina: To já naopak. Já jsem si říkala, budu mít víno, to jsou kalorie, tak nebudu jíst. Tak jsem to měla dlouho a to tělo pak přestane fungovat. Měla jsem obrovské kruhy pod očima. Furt jsem jen ležela a koukala do blba. Chyběly mi živiny.

Já: To tělo už samo o sobě bylo podvyživené a ještě dostávalo alkohol jako další zátěž.

Kateřina: Já jsem to měla tak, že jsem si alkoholem ulevovala od úzkostí. Abych se nemusela věnovat těm myšlenkám o jídle, životě o tom co se mi nedaří. No a dřív jsem alkohol nepila, protože to pro mě byly prázdné kalorie, protože když mě to nezasytí, tak to přece nemá vůbec smysl, takže jsem pila místo večeře. A později už i po večeři, začala jsem si ty kalorie omlouvat, a vždy jsem se snažila nejdřív vytrávit, aby ten alkohol měl co největší účinek.

Já: Vnímám, že tu jsou rozdíly. Některé z vás vynechávaly jídlo, z důvodu že přijdou kalorie z alkoholu. Některé pily na úzkost nebo, že to byl rituál.

Kateřina: Já věděla, že další den nebudu jíst nebo že rovnou budu kvůli alkoholu zvracet, takže tím jsem si ty prázdné kalorie ospravedlnila.

Tina: Já zase věděla, že při těch kocovinách nebudu jíst a když budu, tak se mi pak o to líp bude zvracet. Jak mi bylo nevolno, tak o to to šlo líp. Ale tím už jsem nehubla.

Já: To tělo totiž ty kalorie, aspoň větší část, zpracuje dřív, než se to vyzvrací. To si právě dívky s bulimií často neuvědomují a chtějí hubnout pomocí projímadel, ale tělo si ty kalorie z potravy vybere dřív, než se vyloučí. Většinou si to tělo na to časem zvykne a jsou z toho zdravotní potíže.

Já: Vnímáte, že byl u vás nejdřív problém s poruchami příjmu potravy nebo s alkoholem a jinými drogami?

Tina: U mě byl první alkohol. Zapíjela jsem samotou. A pak přišla anorexie. Začala jsem pít asi ve 14 a anorexie začala asi v 16.

Daniela: Já mám problémy s jídlem asi už od dětství. Pamatuji se, že když přišla máma s taškou s jídlem, hned jsem se na to vrhla. Jídlo pro mě byla útěcha, protože jsem věděla, že pak přijde táta a zmlátí mě. Táta chlastal, byl nevyrovnaný. Jídlem jsem se uspokojovala. Drogy přišly až později a tyhle problémy vyřešily, protože jsem po nich neměla hlad. Ještě než jsem začala brát drogy, tak jsem zkoušela různé diety, protože jsem tancovala. Jsem doma blba, třeba jsem se namazala indulonou a zabalila se do igelitu, pila ledovou vodu, aby tělo vydalo více energie. Drogy začaly až před 18 rokem.

Barbora: U mě to začalo s jídlem. Už na střední škole. Alkohol přišel, až když jsem nastoupila do současné práce, kde jsem ve stresu. Někdy jsem šla taky po něm zvracet, abych nepřibrala, ale spíše jsem pila kvůli stresu.

Kateřina: U mě byl také první problém s jídlem. Ve 12 jsem měla anorexii. A s alkoholem mám problém od minulého roku. Vrhla jsem se do něho po hlavě, rychle to šlo. A vždy to bylo jedno nebo druhý. Buď jsem se přejedla nebo to zahrnala alkoholem, protože po něm už nebyla ta chuť přejíst se. Pak se mi stávalo, že jsem se třeba v noci přejedla a měla jsem záchvaty paniky a děsivé stavy, tak jsem pak také sáhla po alkoholu, ale musela jsem ho vypít mnohem víc, než kdybych byla na lačno. Musela jsem dát tak 2-3x víc alkoholu. Třeba 2 lahve vína a pár loků tvrdého.

Já: Jak moc se tady na oddělení a stacionáři věnuje pozornost vašemu problému a pitím nebo s užíváním?

Daniela: Já se tady tomu nevěnuju vůbec, už s drogami problém nemám. Sem jsem šla řešit problémy s jídlem. Měla jsem ten denní režim, co se týče jídla zvrácený, vůbec jsem nejela až do 4 hodin a pak jsem se odpoledne a večer hrozně přejedla. Tady jsem se o tom bavila jen s vámi, sama bych to tu asi moc nevytáhala. Člověk se tím moc nechlubí.



Já: Ale tady je na to prostor. Je potřeba aby se tyto problémy řešily komplexně, aby se pak v budoucnu nestřídala jejich závažnost a podobně.

Daniela: To je pravda. Já se nikdy neléčila ze závislosti, ačkoliv jsem brala i heroin. Vždycky jsem se z toho nějak dostala sama nebo spolu s lidma co taky brali. Ale s tím jídlem jsem si sama rady nevěděla. Jídlo číhá všude. Těm látkám se člověk vyhne. Odřízne se od kontaktů. I cigarety jsem zvládla. Ale s tím jídlem bojuju už hrozně dlouho. Měla jsem to tak, že díky těm omamným látkám jsem vždycky hrozně zhubla, takže jsem si pak mohla dovolit hodně jíst, když jsem zase ztloustla, tak jsem zase sáhla po těch látkách, abych zhubla a byl to takový začarovaný kruh. A myslím si, že už jsem taky na braní drog stará. Mám 18 letou dceru, která mě potřebuje, a nechci to zase zkazit. To bych se musela profackovat. Ale taky vím, že se to dá ošidit, že se s tím dá pracovat tak že to nikdo nepozná. Já jsem roky fungovala na pervitinu, chodila do práce a nikdo dlouho nic nepoznal. Ale má to svou daň. Už bych to zdravotně nezvládala. Pořád mi bylo blbě. Každé ráno. Pak už jsem to brala jen proto, abych byla schopná fungovat.

Barbora: Já jsem sem nejdřív začala chodit ambulantně, s panem doktorem jsme řešili vše. I problém a alkoholem. Ale pak mi řekl, že by bylo lepší, abych tu byla hospitalizovaná. Takže to tu věděli, že piju tak litr vína a 3-4 piva za den. To bylo tak od 7 do 11. Když jsem nastoupila, tak mi dali fouknout alcotest a pak jsem 4 dny spala. Dali mi benzodiazepiny, které mi pomalu snižovali. Kvůli abstíním. Také mě večer kontrolovali, jestli se mi neklepou ruce. Pořád jsem spala, všude jsem usínala. I na komunitě. Pak mi to snížili a už dobrý. Ptají se mě, jak mi jde abstinence, tady samozřejmě na oddělení žádný alkohol nemám. Nemám tu ani pocit, že by mi to chybělo. Ale nevím, jak to bude venku. Jestli bude nějaký nutkavý pocit dát si. Třeba když je nuda nebo stres, tak si otevřu lahvinku.

Já: To je dobré téma, které byste tu mohla vnést do skupiny nebo na individuál, co si najít pak venku místo té lahvinky, až přijde stres a nuda.

Barbora: Já hodně pila když jsem pracovala. Asi si budu dělat velké čaje a bud je u toho pít. Ale ty tři týdny tady jsou v pohodě. Nemám abstínky.

Kateřina: Já jsem tu poprvé na klubu pro zájemce, tam jsem přiznala i problém s alkoholem. Paní doktorka se mě vypytovala, jak moc je to vážný. Říkala mi, že je potřeba nejdřív vyřešit problémy s alkoholem a potom s poruchou příjmu potravy. Takže bylo potřeba, abych to měla zvládnuté, pokud půjdu sem a dodržovala tu abstinenci. To je jedno z pravidel. Kdyby to bylo horší, musela bych nejdřív na léčbu alkoholismu. Probírá se to tu, že se zeptají, jak se daří, jak to jde a kdyby se nedařilo, tak se to bude řešit víc. Je tu ten prostor, ale je to okrajová záležitost.

Tina: Já to u sebe nevidím jako problém. Jsem mladá a chci se bavit s kamarádama. To k tomu patří.

Daniela: To mi taky přijde, taky jsem pila. I přitom užívání. A taky třeba litr.

Tina: Moji přátelé pijí i víc. To je k tomu věku.

Barbora: Já se taky necítím jako alkoholik, spousta mých známých pije i víc.

Já: Tady je potřeba vnímat taky ten kontext poruch příjmu potravy a pití.

Tina: V mojí rodině jsou taky lidi, co se rádi napijou a hodně. I na oslavách mi říkají, ať se napiju. Ale taky jsem dřív zapíjela ty blbý emoce. Ale to teď už rozlišuju.

Já: To máte pravdu, naše společnost je hodně proalkoholní a neumí si představit oslavu bez alkoholu. Alkohol je všude.

Daniela: Lidi se bez něho ani neumí bavit. Na nealko párty by nikdo ani možná nepřišel.

Já: Je potřeba to ale rozlišovat jestli se jdu napít za kamarádama, dám si s nimi skleničku a pobavíme se anebo jestli jdu zapít úzkost a negativní emoce. To může být i nebezpečné.

Kateřina: Ta deprese se pak ještě zhorší. Když má člověk kocovinu, dopoledne. To byly obrovský propady nálady, myslela jsem i na sebevraždu.

Já: Ten alkohol uleví, ale jen na chvíli a pak přijde ta daň a je to ještě horší.

Daniela: Pak se tělo zbavuje těch toxických látek a brečí.

Tina: Já měla někdy i špatné stavy v opilosti, hrozný deprese.

Já: I to se může stát, protože na to má vliv nálada, se kterou jdete užívat.

Tina: Nebo společnost ve který se necítíte dobře.

Já: Tak by bylo vše, pokud nemáte žádné otázky, tak skončíme. Děkuji vám za účast a aktivitu.

## **Příloha 5**

Jméno, příjmení.....

r. č. / datum narození.....

Byla jsem podrobně seznámena s cíli studie- rigorózní práce.

Beru na vědomí, že prováděná studie má výzkumný charakter a účast v ní je dobrovolná.

Byla jsem seznámena s tím, že moje osobní data budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Pro účely výzkumu budou data anonymizována. Pro výzkumné účely mohou být moje data poskytnuta pouze bez identifikačních údajů.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím se zařazením do výzkumné studie rigorózní práce, obor psychologie.

V Praze dne:

podpis.....

Výzkum prováděla: Mgr. Nikola Růžičková

Datum:

Podpis.....

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Mgr. et Mgr. Nikola Růžičková

**Studijní program:** PhDr.

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Komorbidní výskyt poruchy příjmu potravy se závislostí na návykových látkách v různých léčebných zařízeních a možnost jejího psychoterapeutického ovlivnění

**Počet stran (bez příloh):** 124

**Celkový počet stran příloh:** 14

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 70

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 61

**Počet internetových odkazů:** 3

**Školitel:** PhDr. Jiří Jakubů, PhD.

**Rok dokončení práce:** 2021

## **Evidenční list knihovny**

Souhlasím s tím, aby moje rigorózní práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: .....

Uživatelé potvrzují svým podpisem, že pokud tuto rigorózní práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury, budou jí řádně citovat jako každý jiný pramen:

<b>Jméno, přímení</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>