

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



**Bc. Veronika Vycpálková**

**Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu u žen:  
rizikové a protektivní faktory**

Co-morbidity of eating disorders and alcohol abuse among female: risk and  
protective factors

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

PRAHA

2015

**Prohlášení:**

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

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

V Praze, 28. 4. 2015

Veronika Vycpálková

.....

**Identifikační záznam:**

VYCPÁLKOVÁ, Veronika. *Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu u žen: rizikové a protektivní faktory. [Co-morbidity of eating disorders and alcohol abuse among female: risk and protective factors]*. Praha, 2015. 112 s., 6 příloh, 10 tabulek. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

### **Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Lence Čablové za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícnost.

Mé velké díky patří MUDr. Olze Pecinovské a Mgr. Jiřímu Hellerovi, kteří mi umožnili zrealizovat rozhovory s jejich pacienty. Dále také všem ženám, které se rozhodly se mnou sdílet své osudy a bez nichž by tato práce nevznikla.

A v neposlední řadě děkuji svým blízkým za slova podpory v nejtěžších chvílích a jejich neutuchající důvěru v mé schopnosti.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu je aktuálním tématem. Poruchy příjmu potravy můžeme vnímat jako nemoc moderní ženy a užívání alkoholu jako časté a společností tolerované. Jejich komorbiditě však není věnována dostatečná pozornost.

**Cíle:** Teoretická část této práce vymezuje základní pojmy v oblasti poruch příjmu potravy, závislosti na alkoholu a komorbidit těchto dvou poruch. V praktické části bylo mým cílem identifikovat rizikové a protektivní faktory, osobnostní charakteristiky společně pro ženy s touto komorbiditou a nastínit subjektivní vnímání této problematiky respondentkami.

**Metody a soubor:** Data byla získána pomocí polostrukturovaného interview, jejichž respondenty bylo 5 klientek ženské doléčovací skupiny pro závislé na alkoholu. Pro analýzu dat byly využity dvě metody: vytváření trsů a zachycování gestaltů.

**Výsledky:** Byl popsán vliv rizikových faktorů na úrovni individuální, rodinné i společenské. Dále pak určité osobnostní charakteristiky respondentek, které se překrývaly s rizikovými faktory. Mohou být tedy považovány také za faktory rizikové v individuální rovině. Z protektivních faktorů byl pozorován zejména pozitivní vliv vrstevníků, vlastní zájmy a vědomí vlastní hodnoty. Také samy respondentky a jejich subjektivní pohled na tuto problematiku poukázal na nutnost identifikace „primárního“ problému či konfliktu, na jehož podkladě mohou vznikat tyto poruchy.

Výsledky přinesly některé odpovědi, ale také další otázky a zejména podněty k jejich probádání. Identifikace rizikových a protektivních faktorů i typických osobnostních charakteristik těchto žen by mohla napomoci nejen v léčbě, ale také v preventivních programech. Subjektivní pohled žen a jeho překvapivá erudovanost upozorňuje na nutnost naslouchat jejich myšlenkám a pocitům, protože právě ony nám mohou poskytnout mnoho cenných informací, které nás dostanou zase o krok dál k pochopení této problematiky.

**Klíčová slova:** závislost - alkohol – poruchy příjmu potravy – komorbidita – rizikové faktory – protektivní faktory – osobnostní charakteristiky

## **Abstract**

**Background:** Co-morbidity of eating disorders and alcohol use among women is a topical theme. Eating disorders can be seen as a disease of modern women and alcohol use as very frequent and tolerated by society. Co-morbidity of these disorders is not given enough attention.

**Aim:** The theoretical part defines basic terms of eating disorders, alcohol abuse and their co-morbidity. In the practical part my goal was to identify the risk and protective factors, personal characteristics that were common for women suffering with co-morbidity and to outline the subjective perception of respondents regarding this issue.

**Methods and sample:** Data were obtained by the method of a semistructured interview with five respondents – clients of the aftercare group for alcohol addicts. Two methods were used for the purpose of data analysis: qualitative type of an approach and a pattern (gestalt) recognition method.

**Results:** The thesis described risk factors on the individual, familial and social level. It also described personal characteristics of respondents that overlapped with the risk factors. They can therefore be taken as risk factors on the individual level. Protective factors are mainly positive influence of peers, hobbies and awareness of one's value. Respondents and their subjective view on this issue point out the importance of identification of the „primary“ problem or conflict, on which basis these disorder can originate.

Results brought some answers, but also raised some questions and mainly new impulses to explore. Identification of risk and protective factors and typical personal characteristics of these women could help not only in the therapy, but also in the preventive programmers. These women's subjective perception points out the need to listen to their ideas and feelings, because it is them who can provide us with a lot of valuable information, which can take us forward in understanding this problematic.

**Keywords:** addiction – alcohol – eating disorders – co-morbidity – risk factors – protective factors – personal characteristics

## Obsah

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1. Alkohol .....	11
1.1. Charakteristika alkoholu.....	11
1.2. Účinky alkoholu .....	11
1.3. Mechanismus účinku alkoholu .....	12
1.4. Vznik a vývoj závislosti na alkoholu.....	13
1.5. Poruchy vyvolané účinkem alkoholu F10.x .....	14
1.5.1. Škodlivé užívání alkoholu F10.1.....	14
1.5.2. Závislost na alkoholu .....	14
1.6. Rizikové a protektivní faktory.....	14
1.6.1. Rizikové faktory.....	15
1.6.2. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti .....	15
1.6.3. Protektivní faktory .....	19
2. Poruchy příjmu potravy .....	22
2.1. Vymezení základních pojmů .....	22
2.2. Poruchy příjmu potravy F50.....	22
2.2.1. Příznaky poruch příjmu potravy.....	24
2.2.2. Mentální anorexie.....	25
2.2.3. Mentální bulimie .....	29
2.2.4. Psychogenní přejídání .....	31
2.2.5. Noční přejídání.....	32
2.3. Rizikové a protektivní faktory.....	32
2.3.1. Rizikové faktory.....	32
2.3.2. Protektivní faktory .....	37
3. Komorbidita.....	39
3.1. Vymezení pojmu .....	39
3.2. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci .....	40

3.3.	Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání alkoholu .....	41
3.3.1.	Vzájemné ovlivňování poruch příjmu potravy a užívání alkoholu.....	42
3.3.2.	Vztah mezi jednotlivými poruchami příjmu potravy a užíváním alkoholu	42
3.3.3.	Osobnost žen s mentální bulimií a závislostí na alkoholu .....	43
PRAKTICKÁ ČÁST .....		45
4.	Metodika práce .....	45
4.1.	Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek.....	45
4.1.1.	Výzkumné otázky.....	45
4.2.	Realizace výběru výzkumného souboru .....	45
4.3.	Metody získávání dat.....	46
4.3.1.	Alcohol Dependence Scale .....	46
4.3.2.	Eating Attitude Test (EAT-26).....	46
4.3.3.	Polostrukturované interview .....	47
4.4.	Fixace dat.....	48
4.5.	Zpracování dat .....	48
4.6.	Analýza dat .....	48
4.7.	Etické aspekty práce .....	49
4.7.1.	Etická klausule .....	49
4.8.	Problematická místa ve výzkumu.....	49
5.	Popis výzkumného souboru .....	51
5.1.	Drogová kariéra .....	51
5.2.	Poruchy příjmu potravy .....	51
5.3.	Vztah užívání alkoholu a poruch příjmu potravy .....	51
5.4.	Další psychiatrické komorbidity.....	52
5.5.	Vzdělání respondentek .....	53
5.6.	Rodinná situace .....	53
5.7.	Ekonomická aktivita .....	53
5.8.	Současný stav .....	53
5.9.	Podpůrné faktory .....	54



6.	Výsledky výzkumu .....	57
6.1.	Výzkumná otázka č. 1 – rizikové faktory.....	57
6.1.1.	Identifikované rizikové faktory.....	58
6.2.	Výzkumná otázka č. 2 – protektivní faktory .....	69
6.2.1.	Identifikované protektivní faktory .....	70
6.3.	Výzkumná otázka č. 3 – osobnostní charakteristiky .....	73
6.3.1.	Identifikované osobnostní charakteristiky .....	73
6.4.	Výzkumná otázka č. 4 – subjektivní pohled respondentek na komorbiditu.....	77
6.4.1.	Subjektivní pohled respondentek na komorbiditu.....	77
6.5.	Shrnutí výsledků.....	79
6.5.1.	Rizikové faktory.....	79
6.5.2.	Protektivní faktory .....	80
6.5.3.	Osobnostní charakteristiky.....	81
6.5.4.	Subjektivní hodnocení respondentkami .....	82
7.	Diskuze .....	84
8.	Závěr .....	91
9.	Použitá literatura .....	93
10.	Přílohy.....	99
10.1.	Vyjádření etické komise VFN .....	99
10.2.	Dotazníky .....	100
10.2.1.	The Eating Attitude Test (EAT-26) .....	100
10.2.2.	Alcohol Dependence Scale (ADS).....	104
10.3.	Polostrukturované interview.....	108
10.4.	Informovaný souhlas .....	110
10.5.	Seznam obrázků.....	112
10.6.	Seznam tabulek.....	112

## Úvod

S konzumací alkoholu se můžeme setkávat jakožto s běžnou součástí sociálních interakcí a často je vnímána jako normální či přirozená. Přestože se v mnoha případech může změnit v problémové užívání či závislostní chování, společností je tolerována. Tento přístup k alkoholu můžeme pojmout jako globální problém, který zasahuje celou moderní civilizaci.

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní společnosti, stejně jako pití alkoholu, poměrně běžné, avšak zdaleka ne tolik tolerované. Přes všechny závažné projevy v rovině fyzické, psychické i sociální, bývají problémy s příjmem potravy stále ještě podceňovány, zjednodušovány nebo zcela nepochopeny (Švédová & Mičová, 2010).

Komorbidity psychických poruch je tak častá, že ji někteří autoři považují spíše za pravidlo, než za výjimku (Látalová & Praško, 2009). Může být faktorem, který výrazně komplikuje průběh léčby, obzvláště pak v případě, kdy zůstává neodhalená. Proto je práce s tímto jevem při stanovení léčebného plánu velmi důležitá pro výsledný efekt léčby.

Komorbidity poruch příjmu potravy s dalšími psychiatrickými poruchami (například právě se závislostí na alkoholu) se vyskytuje často, ve 25-60 % případů, a negativně ovlivňuje jak průběh, tak i prognózu (Papežová, 2010).

Tato práce volně navazuje na mou bakalářskou práci „Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen v Psychiatrické nemocnici Bohnice“ (Vycpálková, 2012), která poukazuje na častý výskyt této komorbidity. Rozhodla jsem se tématu věnovat kvalitativně a pokusit se poukázat na rizikové a protektivní faktory komorbidity těchto dvou poruch.

Obsahem mé diplomové práce je teoretická část, kde vymezuji základní pojmy pro pochopení praktické části a jejich souvislostí a kvalitativní výzkum, ve kterém jsem se soustředila na důležité faktory, které by mohly být pro život daných žen formující, a tak by mohly být vnímány jako rizikové či protektivní.

Cílem této práce je pomocí kvalitativní studie poukázat na možné rizikové a protektivní faktory, osobnostní charakteristiky společné pro ženy s touto komorbidity a také nastínit subjektivní vnímání této problematiky respondentkami. Tyto informace by dle mého názoru mohly napomoci při snaze pochopit a léčit tuto komorbidity.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Alkohol

### 1.1. Charakteristika alkoholu

Alkohol je v dnešní době běžnou součástí našich životů. Pití alkoholu má ve společnosti velmi dlouhou tradici a společnost je k jeho užívání velice tolerantní. Postoj společnosti se mění v momentě, kdy dochází k nadměrné konzumaci nebo závislosti. (Vágnerová, 2004)

Alkohol, chemicky etylalkohol či etanol, vzniká kvašením ze sacharidů, buď z monosacharidů obsažených v ovoci, nebo polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace lze docílit destilací. (Popov, 2003)

Neodborný termín „alkohol“ označuje látku, která je obsažena v alkoholických nápojích, ethylalkohol, ethanol. Termín „alkohol“ bývá v širším slova smyslu používán také jako odkaz na alkoholický nápoj (Kalina et al., 2001). V této práci budu využívat termínu alkohol jako označení pro nápoj s obsahem alkoholu.

Společně s nikotinem patří alkohol mezi legální drogy. Nejčastějším způsobem užití je per os, jsou možné také jiné způsoby aplikace alkoholu, avšak jsou jen málo obvyklé (Minařík, 2008).

Podle výroby jsou rozlišovány v zásadě tři druhy alkoholických nápojů – pivo, víno a lihoviny. Pivo je nápoj, který je vyráběn ze sladového extraktu s přísadou chmele, obsahuje 1,5 - 5 % alkoholu.

Víno vzniká kvašením moštu z révy vinné a obsahuje 7 – 18 % ethylalkoholu. Lihoviny jsou vyráběny procesem destilace kvasu, vína nebo studenou cestou z různých výtažků za přidání čistého lihu, obsahují 22,5 a více % alkoholu (Skála, 1988).

### 1.2. Účinky alkoholu

Účinky alkoholu na lidský organismus závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí a dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projevuje jako prostá opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Malé dávky alkoholu mají stimulační účinek, vyšší naopak tlumivý. V první fázi se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie.

Později nastupuje ztráta zábran a snižování sebekritičnosti. Následně se dostavuje únava, útlum a spánek (Minařík, 2008).

Podle hladiny alkoholu v krvi, která v zásadě koreluje s množstvím vypitého alkoholu, jsou popisována čtyři stádia intoxikace alkoholem (Popov, 2003).

Alkohol je do těla vstřebáván zažívacím traktem. Resorpce sliznicí v ústní dutině je nevýznamný, žaludeční sliznice vstřebává asi 20% z požitého alkoholu, zbylých 80% je vstřebáváno sliznicí dvanáctníků a tenkého střeva. Rychlost vstřebávání alkoholu závisí také na množství a charakteru jídla požitého před napitím. Zrychlená resorpce se dostavuje zejména při pití na lačno a při některých chorobných stavech (Pavlovský, 2012).

Nežádoucí účinky alkoholu můžeme rozdělovat podle délky jejich trvání.

Krátkodobé nežádoucí účinky se mohou manifestovat v podobě somatických příznaků, typu poruchy rovnováhy, svalovým napětím a zpomalením reakčního času. Změnami chování projevující se sníženou sebekritičností, která může vést k riskantnímu chování. U těžkých intoxikací může docházet také ke kvantitativní poruše vědomí až smrti. Málo častou, přesto se vyskytující, komplikací je patická opilost neboli patická embrieta. Nastává po požití malého množství alkoholu, které by v běžném případě nezpůsobilo intoxikaci. Dostavuje se porucha vědomí s bludy a halucinacemi, porucha chování, kdy může být jedinec agresivní vůči sobě i svému okolí. Po několika minutách či hodinách končí tento stav spánkem a po probuzení na něj bývá obvykle amnézie.

Dlouhodobé nežádoucí účinky se mohou vyskytovat například v podobě poškození gastrointestinálního traktu od poruch trávení až po nádorové bujení. Dále se vyskytuje poškození oběhového systému, poruchy krve tvorby, poškození nervového systému, organické poškození mozku či poruchy spánku, depresivní a úzkostné stavy. Dochází také k poškození endokrinního systému, narušuje se sekrece glukokortikoidů a testosteronu, což může vést u mužů až k potenci. U žen vzniká při užívání alkoholu v průběhu těhotenství riziko vážného poškození plodu, fetálního alkoholového syndromu (FAS) (Minařík, 2008).

### **1.3. Mechanismus účinku alkoholu**

Psychotropní účinek alkoholu je založen na ovlivnění dopaminergního, noradrenergního a GABAergního neurotransmiterového systému (Minařík, 2008).

„Neurobiologický substrát vlivu alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů (zejména dopaminu a noradrenalinu) v CNS. Při alkoholismu dochází k útlumu dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Dochází rovněž k potlačení inhibičního účinku kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak zvýrazněna je aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NDMA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému“ (Popov, 2003, s. 151).

#### **1.4. Vznik a vývoj závislosti na alkoholu**

Popov (2003) uvádí, že vznik závislosti na alkoholu dobře popisuje dispozičně-expoziční model. Ten ve stručnosti uvádí, že čím je přítomno větší množství dispozic (genetické, osobnostní a další), tím je nezbytný menší expozice (dostupnost alkoholu, frekvence konzumace) jedince k tomu, aby vznikla závislost. Stejným způsobem model funguje i obráceně.

Různé okolnosti mají vliv na samotný vznik závislosti, stejně jako i rychlost jejího vzniku je ovlivňována různými faktory. Podle Pecinovské (1996) záleží zejména na vrozených dispozicích jedince, věku, kdy začne určitou návykovou látku užívat a také na způsobu jejího užití. Například u člověka, u kterého se vyskytuje více vrozených dispozic a začne užívat alkohol v nízkém věku s cílem užívat jej jako drogu, se závislost rozvíjí velmi rychle. U takového jedince se závislost projeví obvykle do 35 let. Naopak v případě, že u jedince tyto dispozice chybí a taktéž začne s užíváním alkoholu, závislost se projeví většinou až v pozdějším věku.

To, jak dochází k přeměně „běžného“ pití v závislost popisují stádia závislosti dle Jellineka, které se zabývají změnami v chování. V dnešní době se však tradiční Jellinekovo rozdělení závislosti již nevyužívá (Kalina et al., 2001).

## **1.5. Poruchy vyvolané účinkem alkoholu F10.x**

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu můžeme v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nalézt v oddílu F10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozdělit do dvou základních skupin:

1. Poruchy, které jsou způsobeny přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, ať již bezprostředně, tedy intoxikací alkoholem, nebo jako následek chronického abusu alkoholu v podobě odvykacího stavu, psychotické poruchy či amnestického syndromu.
2. Poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím s abusem alkoholu, například jako narušená kontrola užívání, a které mohou vyústit v závislost provázenou ztrátou kontroly užívání alkoholu a syndromem závislosti na alkoholu (Popov, 2003).

### **1.5.1. Škodlivé užívání alkoholu F10.1**

Škodlivé užívání je takový způsob užívání, který poškozuje zdraví. Poškození mohou být somatická nebo duševní (MKN 10, 2000).

### **1.5.2. Závislost na alkoholu**

Syndrom závislosti obecně je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Charakteristickým pocitem provázející syndrom závislosti je často silná a nepřekonatelná touha užívat danou látku (MKN 10, 2000).

## **1.6. Rizikové a protektivní faktory**

Pro výzkumné potřeby této práce jsou za rizikové faktory považovány takové faktory, které s největší pravděpodobností přispěly ke vzniku nebo rozvoji závislosti na alkoholu.

Za protektivní faktory jsou potom považovány takové, které na rozvoj závislosti na alkoholu působí určitým preventivním či ochraňujícím způsobem.

### 1.6.1. Rizikové faktory

Příčiny vzniku závislosti na alkoholu a jiných drogách jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro rozvoj závislosti. U někoho se tak může závislost rozvinout na základě intenzivního pití pro psychologické problémy, jinde mohou převažovat genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a s tím svázané rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek. Obvykle jde o kombinaci řady faktorů (Kudrle, 2003).

„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, str. 91).

Jellinek zmiňoval neznámý fyziologický faktor X, která bude jednoho dne objeven a vysvětlí podstatu závislosti. Dnes se ale spíše zdá, že faktorů může být více, neboť téměř každý orgán v lidském těle je postižen užíváním alkoholu nebo drog a při jejich odbourávání vstupuje do tělesných činností a interakcí (Kudrle, 2003).

### 1.6.2. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Pro lepší pochopení protektivní a rizikových faktorů, které se v této práci snažím pojmenovat, v této části představím bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti.

#### Biologická úroveň

Již od 60. let kdy se diagnóza alkoholismu objevuje v mezinárodních klasifikacích, existuje snaha o nalezení biologických příčin a souvislostí, které by pomohly co nejpřesvědčivěji vysvětlit a uchopit etiopatogenezi závislosti (Kudrle, 2003)

V souvislosti s touto úrovní je třeba zmínit neurobiologický model závislosti, který jak uvádí Dvořáček (2005), je dominujícím medicínským modelem závislosti na alkoholu. Tento systém je založen na systému odměny (reward system), který vychází z neurobiologické dopaminové hypotézy (Váchová et al., 2009). Principem tohoto systému je mechanismus pozitivního posilování, kdy odměna, kterou člověk dostane, musí vybudit takovou reakci, aby činnost, která k této odměně vedla, opakoval (Fišerová, 2003). Návyková látka je pak v tomto případě formou umělé odměny, která na rozdíl od odměny přirozené je mnohdy snáze a rychleji získatelná, což mozek ze své přirozenosti preferuje.

Postupem času přestávají mít přirozené odměny hodnotu a cíl je směřován k umělé odměně (Dvořáček, 2005).

V reakci na to v mozku nastávají změny. V případě, kdy je odměnou návyková látka a dochází k jejímu opětovnému podávání, vede tato situace k porušení rovnováhy v mozku, který na tuto skutečnost reaguje ve snaze stav stabilizovat a dochází tak k rozvíjení adaptačních mechanismů, které mají vést k znovunastolení homeostázy. Postupem času se mozek přizpůsobuje opakovanému přísunu drogy a vytváří novou patologickou homeostázu. K udržení této nově vzniklé patologické homeostázy musí být nová látka průběžně dodávána do organismu. V případě, že tomu tak není, nová rovnováha se opět poruší a vzniká odvykací stav, který vede závislého člověka k opětovné aplikaci drogy. Vzniklý bludný kruh se tak uzavírá (Fišerová, 2003).

Mezi biologické faktory se řadí některé problematické okolnosti v průběhu těhotenství matky dítěte, například v případech, kdy matka byla alkoholička a plod se tak setkával s účinky alkoholu již před narozením. V těchto případech je popisován fetální alkoholový syndrom.

Dále okolnosti porodu ovlivňují neurobiologii jedince stejně jako jeho celý psychomotorický vývoj v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a další.

Výzkumy centrální nervové identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony, které mají jistý vztah k závislosti. Věda hledá souvislosti mezi změnami jejich hladin a neurotransmise a jejich hladinami a změnami afektivních a kognitivních funkcí.

U lidí závislých na alkoholu jsou pravděpodobně od počátků určité odlišnosti, které navazují na vrozené predispozice. Nacházíme odlišnou hormonální sekreci adrenálních žláz, schopnost jater ukládat cukr a následně ho plynule využívat, je snižena, což má za následek výrazné změny hodnot krevního cukru. Pozměněná je také jaterní enzymatická aktivita či ADH. Ještě důležitější se však zdají být interakce alkoholu v mozku s vrozenými psychoaktivními substancemi, kterými je dopamin a serotonin a ovlivnění center slasti v limbickém systému.

#### Psychologická úroveň

Psychogenní faktory je možné vystopovat již v období nitroděložního vývoje a porodu. Nejedná se o biologické faktory perinatálních poškození, ale spíše o souvislosti



psychických zážitků, tedy prožitku toho, co eventuálně mohlo způsobit nějaké biologické poškození (Kudrle, 2003).

S těmito výsledky korespondují moderní výzkumy vědomí, které využívají změněných stavů vědomí, kde respondent znovuprožívá sekvence zážitků, které souvisejí s těmito perinatálními traumaty a snaží se tak dokončit psychologickou práci na jejich přijetí a integraci (Grof, 2000).

Například v případě, že žena prožívá těhotenství jako stresovou událost, informace o tomto stresu a psychické nepohodě se přenáší také na plod. Jestliže matka pro nastolení psychické rovnováhy začne užívat tlumivé látky, které mají za úkol potlačit stres, také tato informace se přenesou na plod a vytváří jakýsi imprint o efektu tlumivých látek a jejich působení na stres. Tento imprint bude čekat na své oživení v postnatálním období. Po užití stejně působící látky zažije potomek sice nový, přesto již dávno poznáný efekt. Tato zpětná vazba může velmi rychle posilovat vznik návyku.

Dalšími významnými faktory jsou péče o harmonický vývoj dítěte, přiměřené uspokojování jeho potřeb, podpora v době dospívání, obzvláště v krizi hledání identity a přirozeně také odpovídající a včasná pomoc v případě objevování se nejrůznějších duševních poruch a chorob.

Z psychologických faktorů je také celá řada těch, které vznikají v důsledku abusu a posilují tím další abusus, což může vést jedince až k závislosti.

### Sociální úroveň

Sociální úroveň se zaměřuje na kontext, ve kterém se vše odehrává. Zaměřuje se na vztahy s okolím, které mají vliv na zrání jedince. Vliv mohou mít i nejobecnější okolnosti, jako je například rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociálního zajištění a prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a žije, stejně jako specifitější a méně obecné faktory. Mezi tyto konkrétněji působící faktory patří například úroveň a kvalita jednotlivých rodinných vztahů, případně absence rodiny či některých rodinných příslušníků. V období dospívání má velký vliv proces sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se všemi svými pravidly, mýty a morálkou.

Stále více se v této souvislosti zmiňují rozpadající se rodiny, nedostatek času dospělých na své děti, nedostatek rituálů, které mají pozitivní vliv na zrání mladého člověka. Tyto vzory pak mladiství hledají mimo svou rodinu. Hledají pocit sounáležitosti, přijetí a směřování k nezávislosti.

Hajný (2003) uvádí, že v současné době neexistuje určitý specifický model rodiny závislého. Faktory, které se v těchto rodinách vyskytují, se vyznačují velkou pestrostí. Je tedy možné pouze vytyčit určité charakteristiky, které se v rodinách opakují. Patří mezi ně například přehnané nebo naopak chybějící reakce na chování jejich dětí, kodependence, do jisté míry narušené vztahy s jedincem a další.

Děti či mladiství mohou být také konfrontováni přímo s užíváním, žít v těsné blízkosti užívajících osob. Na základě toho mohou vnímat brání drog či pití jako normální. Jedinec žijící v tomto prostředí může být vystaven zneužití jak na fyzické, tak také emoční úrovni. Ve snaze o adaptaci na tuto situaci vzniklé spožití vykazuje patologii, vznikají vazby, které se nazývají kodependence. Nežádá kdy se kodependent dostává sám k abusu, ať už jde o snahu adaptace nebo možnost jak dočasně mírnit své utrpení (Kudrle, 2003).

Nezastupitelnou roli hraje také kolektiv vrstevníků. V této oblasti je nezbytná podpora pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vztahů, zájmových činností a také vyrovnávání se s autoritami (Kudrle, 2003). Chování jedince, tedy i užívání návykových látek, se potom odvíjí od norem a životního stylu skupiny, ve které se nachází (Bém & Kalina, 2003).

#### Spirituální úroveň

Spiritualitu můžeme popisovat jako vztah k tomu, co nás přesahuje, k čemu se vztahují jakožto k nejvyšší autoritě či ideji. Jde o přímý prožitek toho, co dává smysl každodennímu úsilí a životu vůbec. Velkým tématem se stává práce na vzdání se svého závislého Já, pocitů ublíženosti či hostilis. Přestože je člověk stabilizován ve své abstinenci, setkává se s nepříjemnými pocity, kterými jsou deprese, existenciální prázdno, ztráta smyslů bytí. Proto je nezbytné mít na paměti spirituální složku a do léčebných programů zařazovat přístupy, které se zabývají touto oblastí.

Tyto přístupy často souvisejí s objevováním významu jiných úrovní vědomí, než je konvenční vědomí orientované na hmotnou realitu. V posledních letech pozorujeme zvýšení potřeby spirituálního naplnění, může být vyvolána nereflektováním těchto potřeb ve způsobu žití, který je výrazně orientován na konzumní uspokojení s absencí duchovních hodnot.

Určité procento lidí dnes závislých na drogách hledalo v drogách původně právě naplnění této potřeby, namísto hledané vnitřní svobody však experimentátor nachází fatální vazbu na drogu a stává se závislým (Kudrle, 2003).

### 1.6.3. Protektivní faktory

Kalina (2001) definuje pojem protektivní faktor, jako činitel, který snižuje možnost výskytu nežádoucích situací. Používá se k označení takových vlastností jedinců nebo prostředí, ve kterém se vyskytují, které snižují pravděpodobnost výskytu experimentování s nelegálními drogami nebo jejich užívání. Můžeme identifikovat některé protektivní faktory, kterými jsou například ženské pohlaví, vysoký socioekonomický status, akademické vzdělání, zaměstnanost, praktikující náboženská víra či nekuřáctví.

Existují také snahy tyto faktory třídit a kategorizovat. Pohledů je mnoho, kategorie však opakují stále ty samé konkrétní faktory.

Například Kabíček a Hamanová (in Čablová & Miovský, 2013) vytvořili klasifikaci protektivních, které rozdělili do tří skupin.

- Individuální protektivní faktory zahrnují vysokou inteligenci, zapojení se do pozitivní skupiny vrstevníků, oceňování vzdělání a schopnost sebekontroly.
- Protektivní faktory v rodině mohou být všeobecně dobré vztahy, dobré vztahy mezi rodiči a dětmi, podpora dospívající nebo absence rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevnické skupiny.
- Společenské protektivní faktory zastřešují kvalitní školu, zaměstnání, vzory ve společnosti a přísné zákony na drogách.

Nešpor a kolektiv (1996) rozdělují protektivní faktory do pěti úrovní.

- Na úrovni jedince řadí mezi ochranné faktory vysokou míru duševního zdraví, dobrou tělesnou kondici, pozdní nebo žádné setkání s drogou, schopnost vytvářet citové vazby, sebevědomí, zvládání obtížných situací, schopnost řešení problémů, schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, vnitřní přijetí hodnot, veselost, vytrvalost, pilnost, přizpůsobivost, odolnost vůči neúspěchu. Jedinec odolný proti vzniku závislosti si umí navozovat příjemné stavy zdravými způsoby. Vyznačuje se

dále dobrou integrací v rodině, ve škole a ve společnosti. Zná a využívá kvalitní způsoby trávení volného času.

- Na úrovni rodiny řadíme mezi protektivní faktory jasná rodinná pravidla, přiměřenou péči, dostatek času na dítě, pevné citové vazby, pozitivní hodnoty, spolupráci mezi členy rodiny, vřelý a středně omezující styl výchovy. V takové rodině navíc převládá zdravý způsob života a odmítání návykových látek. Neméně podstatná je dobrá znalost způsobů, jak v rodině zvládat stres, je zajištěna ochrana členů v rodině, bezpečí a přiměřené uspokojování jejich potřeb. Rodiče vytváření v rodině prostor pro kvalitní zájmy a záliby. Dobře fungující vztahy napříč generacemi a celkově dobré fungování rodiny.
- Na úrovni školy mezi protektivní faktory patří jasně stanovená pravidla k návykovým látkám, které je mimo jiné zanesen ve školním řádu. Probíhající prevence, při které spolupracují rodiče, v jejím rámci se prosazují rozumná a přiměřená pravidla. Škola má vypracovaný Minimální preventivní program, který dodržuje. Dobrý návaznost školních aktivit na kvalitní způsoby trávení volného času a mimoškolních aktivit.
- Na úrovni vrstevníků je mezi ochranné faktory řazen odmítání rizikového chování a nesouhlas s ním, respekt vůči jednotlivým členům dané vrstevnické skupiny, vazba na vrstevnickou skupinu dobrým programem.
- Na úrovni společnosti mezi protektivní faktory patří přiměřené materiální podmínky, sociální stabilita, dostatek dobrých možností, jak trávit volný čas, dobrá zdravotní i sociální péče, dostatek příležitostí k adekvátnímu uplatnění při studiu nebo v zaměstnání, jasně stanovené normy a hodnoty ve vztahu k projevům rizikového chování, aktivní zapojení jak obyvatel, tak organizací do prevence.

Níže uvedená tabulka (tabulka č. 1) popisuje, jak rizikové a protektivní faktory ovlivňují jedince v pěti oblastech podle National Institute on Drug Abuse.

Tabulka č. 1. Rizikové a protektivní faktory

<b>Rizikové faktory</b>	<b>Oblasti</b>	<b>Protektivní faktory</b>
Časné rizikové chování	Individuální	Sebeovládání
Nedostatek rodičovského dohledu	Rodina	Dohled rodičů
Zneužívání návykových látek	Vrstevníci	Akademická kompetence
Dostupnost drog	Škola	Využívání protidrogových zásad
Chudoba	Společnost	Silné sousedské vztahy

Protektivní faktory nejsou vždy prostým opakem rizikových faktorů a jejich vliv se mění také během vývoje osobnosti. Mezi nejvýznamnější protektivní faktory jsou však řazeny konkrétně například tyto:

- silné rodinné vazby,
- dohled rodičů,
- zapojení rodičů,
- dobrý školní prospěch,
- prosociální instituce (např. rodina, škola, náboženské organizace),
- konvenční normy o užívání drog (NIDA, online).

Slehan a kolektiv (2010) uvádí, že nejsou významné rozdíly v protektivních faktorech mezi ženským a mužským pohlavím, ale existují výrazné rozdíly v rizikových faktorech, kde výsledky studie ukázaly, že chlapci mají větší šanci začít užívat návykové látky, nebo se zapojit do asociálního chování.

## **2. Poruchy příjmu potravy**

### **2.1. Vymezení základních pojmů**

Na začátku této kapitoly je důležité vysvětlit základní pojmy týkající se poruch příjmu potravy, kterým se budu v této práci věnovat.

Onemocnění postihuje také mužskou část populace a to v poměru 1:10 až 1:9 (Papežová, 2008), proto budu v této práci psát převážně v ženském rodě.

### **2.2. Poruchy příjmu potravy F50**

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 stejně jako Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace DSM-V pod poruchy příjmu potravy spadají dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Vzhledem k tomu, že existuje velké množství pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplnují některá z diagnostických kritérií, obě diagnostické příručky berou v potaz také výskyt atypických, subklinických, parciálních nebo jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy.

Diagnostická kritéria neopomínají ani specifika, která provázejí dětské pacienty. Těm je věnována samostatná kapitola „Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci“ (Krch et al., 2005).

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastěji se vyskytující a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu také nejzávažnější onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Kromě mentální anorexie a mentální bulimie a jejich atypických forem bývá k poruchám příjmu potravy někdy řazeno i psychogenní a noční přejídání a s nimi spojená obezita (Krch, 2007).

Poruchy příjmu potravy postihují zejména mladé a dospívající ženy, což je často připisován velkým psychickým a také fyzickým změnám, které se v tomto období odehrávají. Ani to však nelze být považováno za pravidlo, neboť se stále častěji s poruchami příjmu potravy setkáváme také u žen středního věku a u dětí (Benešová &

Mičanová, 2003). Jedná se tedy o onemocnění, která mohou propuknout téměř v každém vývojovém období (Kocourková & Koutek, 2007).

Poruchy příjmu potravy nejsou pouze závažným zdravotním problémem, ale dopadají také na oblast sociální a ekonomickou a ve své podstatě odráží hodnoty dnešní společnosti. Důležitým prvkem při řešení tohoto problému je prevence zaměřená na jídelní postoje dětí a dospívajících či na regulaci tlaku masových médií. Preventivní opatření, která postihují všechny členy společnosti, jsou mnohem užitečnější a výhodnější, než pouhé odstraňování následků těchto chorob (Novák, 2010).

Pro poruchy příjmu potravy jsou charakteristické poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu, stejně jako ke svému vzhledu. Můžeme mluvit o nepřetržitém zabývání se jídlom na úkor sociálních aktivit a neustálé kontrolování výživy. Onemocnění se často vyskytuje zejména u dospívajících dívek a na jeho rozvoji se spolupodílejí mechanismy biologické, psychologické a také sociokulturní (Babiaková & Marková, 2006).

Projevují se patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotností, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a chování v oblasti stravy (alimentačnímu chování) (Vágnerová, 2004).

Jelikož jsou poruchy příjmu potravy typické právě pro období dospívání, zasahují do utváření osobnosti daného jedince a nezanedbatelně tak ovlivňují jeho sociální i pracovní dovednosti (Krch, 2010).

Přes zdánlivou podobnost dvou základních poruch příjmu potravy, mezi něž se řadí mentální anorexie a mentální bulimie, můžeme vidět patrné rozdíly ve stravovacích návycích, jak uvádí tabulka č. 2 (Krch, 2008, s. 23).

Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jak vlastnímu tělu, tak tělesné hmotnosti. Nemocní se stále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. (Krch, 2008) Usilovně se snaží o dosažení štíhlosti, které můžeme spojovat s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje (Krch, 2010).

Mentální bulimie obvykle začíná později a často se vyvíjí právě z mentální anorexie (Papežová, 2010).

Tabulka č. 2: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

<b>Srovnání anorexie a bulimie</b>		
	<b>Mentální anorexie</b>	<b>Mentální bulimie</b>
<b>Pokles hmotnosti</b>	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
<b>Amenorea</b>	60-100%, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30%
<b>Navozené zvracení</b>	15-30%	75-90%
<b>Sebekontrola</b>	Vystupňovaná	Oslabená
<b>Jídelní chování</b>	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlé jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
<b>Počátek obtíží</b>	13-20 rok, výjimečně později	14-30 rok, výjimečně dříve
<b>Pohlaví nemocných</b>	(10-15):1	20:1
<b>Výskyt v rizikové populaci (ženy 15-30)</b>	0,5-0,8%	2,5-6%
<b>Deprese</b>	10-60%	20-90%
<b>Užívání alkoholu</b>	Výjimečně	Často
<b>Významné zlepšení</b>	20-75%	60-85%
<b>Náhled chorobnost</b>	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Výrazný v případě přejídání, nízký v případě diet
<b>Motivace k léčbě</b>	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

### 2.2.1. Příznaky poruch příjmu potravy

Při vzniku poruch příjmu potravy můžeme pozorovat změny v chování, které nám mohou napovědět, že se něco děje.

Dochází ke změnám v jídelníčku, obvykle jsou nejprve vynechávány pokrmy, které jsou považovány za energeticky vydatné, postupně v jídelníčku zbývají už jen „light“ potraviny (Marádová, 2007).



### 2.2.2. Mentální anorexie

Základním projevem mentální anorexie (MA) je patologický strach ze ztloustnutí, který je spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, respektive s odmítáním jídla. Lidé trpící mentální anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když tuto skutečnost někdy mohou popírat. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu, které mentální anorexií provázejí, je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných můžeme pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí (Krch, 2010).

Termín „anorexie“ může být v některých případech zavádějící, neboť oslabení chuti k jídlu či nechutenství je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který nemusí být přítomen u všech nemocných (Krch et al., 2005).

Dle Krcha (2010) je pro ženy a dívky trpící mentální anorexií typické zvláště cílené a aktivní snižování váhy, kterého docilují snížením energetického příjmu, zvýšením energetického výdeje anebo kombinací obojího.

Pro nemocné se nárůst váhy stává děsivou představou, obvykle však neztrácejí chuť k jídlu. Jejich snaha snížit svou tělesnou hmotnost se liší od lidí držících hladovku, kteří začnou jíst, když dosáhnou stanoveného cíle. Pro nemocné trpící mentální anorexií se však odmítání potravy a ztráta váhy stává životní cestou (Papežová, 2000).

#### 2.2.2.1. Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)

- A. Tělesná hmotnost je dlouhodobě udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena, nebo nikdy nebyla dosažena), nebo je BMI 17,5 a nižší. U prepubertálních pacientů není během růstu splněn očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocná sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se domnívá, že se přibírá, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá anorektika, laxativa a diuretika.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jakožto neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince k tomu, že si stanovuje velmi nízký hmotnostní práh.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha způsobována odmítáním potravy se projevuje u žen jako amenorea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je přetrvávání

děložní krvácení u žen a dívek trpících anorexií, které užívají náhradní hormonální léčbu například ve formě antikoncepčních tablet.

E. V případě, že je počátek onemocnění již před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché nastupuje opožděně (Krch, 2007).

DSM-V pokračuje ještě dále a u mentální anorexie rozlišuje restriktivní a purgativní typ. Purgativní neboli bulimický typ mentální anorexie je provázen epizodami přejídání nebo zvracení, užíváním laxativ či diuretik (American Psychiatric Association, 2013).

Jako klíčové znaky pro vymezení anorexie můžeme označovat tyto:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
- strach z tloušťky, který přetrvává i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost,
- amenorea u žen (Marádová, 2007).

Při stanovování diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost jakékoliv somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se může vyskytovat také u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy, depresivních poruch a dalších onemocnění. S anorektickými rysy se pak můžeme setkat také u toxikomanů (Krch, 2007).

Můžeme se také setkat s pacientkami, které vykazují téměř typický klinický obraz, přestože u nich chybí jeden nebo více ze základních příznaků poruchy. Mezinárodní klasifikace nemocí pro tyto případy nabízí diagnózu atypické mentální anorexie (F 50.1) (Krch et al., 2005).

#### 2.2.2.2. Body Mass Index

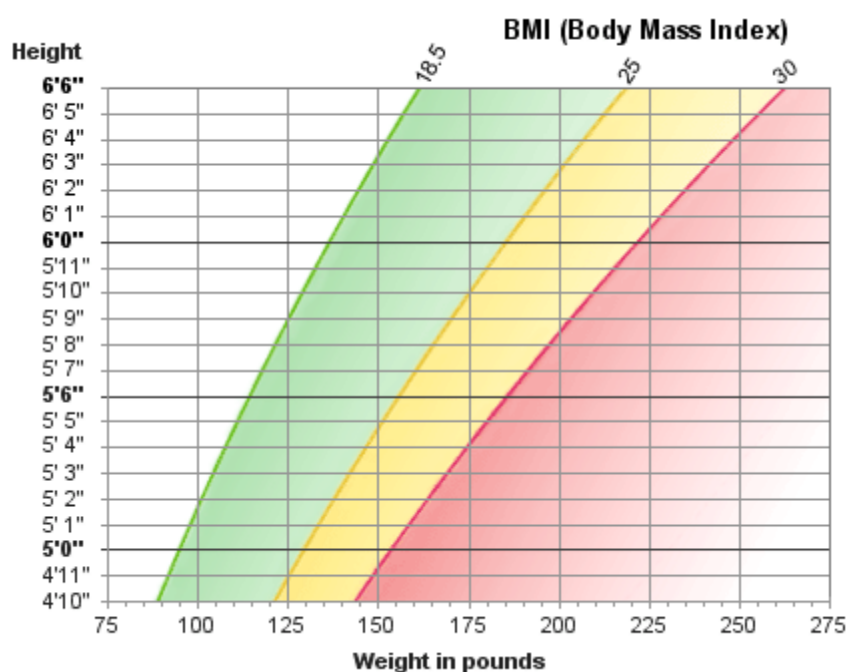
Index tělesné hmotnosti neboli Body Mass Index může u mentální anorexie sloužit jako jedno z diagnostických kritérií. Podle hodnoty BMI můžeme v tabulce hodnot (obrázek č. 1) jednoduše určit, zdali se pacientka nachází v pásmu normální váhy nebo již podvýživy anebo jiných kategoriích (Grofová, 2007).

Hodnota BMI lze vypočítat dle jednoduchého vzorce:

$$BMI (kg/m^2) = \frac{hmotnost (kg)}{(výška (m))^2}$$

Normální hodnoty BMI se pohybují v rozmezí od 19 do 25. U hodnot, které jsou vyšší, než 30 hovoříme o obezitě. Hranice podváhy je stanovena na 18,5 a pro diagnostiku mentální anorexie je důležitá hodnota 17,5. BMI u žen a dívek trpících mentální anorexií je však často ještě nižší (Krch, 2008).

Obrázek č. 1: Tabulka hodnot BMI



(Zdroj: <http://www.precisionnutrition.com/>)

Tělesná hmotnost vzrůstá také s věkem, a tak u dětí mladších 15 let je spíše než BMI důležitým ukazatelem očekávaný hmotnostní přírůstek. Děti před pubertou mohou mít nižší hmotnost, než je BMI 17,5, ale ve skutečnosti nemusí být anorektické (Krch, 2002).

Přestože je Body Mass Index často využívaný, má své nevýhody. Nezohledňuje důležité faktory, jako poměr tukové hmoty na základě věku, stavbu těla, úroveň fyzické aktivity a pohlaví (WHO, online).

### 2.2.2.3. Typy mentální anorexie

Mentální anorexie má dvě formy:

- Restriktivní mentální bulimie je typická významným omezením příjmu potravy, v extrémní podobě jde o těžké hladovění, někdy provázené též omezováním příjmu tekutin. Součástí symptomatologie bývá také přemrštěné cvičení, které může mít podobu rituálu.
- Bulimický subtyp (smíšený typ mentální anorexie) se projevuje omezováním jídla občas doplněným určitým příjmem potravy, po které však následuje kompenzace zvracením, použitím laxativ či diuretik, popřípadě nadměrným cvičením (Stárková, 2005).

Rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií může být často nezřetelný, jednotlivé formy onemocnění mohou často přecházet jedna v druhou. Také u anorexie se můžeme setkat s udržováním podváhy zvracením (Papežová, 2003).

### 2.2.2.4. Osobnost nemocných trpících mentální anorexií

Osobnost dívek s mentální anorexií má řadu typických znaků. Často je ovšem těžké odlišit, které osobnostní rysy jsou primární a které se rozvinuly až v důsledku mentální anorexie. Tato forma deprivace zřejmě ovlivňuje prožívání i způsob uvažování. U žen a dívek trpících mentální anorexií můžeme pozorovat tyto znaky:

- Odlišnost emočního prožívání, které se projevuje zejména vyšší senzitivitou, hlubším citovým prožíváním, ale mnohdy také převahou negativních emocí (jako např. úzkost). Zvýšená sebekontrola se projevuje nejen ve vztahu k jídlu, ale také ve vztahu k emocím, které mají tendenci potlačovat. Nedokážou adekvátně projevit zlost, ale ani prožít skutečnou radost. Často se přiklánějí k racionalizaci. Častěji vykazují dysforickou náladu, trpí zvýšenou úzkostí a dráždivostí.
- Specifický způsob uvažování se projevuje zejména ve vztahu k vlastnímu tělu, jehož hodnocení neodpovídá realitě. Typicky se vyskytuje extrémní, černobílý styl myšlení a nechuť ke kompromisům. Často mívají normální inteligenci a ve škole bývají úspěšné, úspěch ale může být dán jejich nadprůměrnými schopnostmi, ale je

výsledkem svědomitosti a důkladné přípravy. Jejich motivací je vyhnout se neúspěchu.

- Odlišnost motivace a regulačních kompetencí se projevuje zejména vysokými aspiracemi danými zejména rodinou. Často můžeme pozorovat větší důraz na výkon, vyžadují neustále sebepotvrzování úspěchem, jsou závislé na pozitivním hodnocení. Bývají velmi aktivní, sportovně založené, což může být dalším projevem potřeby ovládat své tělo. Mívají často silné volní vlastnosti, jsou odpovědné, svědomité až perfekcionistické. Mnohdy můžeme hovořit až o obsedantních rysech osobnosti (Kocourková, 1997).
- Vztah k sobě a sebepojetí bývá kritický. Bez ohledu na své úspěchy mají celkově nižší sebevědomí, bývají nejisté a příliš sebekritické. Přiklání se k defenzivním, únikovým obranám a problémům se snaží předem vyhnout. Nedostatek pocitu jistoty se projevuje zvýšenou potřebou sebekontroly a sebeovládání.
- Vztahy k jiným lidem bývají komplikované často introvertností anorektických dívek a žen. Ve vztahu k lidem bývají často nejisté, rezervované, uzavřené a nedůvěřivé. V dětství nemívají příliš kamarádek, jejich negativní hodnocení a nízká sebeúcta nejsou dobrým předpokladem k udržení symetrického přátelského vztahu (Papežová, 2010).

### 2.2.3. Mentální bulimie

Základní charakteristikou mentální bulimie (MB) je strach z tloušťky, který je spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, která se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání (Vágnerová, 2004). Pocit přejedení je ale velmi relativní, přes dramatický prožitek ztráty kontroly nad konzumací jídla a přejedení je ze záznamu pacientů někdy zjevné, že zkonsumovali jen o něco více, než chtěli, nebo než byli obvykle zvyklí jíst. Subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem je proto daleko významnějším znakem přejedení, než zkonsumované množství jídla. Přehnaná kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje i střídající se období hladovění nebo také extrémního cvičení (Krch, 2007).

Mentální bulimii provází nutkavá, vůlí neovladatelná touha po jídle, eventuálně až závislost na jídle. Opakované záchvaty přejídání jsou neovladatelné a tak je potrava konzumována i bez pocitu hladu, pouze na základě nutkání k jídlu. Obvykle jde o snadno stravitelné, vysokokalorické potraviny (Vágnerová, 2004).

Množství jídla zkonsumované během záchvatu přejedení se značně liší. Obvykle se pohybuje v rozmezí 1000-3000 kilokalorií, některé bulimičky však dokážou sníst až 20 000 kcal a konzumují při tom bez výběru jakékoli potraviny včetně základních surovin jako například máslo či mouka (Krch, 2008).

#### 2.2.3.1. Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát za týden po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neovladatelná touha po jídle.
- C. Snaha potlačit kalorický (výkrmný) účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, střídavá období hladovění, užívání anorektik, thyreoidních preparátů nebo diuretik. Diabetici se mohou pokoušet vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z přibírání na váze. Často (ne však vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Vágnerová, 2004).

DSM-V navíc specifikuje záchvatovité přejídání. Epizody záchvatovitého přejídání by měly splňovat obě z následujících kritérií:

1. Konzumace takového množství jídla, které je rozhodně větší, než by většina lidí byla schopna zkonsumovat během stejného časového období a za stejných okolností,
2. doprovodný pocit nedostatku kontroly nad jídlem během této epizody (např. že není možné přestat či kontrolovat, co je konzumováno ani konzumované množství) (American Psychiatric Association, 2013).

S častějším výskytem poruch příjmu potravy přibývají také atypičtí klienti, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria, přesto i tyto netypické případy mohou mít stejně tak závažné psychické i zdravotní obtíže. V některých případech může později dojít k plnému rozvinutí všech příznaků (Krch, 2008).

Mezinárodní klasifikace nemocí nabízí možnost diagnózy atypické mentální bulimie (F50.3). Slouží pro pacienty, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale přesto vykazují téměř typický klinický obraz (Krch et al., 2005).

U bulimie se na rozdíl od anorexie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. V případě že ano, můžeme hovořit o purgativním typu mentální anorexie (Marádová, 2007).

#### 2.2.3.2. Typy mentální bulimie

Mentální bulimie má dva typy:

- Purgativní typ charakteristický pravidelným zvracením, zneužíváním laxativ nebo diuretik.
- Nepurgativní typ, který je specifický přísnými dietami, hladovkami nebo intenzivním fyzickým cvičením, neobjevují se ale pravidelné purgativní metody. (Krch et al., 2005).

#### 2.2.4. Psychogenní přejídání

Psychogennímu přejídání se začala věnovat pozornost v posledních letech, často se podílí na narůstajícím problému obezity v populaci. Pacient se neustále zabývá jídlem, typicky se vyskytuje také bažení po jídle, které je srovnatelné s touhou po drogách a přejídání „binge eating“, které se vyskytuje také u bulimických pacientů. Tyto záchvaty přejídání jsou provázeny trýznivým pocitem ztráty kontroly, který se dostavuje po přejedení (Papežová, 2010).

Přejídání není spojeno s kompenzačním chováním, tzn. zvracením, užíváním projímadel či diuretik. Hmotnost člověka se tak přirozeně zvyšuje (Vodáčková, 2007).

Diagnostická kritéria psychogenního přejídání podle MKN 10

A. Nepřetržitě zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.

B. Nevyskytuje se purgativní symptomatika uvedená u mentální bulimie

C. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha o dosažení nereálné váhy (často nižší než optimální). Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním nastalých stresových situací (Papežová, 2010).

#### 2.2.5. Noční přejídání

Noční přejídání bylo Stunkardem popsáno v roce 1955 u pacientů, kteří trpěli obezitou. V roce 1990 se noční pití a přejídání přesunulo jako zcela samostatný problém do klasifikace poruch spánku (Papežová, 2003).

Diagnostická kritéria syndromu nočního přejídání podle MKN 10

Denní jídelní režim s příznačným nárůstem příjmu potravy večer a/nebo v noci, který se projevuje:

A. nejméně 25 % konzumace je po večeři,

B. nejméně dvě probuzení s konzumací jídla během jednoho týdne (Papežová, 2010).

### **2.3. Rizikové a protektivní faktory**

Stejně jako v případě rizikových a protektivních faktorů v kapitole zabývající se alkoholem, také tady jsou uvedeny informace usnadňující orientaci v tématu.

Pro lepší pochopení rizikových faktorů pro vznik poruch příjmu potravy jsou níže uvedeny faktory, které dle dostupné literatury můžeme považovat za nosné.

Stejně tak je tomu v případě protektivních faktorů.

#### 2.3.1. Rizikové faktory

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

Pokud máme dostatek důkazů o tom, že okolnost, která je sledována, se vyskytla dříve než samotná porucha, jedná se o rizikový faktor (Papežová, 2010).



O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno již mnoho nejrůznějších hypotéz. Každá z těchto hypotéz má však svoje omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruchy (Krch et al., 2005).

Většina teorií se shoduje v tom, že poruchy příjmu potravy jsou výsledkem mnoha současně působících predisponujících faktorů. Tyto faktory je možné rozdělovat do několika skupin, podle oblasti, kterou zasahují (Vodáčková, 2007).

V současné době je převážnou většinou odborníků přijímán názor o existenci bio-psycho-sociální podmíněnosti vzniku těchto poruch (Sladká-Ševčíková, 2012).

Tento bio-psycho-sociální koncept vnímání vzniku nemoci klade důraz na koexistenci biologických, psychologických a sociálních faktorů od těch rodinných až po kulturní.

Téměř vždy můžeme pozorovat určitou konstelaci vlivu faktorů sociokulturních a rodinných, nepříznivých životních události či situací, chronických obtíží, nedostačujících sociálních a rozhodovacích dovedností a v neposlední řadě také faktorů biologických a genetických. Tyto faktory podílející se na etiologii poruch příjmu potravy jsou jen velmi obtížně hodnotitelné a klasifikovatelné.

Žádný z těchto faktorů však neexistuje izolovaně a k pochopení etiologie poruch příjmu potravy je třeba se pokusit porozumět komplexní interakci rozhodujících vlivů, bez zavádějícího vymezování priority (Krch et al., 2005).

### Biologické faktory

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Stačí toto a riziko vzniku PPP je desetkrát větší než u chlapců. K nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám, které mohou být významné ve vztahu k vývoji PPP, dochází v průběhu puberty a adolescence. Dochází k velmi rychlému tělesnému růstu, který je spojen s rostoucí tělesnou hmotností i přibýváním tukových zásob.

Průměrná tělesná hmotnost českých dívek vzroste mezi 8. a 16. rokem z BMI 16 na 19. To v kontextu moderních měřítek krásy může pro dívky znamenat velkou hrozbu.

S rostoucí tělesnou hmotností u žen prokazatelně roste nespokojenost s tělem, s čím vzrůstá také nebezpečí redukčních diet a bulimie. Důležitou roli při vzniku PPP sehrává také distribuce tělesného tuku (Krch et al., 2005).

Příčiny poruch příjmu potravy nemusí nutně zasahovat až do dětství, může se na nich podílet také pozdější průběh života. I v takových případech však stojí často v pozadí nepříznivé vlivy z dětství, které sice nezpůsobily poruch chování samy o sobě, ale vytvořily předpoklady k tomu, že jiné příčiny dokázaly návykové poruchy postoje k jídlu vyvolat (Leibold, 1995).

Russel uvádí biologicky podmíněnou teorii vzniku mentální anorexie z roku 1977, která předpokládá dysfunkci hypotalamu neznámé etiologie. Nezbytné je neopomíjet psychický faktor, jako je například stresový, s ohledem na vysokou citlivost hypotalamu (Hajný, 1999).

Vodáčková (2007) popisuje vliv hladovění nebo přejídání na mechanismy v mozku tak, že způsobují pocity zklidnění a euforie, a tak mohou potlačit úzkostné či depresivní pocity. Jedení anebo odmítání jídla pak může působit jako způsob sebemedikace a nabízet možnost, jak potlačovat negativní emoční stavy. Není vyloučené, že u osob trpících poruchami příjmu potravy je již primárně změněn mozkový mechanismus, který centrálně řídí pocity hladu a sytosti.

#### Sociální a kulturní faktory

V dnešní době se žena ze všech stran setkává se společenským přesvědčením, které předpokládá, že žena bude schopna skloubit profesní kariéru s plnohodnotným rodinným životem a dostojí navíc iracionální oslavě fyzické krásy a štíhlosti v médiích. Tento trend je dobře viditelný na příkladu Japonska či Izraele, kde se po druhé světové válce ženy snažily co nejrychleji a nejpřesněji přizpůsobit životnímu stylu ze západu. U žen, které se úspěšně ztotožňovaly se západním ideálem krásy, se výrazně zvýšilo procento nemocných mentální anorexií (Hajný, 1999).

Ze všech stran, z televize, filmů, časopisů, ale i z prostředí módního průmyslu se šíří názor, že i mírná nadváha je zdravě škodlivá a že právě štíhlost je nejdůležitějším aspektem přitažlivosti. Ženy jsou pak vystaveny neslábnucímu tlaku sdělovacích prostředků, které upozorňují na to, že nejen krása, ale také jejich štěstí a vlastní hodnota se odvíjí od toho, jak jsou hubené. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny a zdůrazňovány, zatímco o škodlivých důsledcích se takřka mlčí (Krch, 2008).

Sdělovací prostředky spíše vzbuzují pocit, že všechno je možné, tedy že je možné rychle, snadno, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, a že si tělesné proporce můžeme volit asi tak snadno jako barvu vlasů (Krch et al., 2005).

Přestože ideál ženské krásy stále hubne, lidé v ekonomicky vyspělých zemích naopak stále tloustnou. V zemích, kde lidé nedobrovolně hladoví, přesto je to běžnou záležitostí, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl. Poruchy příjmu potravy tedy můžeme považovat mimo jiné jako důsledek vlivu sociokulturních faktorů (Krch, 2008).

### Životní události

Různé životné situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Příčinou poruch příjmu potravy může být sexuální zneužívání, přesto přímý vztah dosud nebyl prokázán. Srovnáme-li však běžnou populaci žen se ženami, které trpí poruchami příjmu potravy, je poměr pohlavního zneužití u pacientek s PPP vyšší. Těžká životní zkušenost tak může být spouštěčem poruch příjmu potravy, ale také nemusí (Krch et al., 2005).

Stejně jako závažné životní události, také úspěch, se kterým se jedinec nedokáže vypořádat, mohou spouštět poruchy příjmu potravy, stejně jako mnoho dalších psychických obtíží. Tyto životní události lze seřadit do stupnice v závislosti na obtížnosti viz tabulka č. 3. (Papežová, 2003, s. 24).

Tabulka č. 3: Seznam stresujících událostí – Holmes Rahova stupnice (zkrácená verze)

<b>Životní událost</b>	<b>Body rizika</b>	<b>Životní událost</b>	<b>Body rizika</b>
Úmrtí partnera	100	Změna finanční situace	38
Rozvod	73	Více hádek s partnerem	35
Uvěznění	63	Změna pracovní náplně	29
Úmrtí blízkého člena rodiny	63	Syn a dcera opouští domov	29
Sňatek	50	Neshody s příbuznými partnera	29
Propuštění z práce	47	Vynikající osobní úspěch	28
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	Změna životních podmínek	25
Těhotenství	40	Neshody s vedoucím	23
Problémy v sexuálním životě	39	Změna pracovních podmínek, školy, bydliště	20
Nový člen rodiny	39	Změna volného času, náboženských aktivit	19
Změny v zaměstnání	38	Změna stravovacích návyků	15

### 2.3.1.1. Rizikové faktory pro rozvoj mentální bulimie

Rodin a kolektiv (1992) popisují tři oblasti faktorů, které mohou přispívat ke vzniku mentální bulimie anebo mu bránit.

- Sociokulturní prostředí
- Rodinný kontext
- Osobní charakteristiky

#### Sociokulturní prostředí

Protože se mentální bulimie stala výrazným zdravotním i společenským problémem v posledních dvou desetiletích, je třeba pochopit, jaké faktory ji ovlivňují.

Ve společnosti můžeme mluvit o stereotypu atraktivity, Rodin a kolektiv (1992) předvídají, že ženy, které více akceptují tyto stereotypy ohledně atraktivity, mají větší pravděpodobnost, že se u nich rozvine mentální bulimie a naopak ženy, které těmto stereotypům odolávají, budou více chráněny.

Společnost však nešíří pouze to, jaký je ideál krásy, ale také strategie, jak toho dosáhnout. Bez ohledu na věk jsou ženy ze všech stran instruovány, jak dosáhnout těchto standardů krásy.

#### Rodinný kontext

Rodina reprezentuje důležitý a specifický společenský komplex, uvnitř kterého se vyvíjí chování a postoje související s hmotností, vzhledem a stravováním.

Jsou uvedeny tři dimenze, mezi něž patří postoje rodičů vůči váze, stravovací návyky v rodině a rodinná dynamika.

Například pravděpodobnost rozvoje mentální bulimie je větší v rodinách, kde rodiče kladou důraz na štíhlost a vzhled. Na druhou stranu protektivně působí rodiče, kteří jsou spokojeni se svou váhou, nebo kteří jsou si vědomi potenciálně škodlivých přesvědčení v naší společnosti ohledně atraktivity a štíhlosti.

Stravovací návyky uvnitř rodiny ovlivňují následný přístup ke stravování i u dalších členů. Některé ženy s mentální bulimií popisují chaotické a neregulovatelné stravovací návyky v rodině. Další naopak zmiňují, že vyrostly v rodině, kde byly stabilní a zdravé stravovací návyky, ale po odchodu z domova si vyvinuly své vlastní narušené návyky.

## Rodinná dynamika

Psychosomatický model rodiny říká, že přílišná ochrana, rigidita a chybějící řešení konfliktů zvyšuje riziko výskytu psychosomatické nemoci v rodině (Minuchin et al., 1978). V souladu s tímto modelem bulimické ženy popisují, že se v jejich rodině vyskytovala nedostatečná podpora jejich nezávislosti, nízká tolerance k otevřenému vyjadřování pocitů a vysoká úroveň konfliktů.

Vliv je také pozorovatelný na vztahu otec/dcera a matka/dcera, kdy mohou sloužit jako protektivní i rizikový faktor.

## Osobnostní charakteristiky

Osobnostní charakteristiky jsou dále děleny na biologické proměnné, vývoj vnímání vlastního těla a osobnostní i behaviorální charakteristiky.

Současný ideál krásy extrémní štíhlosti představuje biologicky nereálný cíl pro většinu žen. Z toho je také vyvozen závěr, že u žen, které mají genetické predispozice pro vyšší tělesnou hmotnost, či jinou stavbu těla, než je společensky uznávaný ideál krásy, existuje větší riziko rozvoje mentální bulimie než u žen, které jsou přirozeně štíhlejší. Fairburn a Cooper (1983) uvádějí, že důkazy také naznačují, že ženy, které nejsou tak štíhlé, jako jejich vrstevníci, mají větší pravděpodobnost, že se u nich vyvine mentální bulimie.

Na vývoj vnímání vlastního těla mají přirozeně vliv, jak vrstevníci, tak kulturně vnímaný ideál krásy, který s sebou nese příslib popularity a přijetí a klíčovým tématem je samozřejmě sebevědomí (Rodin et al., 1992).

Různé osobnostní a behaviorální charakteristiky mají nepochybně vliv na riziko výskytu mentální bulimie. Mizes (1985) uvádí, že zaměření se na ženy zasažené mentální bulimií není dostačující pro identifikaci rizikových faktorů v této oblasti a upozorňují na potřeby prospektivní studie.

### 2.3.2. Protektivní faktory

Můžeme v zásadě uvést, že faktory protektivní, jsou opakem k faktorům rizikovým a mají schopnost působit proti vzniku nežádoucích stavů či poruch. Papežová (2010) popisuje vnější (sociální, kulturní, rodinné apod.) a vnitřní (psychické, osobnostní apod.) protektivní faktory. Jako klíčové zmiňujete osobnosti, rasu, věk, sebevědomí, spokojenost

s vlastním tělem, pozitivní životní události, pocity úspěchu, pevné vztahy stejně tak jako pevné hranice, adekvátní tlak, soulad mezi rodiči a absence psychického onemocnění.

Současné studie uvádí aktivní řešení problémů, nízkou konzumaci alkoholu, vyhýbání se dietám, vyrovnanou náladu a smysl pro humor jako faktory, které by mohly pomoci v prevenci proti poruchám příjmu potravy (Krch, 2010).

Největší empirickou podporu, jako protektivní faktor, získaly pozitivní vztahy v rodině. Dalšími významnými faktory jsou:

- pozitivní komentáře od rodičů a jejich zdrženlivost ohledně hodnocení fyzického vzhledu,
- přizpůsobivé řešení problémů v rodině,
- efektivní komunikace,
- utváření rodinných vzorců na podporu pro zdraví prospěšného chování,
- rodina, kde rodiče nezneužívají alkohol,
- sociální podpora ze strany rodiny.

Mezi individuální faktory, které pomáhají chránit proti rozvoji poruch příjmu potravy, patří:

- sebedůvěra,
- sebeurčení,
- asertivita,
- schopnost efektivně zvládat stresové situace,
- sebeúcta,
- pocit sebeúčinnosti,
- informace o rizicích diet.

Rodiče, učitelé, ale také lékaři mohou pomoci „očkovat“ dívky proti poruchám příjmu potravy tím, že budou oceňovat to, jaké jsou uvnitř, naučí je převzít vlastní odpovědnost, být asertivní, posilovat jejich sebevědomí a sebeúčinnost a mluvit s nimi o negativních účincích diet (Eating disorders in women and children, 2012). To znamená, že se jim pokusí pomoci v získávání takových přesvědčení o sobě a dovednostech, které jsou vnímány jako protektivní faktory.

### 3. Komorbidita

#### 3.1. Vymezení pojmu

Pro správné pochopení významu pojmu komorbidita je třeba si vysvětlit pojmy duální diagnóza a komorbidita, která jsou často využívány jako synonyma, nebo zaměňovány.

Duální diagnóza představuje stav, kdy je vyjádřen syndrom závislosti a současně další duševní porucha (Jeřábek, 2008). Tento termín se užívá k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci (Látalová, 2010)

Psychiatrickou komorbiditou pak dle světové zdravotnické organizace (WHO, 2004) rozumíme současný výskyt dvou nebo více psychických poruch u jednoho jedince. Tento termín je také vykládán jako současný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog (Williams & Cohen, 2000).

Psychiatrická komorbidita je obtížným adiktologickým tématem zejména pro velké požadavky na zkušenosti a znalosti psychologické i psychiatrické diagnostiky. Zanedbané diagnostika ať už v podobě špatně anebo vůbec nedignostikovaného onemocnění či poruchy, které jsou přidruženy k základní diagnóze, může výrazně snížit efekt léčebného procesu. Při špatně určené etiologii přítomných poruch může být léčebný proces špatně nastaven a přirozeně tak vést k jeho neúspěchu, ztrátě motivace pacienta, v některých případech až k jeho poškození. Jako příklad může sloužit situace, kdy není rozpoznáno, že na neléčenou depresivní poruchu nasedá závislost na alkoholu a nikoliv naopak.

Každý případ je nezbytné z hlediska komorbidity posuzovat co možná nejindividuálněji a velmi důsledně pracovat s dostupnými anamnestickými údaji, přičemž se nikdy nespoléhat na jeden zdroj informací a jednotlivá zjištění pečlivě vzájemně triangulovat. Je nezbytné vyhýbat se zjednodušenému přístupu k celému modelu etiologie komorbidních poruch a onemocnění, neboť je samozřejmé, že dochází k interakci mezi oběma poruchami. Je podstatné, jestli k výskytu došlo za přítomnosti dalších rizikových, popřípadě protektivních faktorů a jakým způsobem na situaci reaguje daný pacient, a to zejména z perspektivy jeho ochoty spolupracovat na léčebném procesu (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

Krch a Faltus (1988), ve své studii zabývající se výskytem psychopatologické symptomatiky u pacientek s poruchami příjmu potravy, zjistili závislost na alkoholu

u 13 % pacientek. Ve své studii prezentují myšlenky, že poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách mohou být společnými predispozicemi pro impulzivitu, nebo že regulace požívání alkoholu je řízena pomocí stejných mechanismů jako příjem potravy.

### **3.2. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci**

#### **Duševní choroba > návyková choroba**

Toto schéma platí v případě, kdy se závislost na návykové látce vyskytla u klienta, který již dříve trpěl jinou duševní poruchou. Výskyt návykových problémů se u mnoha duševních poruch vyskytuje častěji, než v běžné populaci. To se týká také mimo jiné poruch příjmu potravy, častěji však u žen.

#### **Návyková choroba > duševní choroba**

Je schéma platné v situaci, kdy se duševní choroba projevila u jedince, který již návykové látky zneužíval, nebo na nich byl závislý (Nešpor, 2003).

Faktor kauzality zůstává prozatím nejasný. Stále tedy není jasné, zda psychická nebo může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách nebo je tomu naopak a závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů nebo také, zda psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny (Látalová, 2010).

Práce s jevem psychiatrické komorbidity je velmi důležitým faktorem při stanovování léčebného plánu a pro výsledky efekt stanovené léčby (Miovský, Miovská & Kalina, 2008).

U onemocnění, kde je výrazný podíl komorbidní problematiky, kupříkladu právě u závislosti na návykových látkách, je nutné léčbu stanovovat individuálně.

Mnozí klienti s komorbiditou zahajují drogou léčbu, aniž by se jim dostalo léčby zaměřené na jejich problémy v oblasti duševního zdraví. V případě, kdy je komorbidita diagnostikována se k ní v následné léčbě stejně nepřihlíží anebo její diagnostika vede k léčbě, která naopak přehlíží současné užívání drog (EMCDDA, 2004).

Komorbiditu poruch příjmu potravy s dalšími psychiatrickými poruchami, například spolu se závislostí na alkoholu, se vyskytuje ve 25-60% a negativně ovlivňuje samotný průběh i prognózu (Papežová, 2010).



Tims a kolektiv (Miovský, Miovská & Kalina, 2008) přehledně uvádí psychiatrické poruchy u drogově závislých.

Tabulka č. 4: Nejčastější psychiatrické poruchy u drogově závislých

<b>Diagnostická skupina</b>	<b>Četnost* (% klientů)</b>
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně kompulzivní poruchy	6
Gambling	6
Zneužívání léků	13
Anorexie a bulimie	13
Fobie	28
Afektivní poruchy (zejména deprese různého stupně)	29
Generalizovaná úzkost	34
Zneužívání alkoholu	39
Psychosexuální dysfunkce	40
Poruchy osobnosti	44

\*Součet je vyšší než 100%, jelikož se poruchy mohou kumulovat.

Obecně můžeme tvrdit, že většina duševních poruch zvyšuje možnost problémů s návykovými látkami a komplikuje tak jejich prevenci a léčbu. Mezi často se vyskytující kombinace poruch, se kterými se běžně v praxi setkáváme, patří poruchy příjmu potravy a závislost na alkoholu nebo drogách. Tato komorbidita je častěji vyjádřená u žen (Nešpor, 2003).

Krug a kolektiv (2008) popisují nejsilnější vztah alkoholu u žen trpících mentální bulimií a dále také u žen trpících záchvatovitým přejídáním a nespecifickou poruchou příjmu potravy.

### **3.3. Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání alkoholu**

Téma komorbidit poruch příjmu potravy a užívání alkoholu se v literatuře příliš nevyskytuje. Informacím, které jsou dostupné, by přesto nebo právě proto měla být věnována pozornost.

### 3.3.1. Vzájemné ovlivňování poruch příjmu potravy a užívání alkoholu

Vyvstává otázka, souvislosti těchto dvou poruch. Jak se tyto poruchy vzájemně ovlivňují, se ve své studii snažili popsat Franko a kolektiv (2005). Výsledky poukázaly na to, že vliv poruch příjmu potravy na závislost na alkoholu se zdá být větší, než naopak. U značného množství respondentek, u kterých byly původně přítomné poruchy příjmu potravy, se později v průběhu času také vyvinuly problémy s alkoholem.

Závislost na alkoholu a poruchy příjmu potravy se společně vyskytují často, často se vyskytují také v přítomnosti jiných psychiatrických či osobnostních poruch. Přestože můžeme z častého společného výskytu těchto poruch poukazovat na možnost sdílených faktorů v etiologii těchto poruch, výzkum to neprokázal. (Grilo et al., 2002).

Důležitým zjištěním, jak uvádí Peverel a Fairburn (1990), bylo, že současný výskyt poruch příjmu potravy je u žen, které navštěvovaly protialkoholní léčbu, vyšší, než by se dalo očekávat. Na tento výsledek dle autorů nasedají dva důsledky. Prvním je fakt, že si zaměstnanci hodnotící stav mladých pacientek užívajících alkohol uvědomují vysokou prevalenci poruchy příjmu potravy u této skupiny. Dále pak uvědomění si reálné potřeby docílit jasnějšího pochopení vztahu mezi užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy.

### 3.3.2. Vztah mezi jednotlivými poruchami příjmu potravy a užíváním alkoholu

Jedním z hlavních témat, které se v zahraničních studiích opakuje, je, u jakých typů poruchy příjmu potravy se škodlivé užívání alkoholu či závislost vyskytuje nejčastěji. Toto je téma vyskytující se v mnoha studiích, výsledky jsou ale stále sporné a neukazují opakovaně na jednu a tu samou poruchu.

Arias, Hawke, Arias a Keminer (2009) ve své studii upozorňují na existenci spojitosti mezi užíváním návykových látek a příznaky provázejícími poruchy příjmu potravy. Především pak u žen s vyjádřenou mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním. Výsledky studie mimo to také potvrzují hypotézu, že se u mladých lidí s příznaky poruch příjmu potravy častěji vyskytuje užívání alkoholu.

Jiné výsledky nám poskytuje jen o rok mladší studie Roota a kolektivu (2010), která popisuje nejvyšší prevalenci užívání alkoholu u žen s celoživotní prevalencí mentální anorexie s epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení (33,5%) a nejnižší naopak u žen

s restriktivní mentální anorexií (13,7%) z celkového vzorku 731 žen. Dále uvádějí, že je riziko užívání alkoholu podle výsledku výzkumu vyšší u jedinců, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním při nízké hmotnosti ve srovnání s těmi, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním až po znovudosažení normální váhy.

Hypotézu, že ženy s mentální bulimií užívají alkohol častěji, než ženy s nespecifickou poruchou příjmu potravy (Eating disorder not otherwise specified – EDNOS) a ženy v kontrolní skupině, tedy bez poruchy příjmu potravy, potvrdili ve své studii Luce, Engler a Crowther (2006). Potvrzení hypotézy dle autorů mohlo být do jisté míry zkresleno velikostí skupiny, kdy ji tvořilo 16 žen z celkového počtu 383. Dále uvádějí, že ženy se záchvatovitým přejídáním (Binge eating disorder – BED) mají větší víkendovou spotřebu alkoholu. Úskalí tohoto výzkumu však nespočívala pouze v nerovnoměrnosti jednotlivých skupin, ale také ve způsobu rozřazování do těchto skupin, které probíhalo za pomoci sebe-posuzovacího dotazníku namísto diagnostického rozhovoru s odborníkem.

Všechny tyto výše zmiňované studie poukazují na mentální bulimii, popřípadě na mentální anorexií s epizodami záchvatovitého přejídání jako poruchu s větší inklinací k nadužívání alkoholu či vzniku závislosti.

Oproti tomu Piran a Gadalla (2005) ve své studii realizované na kanadské populaci (n=36984) nepotvrdily existenci speciálního vztahu mezi mentální bulimií a zneužíváním alkoholu. Vztah mezi poruchami příjmu potravy a celoživotní prevalencí alkoholu přesto nepopírají a dodávají, že existuje vztah mezi frekvencí pití alkoholu a poruchami příjmu potravy. Množství vypitých jednotek alkoholu (alkoholických nápojů) během minulého týdne byl dle výsledků výzkumu spojen s rizikem poruch příjmu potravy u věkových kategorií 15-24 a 25-44 let. Tento závěr ale je třeba interpretovat obezřetně, jelikož týden je relativně krátké období, a tak množství alkoholických nápojů vypitých během jednoho týdne nemusí mít vypovídající hodnotu o běžném užívání alkoholu.

### 3.3.3. Osobnost žen s mentální bulimií a závislostí na alkoholu

Zajímavý pohled nabízí Duncan a kolektiv (2006), jež si ve své studii položili otázku, jestli jsou ženy trpící mentální bulimií a závislostí na alkoholu více podobné ženám

s mentální bulimií ale bez závislosti na alkoholu anebo ženám závislým na alkoholu, avšak bez mentální bulimie.

Studie se zúčastnilo celkem 407 žen, které byly v prvním kroky rozděleny do tří skupin. Jednotlivé skupiny tvořily ženy s vyjádřenou závislostí na alkoholu i mentální bulimií (n=30), ženy pouze s mentální bulimií (n=55) a ženy pouze závislé na alkoholu (n=322).

Ukázalo se, že ženy s mentální bulimií závislé na alkoholu se podobají spíše ženám závislým na alkoholu, nicméně se ukázalo, že ženy trpící jak mentální bulimií, tak závislostí na alkoholu, si nesou psychickou zátěž v podobě dalších psychopatologií. U žen s mentální bulimií i závislostí se častěji projevují deprese než u žen pouze s jednou z těchto poruch a to i po zohlednění dalších návykových látek, výskytu psychiatrických poruch a demografických proměnných. Navíc mají tyto ženy častěji sebevražedné sklony a účastní se nebezpečného sexu, to jen podporuje teorii o impulzivě bulimických žen. Sebevražedné sklony byly vyjádřeny také u žen s mentální bulimií bez závislosti na alkoholu, s největší pravděpodobností v návaznosti na jejich impulzivitu.

V této studii bylo popsáno více rozdílů mezi bulimickými ženami se závislostí a ženami s bulimií bez závislosti na alkoholu, než bylo zpozorováno v předešlých studiích, což můžeme vysvětlovat v první řadě rozdílem ve vzorku a dále také tím, že tato studie se soustředila pouze na alkoholovou závislost a vylučovala tak jiné návykové látky. Je však pozoruhodné, že bylo popsáno tolik rozdílů mezi jednotlivými skupinami žen navzdory tomu, že více než polovina žen ze skupiny bez závislosti byla diagnostikována jako zneužívající alkohol.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. Metodika práce

### 4.1. Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek

Cílem tohoto výzkumu je se kvalitativně věnovat vzniku těchto dvou poruch, výskytu jejich komorbidity a jejich možnému vzájemnému ovlivňování. Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu není ojedinělým jevem, proto by nalezené souvislosti mohly osvětlit důvod jejich častého současného výskytu. Pojmenováním rizikových a protektivních faktorů se snažím přiblížit příčiny vzniku komorbidity těchto poruch.

#### 4.1.1. Výzkumné otázky

1. Jaké jsou rizikové faktory pro rozvoj závislosti na alkoholu a poruch příjmu potravy u vybraných respondentek?
2. Jaké jsou protektivní faktory pro rozvoj závislosti na alkoholu a poruch příjmu potravy u vybraných respondentek?
3. Jaké jsou společné osobnostní charakteristiky žen s komorbiditou poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu?
4. Jak ženy subjektivně vnímají vzájemné ovlivňování poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu?

### 4.2. Realizace výběru výzkumného souboru

Respondentky byly vybrány záměrným (účelovým) výběrem. Dle Miovského (2006) je záměrným výběrem takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky dle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je v takovém případě právě vybraná vlastnost, projev této vlastnosti nebo stav.

Předpokladem pro zařazení do mého výzkumu byla diagnostikovaná závislost na alkoholu a výskyt poruchy příjmu potravy. Respondentky byly opakovaně oslovovány na

ženské doléčovací skupině na Klinice Adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Osloveny jsou všechny ženy a dívky starší 18 let, které splňují tyto podmínky.

### **4.3. Metody získávání dat**

Nejprve byly vybraným respondentkám předloženy dva níže zmíněné dotazníky, Alcohol Dependence Scale pro ověření diagnózy závislosti na alkoholu a určení specifík závislosti u jednotlivých respondentek, Eating Attitude Test pro potvrzení výskytu poruchy příjmu potravy. Po vyplnění dvou výše zmíněných dotazníků bylo s respondentkami provedeno polostrukturované interview.

#### **4.3.1. Alcohol Dependence Scale**

Alcohol Dependence Scale (Skinner & Horn, 1984) neboli škála závislost na alkoholu si klade za cíl rychle vyhodnotit míru závažnosti závislosti na alkoholu podle diagnostických kritérií DSM-IV.

Byl vyvinut na počátku 80. let (1982) Skinnerem a jeho spolupracovníky. Tento dotazník obsahuje 25 otázek, které se vztahují k posledním 12 měsícům života a mapují oblasti alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkové potřeby pít a zvýšenou toleranci alkoholu.

Tento dotazník dosud nebyl standardizován na českou populaci.

#### **4.3.2. Eating Attitude Test (EAT-26)**

EAT-26 je upravenou verzí původně 40 otázkového dotazníku EAT-40, která byla publikována v roce 1979. Eating Attitude Test v jeho zkrácené verzi byl představen Garnerem a jeho kolegy v roce 1982 (Garner & Garfinkel, 1982).

Tento dotazník vypovídá i míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a míře narušení vztahu k vlastnímu tělu, poskytuje tedy informace o specifických poruch příjmu potravy u jednotlivých respondentek.

EAT není standardizovaný na českou populaci, byl sestaven pro populaci ve Spojených státech amerických. Je však využíván také u nás i v zahraničí ve studiích, které

se zabývají patologickými formami chování ve vztahu k jídlu a vlastnímu tělu (Blond, Feldman, Lorenz & Whitaker, 2008; Balhara, Mathur, Kataria, 2012; Douka, Grammatopoulou, Skordilis & Koutsouiki, 2009; Goldbloom, Naranjo, Bremner & Hicks, 1992).

Dotazník Eating Attitude Test se vyhodnocuje v celkovém skóre, nebo jej můžeme také hodnotit v rámci tří jednotlivých škál, jak můžeme vidět v tabulce č. 5. (Allison & Baskin, 2009).

Tabulka č. 5: Jednotlivé škály vyhodnocování dotazníku EAT-26

Dietní chování	1	6	7	10	11	12	14	16	17	22	23	24	25	Celkem:	
Bulimie a trvalé zaujetí potravou	3	4	9	18	21	26								Celkem:	
Orální kontrola	2	5	8	13	15	19	20								Celkem:
Celkové skóre	Celkem bodů:														

#### 4.3.3. Polostrukturované interview

V druhé fázi jsou data získávána polostrukturovaným interview (viz Příloha č. 2). Polostrukturované interview bylo využito z toho důvodu, že má určitou strukturu, přesto nechává respondentům dostatečnou volnost. Téma můžeme doplňujícími otázkami rozpracovávat do hloubky, do jaké je to užitečné vzhledem k cílům našeho výzkumu a definovaným výzkumným otázkám (Miovský, 2006).

U polostrukturovaného interview je definováno takzvané jádro interview, tedy minimum témat a otázek, které je třeba v jeho průběhu probrat (Miovský, 2006).

Jeho první část je inspirována strukturou dotazníku EuropASI (Kubička & Csémy, n.a), na jehož základě jsou nejprve získávány základní informace v podobě celkové anamnézy. Následně je věnována pozornost závislosti na alkoholu, poruchám příjmu potravy a komorbiditě těchto dvou poruch s důrazem na subjektivní vnímání dané situace a vývoje problematiky danou respondentkou.

#### **4.4. Fixace dat**

Jako forma fixace dat byl s písemným informovaným souhlasem respondentek zvolen audiozáznam. Rozhovor byl zaznamenáván na diktafon pro snadnější následné zpracování dat a nezkreslování získaných informací. Poznámky pak mohly sloužit výhradně k osobním poznámkám nebo zaznamenání zajímavých postřehů.

#### **4.5. Zpracování dat**

Prvním krokem byla transkripce audiozáznamů, po které následovala dílčí úprava plné transkripce záznamů s cílem usnadnit následnou práci s daty. Byla využita redukce prvního řádu, která patří, jak uvádí Miovský (2006), mezi velmi rozšířené úpravy plné transkripce. Cílem této operace je upravit přepis plynulejší a přehlednější. Redukce ale byla uskutečněna pouze v minimálním rozsahu z rozsahu zachování autentičnosti výpovědi respondentek v případě přímého citování.

Následovně bylo využito techniky barvení textu k hledání a označování pasáží, které se týkají určitých tematických celků, ale také časové osy ke znázornění posloupnosti důležitých životních událostí (Miovský, 2006).

#### **4.6. Analýza dat**

K analýze dat byly využity dvě metody analýzy kvalitativních dat. První z nich je metoda vytváření trsů. Tato metody, jak uvádí Miovský (2006), obvykle slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin. Tyto trsy by měly vznikat na základě jejich vzájemného překryvu či podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Dále byla využita metody zachycení gestaltů, při níž jde v podstatě o vyhledávání a identifikování obecnějších vzorců, principů či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý koncept, osobu a podobně (Miovský, 2006).



## **4.7. Etické aspekty práce**

V průběhu celého výzkumu byla dodržována určitá pravidla (např. změna jména, geografických údajů či posun v údajích sociodemografických), která vedla k udržení anonymity všech zúčastněných respondentek.

Také v průběhu výzkumu bylo třeba dbát na určitá pravidla, která si kladla za cíl zohlednit možnost traumatických záležitostí, které se pojí se zkoumanými problémy a jejich znovu vybavení může velmi výrazně zasahovat do stavu respondentky. Z tohoto důvodu bylo využito velmi citlivého přístupu a vyvarování se takového jednání, které by u respondentek mohlo vést k retraumatizaci.

Jako další etická normy byly využity:

- Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a jeho nahráváním na audio záznam (Příloha 10.3.)
- Mlčenlivost výzkumného pracovníka
- Ochrana osobních údajů a anonymní zpracování získaných dat
- Empatická neutralita (Miovský, 2006)

### **4.7.1. Etická klausule**

Čestně prohlašuji, že v této práci nejsou použita skuteční jména osob a zaměněny či mírně posunuty jsou také další uvedené údaje tak, aby byla znemožněna identifikace jednotlivých žen vystupujících v této práci.

Všechny respondentky byly seznámeny s cíli tohoto výzkumu a souhlasy se zpracováním svého příběhu pro účely této práce.

## **4.8. Problematická místa ve výzkumu**

Při objektivním zhodnocení výzkumu je potřeba brát v úvahu také určité faktory, které mohou mít zkreslující vliv na výsledky šetření.

V první fázi jsem oslovovala respondentky na ženském lůžkovém oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu, kde jsem byla neúspěšná. Následně jsem respondentky oslovovala opakovaně na ženské doléčovací skupině.

Jelikož všechny dotazované respondentky byly ve fázi doléčování, můžeme mluvit o retrospektivní studii. Jako omezení této studie proto vidím v neaktuálnosti výpovědi respondentek, která může mít vliv na určitý stupeň zkreslení.

Respondentky hodnotily svoji situaci zpětně, odpovídaly na otázky týkající se minulosti, často sahající až do dětství. Proto je možné, že některé informace zapomněly zmínit či si je nemohly vybavit.

Dále je třeba si uvědomovat, že jde o velmi osobní informace a prožitky, které mohou ženy také jejich následkem vnímat zkresleně nebo některé věci úmyslně neuvádět. V některých případech, ač velmi výjimečně, respondentky nechtěly pokračovat v rozvíjení tématu více do hloubky.

## **5. Popis výzkumného souboru**

Od února do dubna roku 2015 bylo provedeno 5 rozhovorů se ženami oslovenými na ženské doléčovací skupině na Klinice Adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Respondentky byly ve věku 25 – 55 let. Průměrný věk těchto žen je 40 let. Všechny respondenty jsou české národnosti.

### **5.1. Drogová kariéra**

První užitou drogou byl u všech respondentek alkohol. Dále se vyskytoval pouze nikotin ve formě cigaret u tří respondentek, jedna z nich navíc užívala psychofarmaka. První zkušenost s alkoholem dvě z respondentek popisují již v dětství, okolo sedmého roku. Další dvě alkohol odmítaly, zejména pak pro jeho energetickou hodnotu a poslední z respondentek časuje první zkušenosti s alkoholem okolo patnácti let.

### **5.2. Poruchy příjmu potravy**

Nejčastěji se vyskytovala mentální anorexie, konkrétně restriktivní typ, která ale obvykle vydržela pouze nějakou dobu a následně z různých příčin došlo u tří z respondentek ke změnám stravovacího chování. Ve dvou z těchto případů se vyskytl purgativní typ mentální bulimie a v posledním případě šlo o záchvatovité přejídání bez zvracení.

### **5.3. Vztah užívání alkoholu a poruch příjmu potravy**

Následující velmi zjednodušené schéma naznačuje vzájemný vztah těchto dvou poruch. Jde o popis situace, jak se mohla jevit zvenčí, ale také jak ji popisovaly samotné respondenty.

### **Poruchy příjmu potravy → Užívání alkoholu**

U čtyř respondentek se na počátku vyvinula porucha příjmu potravy a až později se objevilo škodlivé užívání alkoholu či závislost. V některých z případů mohla být porucha příjmu potravy rizikovým faktorem pro vznik škodlivého užívání či závislosti na alkoholu. Někdy ale hraje roli spíše věk v tom smyslu, že poruchy příjmu potravy se typicky rozvíjejí v nižším věku. Jde o poruchu vyskytující se zejména u dospívajících dívek a mladých žen (Krch, 2007), k alkoholu se obvykle dostávají později, navíc se závislost na alkoholu rozvíjí po dlouhodobém užívání (Minařík, 2008).

### **Poruchy příjmu potravy = Užívání alkoholu**

V jednom z případů se poruchy vyskytovaly souběžně, nebylo ale zcela patrné, že by se nějakým způsobem vzájemně ovlivňovaly, víc než jakékoliv dvě jiná specifika v životě dané respondentky.

### **Užívání alkoholu → Poruchy příjmu potravy**

Ani u jedné z respondentek nebylo pozorovatelné, že by se poruchy příjmu potravy projeví až poté, co se vyskytlo škodlivé užívání alkoholu či závislost.

## **5.4. Další psychiatrické komorbidity**

Pouze u jedné z respondentek nebyly diagnostikovány či jinak popsány další závažné psychiatrické komorbidity. U tří respondentek byla diagnostikována deprese, u jedné z nich v kombinaci s úzkostnou poruchou. U této respondentky se vyskytl také pokus o sebevraždu. U jedné respondentky byla diagnostikována smíšená úzkostná a depresivní porucha, stejně tak se zde vyskytl pokus o sebevraždu. Poslední z respondentek byla diagnostikována jako osoba s poruchou přizpůsobení, střední depresivní fází a škodlivým užíváním laxativ. Také tato respondentka mluvila o pokusu o sebevraždu.

V celkovém souboru pěti žen se další psychické problémy popsané v jakékoliv fázi kontaktu s odbornými lékaři, vyskytla u čtyř z nich. U třech z pěti žen se vyskytl pokus o sebevraždu.

## **5.5. Vzdělání respondentek**

Nejvyšší dokončené vzdělání tří z respondentek je střední škola. Jedna z respondentek má vyšší odborné vzdělání a poslední vysokou školu. Žádná z žen se nesečkala s tím, že by pro závažný průběh poruch příjmu potravy či závislost na alkoholu předčasně ukončila studium. Pouze respondentka Sára, která má již ukončenou vysokou školu, opakovala třetí ročník střední školy pro špatný prospěch i docházku v době, kdy trpěla záchvatovitým přejídáním.

## **5.6. Rodinná situace**

V průběhu rozhovorů jsem se soustředila také na rodinný stav respondentek, jestli mají partnera, či s kým žijí a jestli je jejich nejbližší podporují v abstinenci či léčbě. Tři z respondentek jsou v současné době svobodné s tím, že jedna je rozvedená, a jedna odovdělá a v současné době žije se svými dcerami, snachou a jejich dcerou, tedy svou vnučkou. Zbylé dvě respondentky jsou zadané, jedna z nich je již téměř 20 let vdaná a vychovává své dvě dcery a druhá z respondentek je se současným přítelem druhý měsíc. Podporu abstinence či současné léčby popisují všechny respondentky ať už od partnera či rodiny.

## **5.7. Ekonomická aktivita**

Tři z respondentek byly v době výzkumného šetření zaměstnané, jedna z nich na dohodu o provedení práce s tím, že kvůli nástupu do léčby spolupráci následně ukončila. Zbylé dvě respondentky jsou v invalidním důchodu 3. stupně.

## **5.8. Současný stav**

V současné době jsou dvě z respondentek v léčbě. První z nich je, a také v době výzkumného šetření byla, v léčbě v denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy a od alkoholu abstínuje. Druhá nastoupila na ženské lůžkové oddělení několik dní po

uskutečnění rozhovoru, poruchy příjmu potravy má tou dobou stabilizované. Zbylé tři respondentky abstinují a pravidelně navštěvují ženskou doléčovací skupinu pro posílení své abstinence.

Přehledný popis výzkumného souboru nabízí tabulky č. 6 a 7.

## **5.9. Podpůrné faktory**

V životě každé z respondentek se objevovaly motivy, které jim pomohly z bludného kruhu vystoupit a své problémy řešit v odborné péči.

### Rodina

U dvou respondentek měla velký vliv rodina.

V prvním případě byla respondentka konfrontována s tím, že rodina unavená z opakujících lží se rozhodla od tohoto problému distancovat. Vyjádřila v jednu chvíli lhostejnost nad osudem respondentky a následně nedůvěru ohledně započaté léčby. Ta byla vnímána jako další útěk před problémy. Pro respondentku šlo však o hnací motor a obrovskou motivaci neselhat.

V druhém případě šlo o ultimátum, kdy respondentce dcery daly na výběr mezi alkoholem a jimi samotnými.

### Zodpovědnost

Motivem se ukázala také nově nabytá zodpovědnost, což šlo ruku v ruce s uvědoměním, že již bude třeba, aby se o sebe sama respondentka dokázala postarat se vším všudy a nějakou dobu „nefungovat“ by pro ni byl existenční problém.

### Silný zážitek

Silný zážitek negativního charakteru sloužil dvěma z respondentek jako zrcadlo jejich aktuálního stavu a uvědomění si, kam až to může zajít.

V samotném průběhu se také objevovaly okolnosti či faktory, které dočasně zlepšovaly aktuální stav. Konkrétně mluvíme například o těhotenství a rané fázi mateřství nebo partnerech.

Tabulka č. 6: Popis výzkumného souboru část první

<b>Respondentka</b>	<b>Užívané návykové látky</b>	<b>Poruchy příjmu potravy (PPP)</b>	<b>Vztah užívání alkoholu a PPP</b>	<b>Další psychiatrické komorbidity</b>
<b>Sára</b>	Alkohol	Restriktivní typ mentální anorexie, později záchvatovité přejídání bez zvracení	Poruchy příjmu potravy → Užívání alkoholu	Depresivní fáze, panická porucha, pokus o sebevraždu
<b>Petra</b>	Alkohol, nikotin	Restriktivní typ mentální anorexie, později purgativní typ mentální bulimie	Poruchy příjmu potravy → Užívání alkoholu	-
<b>Marie</b>	Alkohol, nikotin, psychofarmaka	Psychogenní přejídání	Poruchy příjmu potravy = Užívání alkoholu	Depresivní fáze
<b>Johana</b>	Alkohol	Restriktivní typ mentální anorexie	Poruchy příjmu potravy → Užívání alkoholu	Porucha přizpůsobení, střední depresivní fáze, škodlivé užívání laxativ, pokus o sebevraždu
<b>Simona</b>	Alkohol, nikotin	Restriktivní mentální anorexie, později purgativní typ mentální bulimie	Poruchy příjmu potravy → Užívání alkoholu	Smíšená úzkostná a depresivní porucha, pokus o sebevraždu

Tabulka č. 7: Popis výzkumného souboru část druhá

<b>Respondentka</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Rodinná situace</b>	<b>Ekonomická aktivita</b>	<b>Současný stav</b>
<b>Sára</b>	25 let	Vysoká škola	Svobodná, nezadaná, bydlí v bytě se spolubydlíci	Zaměstnaná, aktuálně na neplacené dovolené z důvodu léčby ve stacionáři	V léčbě v denním stacionáři pro léčbu PPP, od alkoholu abstinuje
<b>Petra</b>	35 let	Vyšší odborná škola	Svobodná, zadaná, žije u své sestry v podnájmu	Zaměstnaná na DPP, spolupráci končí z důvodu nastoupení do léčby	V léčbě na ženském lůžkovém oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu
<b>Marie</b>	55 let	Střední škola	Vdova, nezadaná, žije se dvěma dcerami, snachou a vnučkou	V invalidním důchodu 3. stupně pro diabetes mellitus druhého typu, vaskulitidu a deprese	Od alkoholu abstinuje, stravuje se pravidelně dle nastaveného jídelníčku
<b>Johana</b>	40 let	Střední škola	Rozvedená, nezadaná, žije sama v pronajatém bytě	V invalidním důchodu 3. stupně pro poruchy příjmu potravy	Od alkoholu abstinuje, ppp přetrvávají
<b>Simona</b>	45 let	Střední škola	Vdaná, žije v rodinném domě s manželem a dvěma dcerami	Zaměstnaná, pracující	Od alkoholu abstinuje, snaží se stravovat normálně, stále má však tendenci se kontrolovat



## 6. Výsledky výzkumu

Při hledání rizikových ale také protektivních faktorů vycházím z přesvědčení, že pokud máme dostatek důkazů o tom, že se sledovaná okolnost vyskytla dříve než samotná porucha, můžeme se domnívat, že jde o rizikový faktor (Papežová, 2010).

V polostrukturovaném rozhovoru jsem se snažila mapovat okolnosti, situace, biologické predispozice, životní události, ale také dlouhodobé jevy a mnoho dalšího i zdánlivě nepodstatné informace, které respondentky přesto během našeho rozhovoru vzpomínaly.

### 6.1. Výzkumná otázka č. 1 – rizikové faktory

Jaké jsou rizikové faktory pro rozvoj závislosti na alkoholu a poruch příjmu potravy u vybraných respondentek?

Abych odpověděla na výše položenou otázku, pro přehlednost bude nejhodnější, zaměřit se nejprve na každý z identifikovaných rizikových faktorů zvlášť. Pojmenovat nejprve každý jeden rizikový faktor popřípadě nějakou tematickou skupinu. Následně dle četnosti výskytu s posouzením souvislostí vyhodnotím, které faktory můžeme vnímat jako významné a obecněji aplikovatelné.

V průběhu rozhovoru jsem se snažila u každé respondentky věnovat dostatečnou pozornost i čas období před rozvojem daných poruchy. Snažila jsem se mapovat rizikové faktory, které uvádějí respondentky samy, jako ty uvědomované, ale také další faktory, které nebyly respondentkami přímo spojovány s poruchami příjmu potravy a závislostí na alkoholu, přesto pro ně byly nepochybně nějakým způsobem významné, proto je také zmiňovaly.

## 6.1.1. Identifikované rizikové faktory

### 6.1.1.1. Nadváha v dětství

U tří respondentek jsem se setkala s tím, že popisovaly sebe jako dítě s nadváhou. Sára uvádí, že se s tím pojily posměšky spolužáků na střední škole, ale těm ještě předcházely časté, i když dobře míněné, doporučení rodičů a blízkých, kteří upozorňovali už například sedmiletou dívku, že by měla hubnout, nebo spíše vyhýbat se sladkému a podobně. Oceňovali, když bylo ovoce zaměněno za sladkosti i jakékoliv jiné pokroky. Vlastní snaha rodičů se v oblasti změny stravování dcery však spíše neobjevovala, nedá se říci, že by ji ke změně stravování vedli, ale snažili se ji v tom podporovat například oceněním jejích pokroků. *„Když jsem tohle slýchávala jako malá, přebrala jsem si to už tehdy asi tak, že musím být nejdřív hubená, a pak jsem teprve přijatelná.“*

Tímto způsobem se pro Sáru stalo přirozené již okolo osmého roku omezování se v jídle, sportování za účelem snížení hmotnosti a další mechanismy, které si můžeme vykládat jako snahu o snížení tělesné hmotnosti.

Simona se popisovala jako macaté dítě navíc s hendikepem zrzavých vlasů. Toto vnímala jako důvody, proč byla v dětském kolektivu vyřazená. *„Takže jsem hrozně toužila po tom být standardně krásná holka, ale nějak se to nedařilo a já jsem z toho měla velké komplexy. Navíc jsem menstruovala už asi od 11 let a hrozně mi vyrostly prsa, takový trojky, čtyřky v sedmé třídě neschováte, připadala jsem si fakt jak vyvrhel.“* Aktivně řešit to ale Simona začala až na střední škole, kde začala experimentovat s velkým množstvím diet.

Oproti tomu Marie vše popisuje s nadhledem a vše vypadá, jako by jí to netrápilo ani teď ani tehdy. *„Mně vždycky chutnalo, podle toho jsem taky vypadala a všichni mi říkali, že bych to měla omezit, že bych toho měla nechat, ale to já jsem just nechtěla.“* V kolektivu ale byla na rozdíl od dvou předešlých respondentek v průběhu celého života oblíbená. Popisuje se jako raubíř, vedoucí party a přirozeně vůdčí osobnost, což její vrstevníci oceňovali. Stála tak vždy ve středu party.

### 6.1.1.2. Kritika okolí

S kritikou na základní škole od spolužáků, si pravděpodobně v jisté míře projde každý, děti jsou v tomto ohledu dost kruté. Kritika ať už v dětství, jak jsem popisovala

v předchozí podkapitole, tak i ta v pozdějším věku může udělat své. Ať už jde o nevinné poznámky, které v zásadě ani nemusí reflektovat skutečnost, nebo o posměšky založené na reálném podkladě. Johana se setkávala s kritikou okolí na střední škole ale i později. Vzhledem k tomu, že byla aktivní sportovkyně, měla poměrně vyvinutou muskulaturu, což bylo často v centru zájmu spolužáků, ale také jejích bratrů. *„Často se mi smáli, že mám ramena jak chlap a přišlo to přesně v době, kdy si holka začne zakládat na tom, aby vypadala žensky, takže to mě hodně sráželo.“* Později, když přestala sportovat, přibrala deset kilogramů, v té době to ale neřešila, protože zjistila, že je těhotná. Po porodu se ale dostavily další posměšky a kritika okolí.

Často také může jít o kritiku, která se třeba přímo netýká zevnějšku, ale útočí na již pochroumané sebevědomí stejnou silou. Simona se po základní škole, kde se denně setkávala s posměšky ohledně jejího vzhledu, dostala z malého města do Prahy na internát. Už sice nikoho tolik nedráždily její zrzavé vlasy, ani velká prsa, ale její slabost vycítili. *„Na střední se mi zase smáli, že jsem vidlačka, byla jsem tam jediná pražská, takže tam to s tím kolektivem také úplně neklaplo.“*

Sára zameškala velké množství hodin na střední škole právě pro své záchvatovité přejídání. *„Já jsem na to kašlala, nechtěla jsem, aby mě někdo takhle viděli, tak jsem chodila za školu a hlavně jsem se chtěla přejídat. Takže jsem spíš než do školy chodila za školu a kupovala si jídlo. Hlavně jsem prostě nechtěla být mezi lidmi. Nechtěla jsem, aby mě ostatní viděli, abych se s nima musela bavit, úplně jsem vypustila školu, neučila jsem se na testy, nic. Všechno šlo úplně mimo.“* Pak když se rodina stěhovala do jiného města, Sára nastoupila opět do toho samého ročníku, aby měla čas si zvyknout na nové prostředí a vše v klidu dohnat. *„Jak jsem nastoupila do té nové školy, to bylo všechno na novo. Nový stres, nový lidi, kteří už měli hotovej kolektiv. Tak jsem se přejídala.“*

Tam se opět setkala s kritikou, protože pro své přejídání v té době měla nadváhu a přijít do utvořeného kolektivu není snadné ani pro sebevědomého člověka bez psychických problémů.

Sára vnímala nejen zlé komentáře spolužáků, které o ní ale v zásadě nic nevěděli, vnímala také rady svého otce, který to ale dle jejích slov, nemyslel nijak zle. *„Hodně zdůrazňoval, jak je důležité být hubený. Jako malá jsem právě chtěla být právníčka a on mi furt říkal, že nikdo nestojí o to jednat s tlustým potícím se člověkem, že proti sobě chce mít někoho příjemného, hubeného. Já jsem byla hodně kariérně založená vždycky, a táta mi to hodně opakoval, že je pro ten kariérní život důležité být hubenej.“* Tato věta se jen těžko dá interpretovat jinak, než že, pokud chci být úspěšná, musím být hubená. Těžko se z této

myšlenky vymanit, pokud je člověk kariérně založený a tuto „radu“ dává otec, který to s námi přeci musí myslet dobře a ani není pochyb o tom, že to tak skutečně myslí.

Další příklad toho, že i zdánlivě nevinné a dobře míněné komentáře ale mohou dívku, která stále řeší, že by si měla odpírat jídlo, že příliš jí a chce být hubenější, poznamenat. *„Já jsem se, myslím, nesetkala s nějakým kritizováním mé váhy, nebo postavy. Ale vždycky se mě dotýkaly takové ty poznámky, Ty pěkně jíš, ty pěkně dojídáš‘, to jsem si pak připadala ještě tlustější, i když oni jen měli radost, že mě vidí jíst.“*

#### 6.1.1.3. Srovnávání s vrstevníky, inspirace u vrstevníků

Jako rizikový faktor můžeme vnímat také neustálou potřebu srovnávat se s vrstevníky. Touhu po tom být jako někdo jiný s utkvělou představou, že pak se něco změní. Také inspirace chováním jiných osob může být rizikovým faktorem, který nejen může vést ke vzniku poruchy, ale také v ní jedince udržovat nebo posouvat dále.

Petra jedla už jen jedno jablko denně, když se setkala na internátě s jinou dívkou, která také trpěla poruchami příjmu potravy. *„Trpěla bulimií, tak jsem si říkala, to je dobré. Tak aspoň se konečně najím a zůstanu hubená.“* Od té doby se Petra začala potýkat s mentální bulimií.

Někdy se dívka ani nemusí sama srovnávat, dokonce ji nemusí srovnávat její okolí, ale rozdíly je přesto nemožné ignorovat a nevnímat. Sára byla z dvojvaječných dvojčat. *„Se sestrou jsme se nenáviděly, ale spíš to byla taková ta dětská nenávisť a ve skrytu jsme se měly rády. Byly jsme každá úplně jiná povahově i vzhledem. Sestra je vysoká, štíhlá, hnědovlasá, hnědooká, snědá, takže můj pravý opak. Byla vždycky ta hezká, hubená, třídí krasavice.“*

#### 6.1.1.4. Závislost a další psychické problémy v rodině

Kromě látkové závislosti, tak jak ji typicky známe, kde jsou v centru pozornost psychoaktivní látky, můžeme mluvit také o behaviorální závislosti, kdy lidé vykazují prvky závislostního chování ve vztahu k určitým aktivitám (Vacek & Vondráčková, 2014).

Z tohoto důvodu můžeme uvažovat, že výskyt závislostí v rodině, ať už látkových či nelátkových může mít vliv na sklony k závislosti u dětí (Hajný, 2003).

U čtyř respondentek se v užší či širší rodině vyskytl abusus alkoholu či další psychické poruchy. Pouze u Sáry nebylo možné nic takového identifikovat a ohledně širší rodiny uváděla, že neví.

Otec Johany pil, navíc s kombinací jeho vysazením na výsledky a agresivním chováním v opilosti, z něj měla velký respekt a snažila se vždy dostat jeho požadavkům, což šlo, dle jejích slov, dost těžko a tak selhávala. S alkoholem má problémy také její bratr a jeho manželka, která navíc trpí mentální bulimií a jejich dva synové užívají intravenózně pervitin, ale nikdo z nich se svým problémem nic nedělá, podle Johany si to ani neuvědomují. Kromě toho dcera Johany užívala pervitin, aktuálně je po léčbě a abstinuje, ale dlouhou dobu se trápila jak s anorexií purgativního typu, tak se závislostí na pervitinu, ke kterému se dostala právě pro jeho anorektické účinky. *„Mám pocit, že to máme tak nějak v genech, všichni chlastaj, nebo fetujou, jen snad máma, ale ta zase byla labilní. Rodiče neuměli dávat lásku ani pochválit a my jsme po tom fakt hodně prahli, ale nebyli jsme schopni v jejich očích uspět.“*

V Simonině rodině se problémy s alkoholem projevovaly u dědečka, který měl problémy s alkoholem i hazardem a jeho otec se upil a umrzl, takže se tam vždy něco takového vyskytovalo, už kdysi. Simonin otec sice nepije natolik, aby to budilo nějaké pochyby o jeho schopnosti se v této oblasti ovládat, ale popisuje ho jako nervově labilního. *„Pro chlapa musí být obzvlášť těžké si to přiznat, ale já vím co to je, sama taková jsem a mám to i potvrzené od doktorů. Myslím, že ty sklony tam jsou a nejvíc se to projevilo na příbuzných z jeho strany, to bych řekla, že je sbírka psychiatrických diagnóz. Od depresí, nevyrovnaných osobností, po zvláštní chování. Nevím, jak to medicínsky definovat.“*

Velká rodinná zátěž v podobě výskytu mnoha psychologických problémů se projevila také na dceři, která je, dle Simoniných slov, také velmi citlivá, až labilní. Prošla si epizodou s mentální anorexií a v současné době se přejídá.

V rodině Marie alkoholu holdoval otec, ale nikdy tomu nebyla věnována přílišná pozornost. Měl významnou pozici, kde se zkrátka počítalo s tím, že se pije a bralo se to jako nutná součást, o které nebylo radno diskutovat nebo se ji pokoušet měnit. *„Měl k alkoholu velmi kladný vztah, ale měl docela postavení, takže se to tak bralo, že je na schůzích, takže pije s těma papalášema a to se musí.“* Bratr měl také problémy s alkoholem, které dokonce léčil. Abstinovat dlouhodobě však nevydržel a již okolo svých 40 let věku zamřel na otravu alkoholem. Sestra paní Marie doteď nadužívá léky, ale svůj problém si neuvědomuje a na jakékoliv upozornění své sestry reaguje velmi podrážděně. *„Ona je hltá jeden za druhým a já to prostě poznám, vždyť jsem sama brala, co se dalo.“*

*Ale kdykoliv se o tom zmíním, hrozně vyletí. Nejsem schopná s ní být delší dobu, teď jsem se o ni starala, protože je nemocná, ale musela jsem odjet, já bych si šoupla neurologa a to mi za to nestojí.“*

Také u Petry doma měl alkohol své místo. Nedokáže si vybavit dobu, kdy by její otec nepil. Kvůli svému pití měl velké problémy v práci, několikrát přišel o zaměstnání i o řidičský průkaz. Jednou podstoupil léčbu v psychiatrické nemocnici, ale k abstinenci, respektive příležitostnému pití vedla až operace srdce po infarktu myokardu. *„Začala jsem tátu brát jako schizofrenika, že má dvě osobnosti, to mi pomohlo si s ním udržet vztah. Když byl strýzlivý, tak byl fajn, ale opilý byl hodně agresivní. Na nás většinou ruce nevztáhl, ale na maminku ano, na tu byl hrubý a napadal ji. Jednou ale přišel v noci opilý domů, to bylo den před maturitou, rozkopř dveře, a pak si jen vzpomínám, že mě držel pod krkem. Ale druhý den se mi hrozně omlouval. On vždycky omlouval toho opilého tátu. Když si vzpomenu jako dítě, to jsem ho nenáviděla, ale snažila jsem se, si k němu dělat tu cestičku tím rozdělením na dvě osoby.“*

#### 6.1.1.5. Nízké sebevědomí a sebehodnocení

Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví nepochybně velmi významné. Psychoterapeuticky zaměřené badatelé poukazují na to, že mnoho psychických obtíží pramení právě z nejistoty ohledně hodnoty vlastního „já“ (Langmeier & Krejčíková, 2006).

Nízké sebevědomí či sebehodnocení se v nějaké formě vyskytlo u čtyř z respondentek. Zdá se to být jako nepříjemné téma, některé z respondentek na otázky k tomu směřující reagují velmi opatrně a rozhovor posouvají jinam.

*„Nikdy jsem nebyla sebevědomá děvče, srovnávala jsem se i s jinými holkami a chtěla jsem být jako ony. Ideál krásy jsem ale vnímala jako úplně normální, štíhlejší postavu. Myslím, že to jídlo s tím mělo co dočinění. Jídlem jsem dosahovala nějakého toho uspokojení, že jsem hubená a to uspokojení plynulo pak také z alkoholu, že jsem se cítila aktuálně dobře a také na moment ustalo to věčné řešení, jestli jsem hubená nebo tlustá.“* U několika z respondentek se objevoval motiv, kdy se hubnutím snažily okolí dokázat svou hodnotu, kterou ve svých očích v tu danou chvíli neměly.

*„Když se mi to povedlo, dosáhla jsem té své cílové váhy, první týden byl úžasný, všichni mě chválili. Koupila jsem si nové oblečení, začala jsem se malovat a česat. Ale po tom týdnu jsem zjistila, že mám pořád stejné problémy, že mě všichni vnímají stejně jako*

*předtím a nic moc se vlastně nezměnilo.*“ Takto Sára popisuje svoje rozčarování z tolik vydřeného výsledku.

Kritika provázející člověka od dětství se může na sebevědomí podepsat stejně dobře, jako absence pochvaly. Často se tyto dva jevy mohou objevovat současně, tak jako v případě respondentky Johany. *„Já si nepamatuju žádnou pochvalu, jen samou kritiku. Otec byl hodně dominantní, matka konfliktní a oba byli hodně zaměřený na výkony. Přestože já jsem je jednu dobu podávala jak ve sportu, tak ve škole, pochvaly se mi stejně nikdy nedostalo. To pak v jeden moment člověka fakt srazí na kolena a je těžký se pak zvednout.“* S tím se prolínalo období kritiky od spolužáků, ale také bratrů.

Odlišnost se na základních školách moc nenosí, což na vlastní kůži okusila Simona, která byla terčem posměchu nejen z důvodu, že měla pár kilo navíc, ale také pro své zrzavé vlasy a později brzký vývoj sekundárních pohlavních znaků.

Nízká sebedůvěra v tomto případě mohla pramenit také z těžké rodinné situace, kdy se v Simoniných šesti letech narodila její sestra, která se narodila se závažnou diagnózou defektu imunity a těžkým atopickým ekzémem. *„Teď to vnímám všechno jinak, vím, že to rodiče měli těžké, ale tehdy jsem těžko nesla, že věnovali tolik péče mé sestře a na mě se nedostávalo a měla jsem pocit velké křivdy. Tak jak jsem byla, jsem pro ně nebyla dost zajímavá, na rozdíl právě od té ségry.“*

Výjimkou je paní Marie, které sebevědomí podle všeho nechybělo. Byla nejmladší a rodiče na ni nedali dopustit, obzvlášť pak otec. Nic nemusela, udělali to za ni buď rodiče, nebo starší sourozenci. *„Já jsem se slovíčko prosím učila až v Praze. Sestra mi to dodnes někdy předhazuje, jako ve zlým a já teď zpětně vnímám, že to bylo vůči nim sprostý.“* V průběhu života se často setkávala s komentováním své váhy, svého stravování a doporučeními, že by s tím měla něco dělat. To v ní ale naopak vyvolávalo nechut' s tím cokoliv dělat a nijak se jí to nedotýkalo, s čímž koresponduje také lehkost, se kterou o tom mluvila.

#### 6.1.1.6. Vztahy v rodině

Neexistují definice či pravidla na to, jak by měla vypadat správná rodina, která je přiměřená ve všech ohledech pro zdravý vývoj dětí. Můžeme však jmenovat její základní funkce, kterými jsou reprodukční, hospodářská, emocionální a socializační. Nedílnou součástí emocionální funkce rodiny je také funkce sociálně podpůrná, která se stává o to

důležitější, pakliže se u některého z členů rodiny objeví psychosociální problémy nebo onemocnění. (Langmeier & Krejčíková, 2006). V takovém případě může sloužit jako protektivní faktor.

Existuje ale velké množství jevů, které víme, že by se v ideálním případě vyskytovat neměly. Ohrožující jsou ale až v momentě, kdy se vyskytují v nějaké vyšší hladině, než je snesitelné, tyto hranice se však těžko určují a pro každou rodinu, ale také každého jedince, se nacházejí někde jinde. Konflikty a jiné náročné situace jsou běžnou součástí každé rodiny, důležité je také to, jak se s tím rodina jako celek dokáže vyrovnat, jaký k nim zaujme postoj a jaký dopad to bude mít na její následné fungování.

Jako normální popisuje vztahy v rodině respondentka Simona, která má od dětství vřelý vztah k otci i matce a vycházely spolu dobře také se svou, o šest let mladší, sestrou. Když jsem se ale respondentky ptala na její dětství, mluvila o křivdě, kterou pocítovala, neboť její rodiče mnoho času museli věnovat její mladší sestře pro závažný zdravotní stav. Důvodem protichůdného popisu v zásadě dost podobné věci mohl být způsob dotazování, který respondentku v jednu chvíli přiměl mluvit o tom, co ona jako dítě v rodině prožívala, jak se cítila, a v druhé chvíli respondentka zhodnotila zpětně, ze své aktuální pozice, jaké byly vztahy v rodině. *„Ve čtrnácti jsem šla do Prahy na internát, ale nic zvláštního se doma nedělo, že by mě to nějak nutilo utéct, ale chtěla jsem do Prahy a asi jsem se chtěla i trochu trhnout. Měli sice takové italské manželství, protože otec byl choleric, ale to je podle mě celkem normální. Žádné násilí nebo týrání, to ne.“*

Paní Marie uvádí, že vztahy v rodině byly skvělé a bezproblémové. Čím více se ale snažím o tématu dozvědět, tím méně rozumím tomuto hodnocení. To je ale možná dáno povahou paní Marie, která působí jako velmi pozitivní žena, která se nyní už nenechá příliš vyvézt z rovnováhy. Možná tomuto hodnocení napomohla také její pozice „benjamínka“ rodiny. Marie se narodila jako třetí dítě po smrti její sestry. *„Ségra umřela a já jsem se na základě toho narodila.“* Se sestrou i bratrem popisuje vztahy spíše neutrálně, teď zpětně dokáže vnímat, že možná hrálo roli právě její protěžování rodiči. Když jsem se více zajímala o smrt její sestry, která byla, dle slov Marie, podnětem pro její zplození, relativně mě odbyla. *„Smrt té moje sestry se vůbec neprožívala, vůbec se o tom přede mnou nemluvilo. Já jsem se narodila tři roky po.“* Jaký skutečný dopad měla tato událost na rodinu, se bohužel nedozvíme, ale možná také to může být další příčinou Mariiny výhodné pozice mezi členy rodiny.

S tím kontrastuje zkušenost Johany, která vyrůstala s oběma rodiči, přestože se často vyskytovaly konflikty a nevěry z matčiny strany. Na dětství nevzpomíná ráda, cítila



se omezená, vybavují se jí dominantní rodiče a jejich důraz na výsledek, za který nebyla nikdy oceněna, pouze kritizována. Do deseti let věku trpěla Johana enurézou, když se doptávám na bližší informace, odpoví mi, že je pro toto téma nepříjemné, příčiny a další informace proto dále nezjišťuji. Odhaduji ale souvislost s rodinnými vztahy, vzhledem k tomu, v jaké okamžiku a v jaké souvislosti to zmiňuje.

Zbývající dvě respondentky se shodují na tom, že v jejich rodině nebyl úplně prostor pro sdílení hlubších pocitů a jako rodina při sobě příliš nedržely. „*V rodině jsme nikdy neprobírali takové ty hlubší věci, to u nás nikdy nebylo, že bychom se bavili o tom, co cítíme.*“ Rozchází se ale v momentě, kdy se bavíme o konkrétních vazbách s jednotlivými členy rodiny. Petra byla se sestrou nerozlučná dvojice, hodně se podporovaly v těžkých momentech, které provázely pití otce. Vztah mezi rodiči nebyl dobrý, v jejích deseti letech se rodiče rozvedli, přesto spolu i poté zůstali a jsou spolu až do teď. „*Maminka těžko nesla tátův alkoholismus, ale přes všechna ultimáta, co jsme mu daly, přes řešení s policií i soudně, se nic nezměnilo. Ale myslím, že teď už mají dobrý vztah. Taký jak se zklidnil po tom infarktu. Ale dřív to bylo hodně divoké.*“ Uvádí, že k otci jako dítě cítila nenávisť, přesto s ním má spojeno také mnoho dobrých zážitků. K zachování také těch dobrých vzpomínek na otce ji pomohlo ho vnímat jako dvě rozdílné osoby podle toho, jestli je zrovna opilý nebo střízlivý. To můžeme vnímat jako důmyslně propracovaný obranný mechanismus malého dítěte, které nechce domýšlet důsledky chování svého otce a nechce o něj zcela přijít.

Oproti tomu Sára se svými sourozenci v době svého dětství dobré vztahy neměla. S bratrem si vůbec nebyli blízcí a se svou sestrou, dvojčetem, se nemohly snést. „*My jsme i byly nucené spolu trávit volný čas, měly jsme společný pokoj, nemohly jsme se vystát.*“ Rodiče jsou spolu do dnes, prošli si také těžšími obdobími plnými hádek, zejména pro častou nepřítomnost otce, který hodně pracoval a za prací také dojížděl. Atmosféru v rodině vystihuje také situace, kdy se Sára poprvé pokusila svěřit se svými problémy matce. „*Asi dvakrát jsem přišla za mámou s tím, že si myslím, že už je to vážně problém a že bych s tím ráda něco dělala, a ona to přešla. Chvilí mlčela a pak najednou řekla ,a dáme si k obědu kaši nebo brambory?‘. Úplně to smetla, jak kdyby to nebylo.*“ Současně to doplňuje o to, že si myslí, že rodiče vše vnímali, jen nevěděli, jak se k tomu postavit. „*Měli zkrátka málo informací.*“ Později ji matka na její žádost pomohla s oslovením psychiatra.

#### 6.1.1.7. Nezvládání silných emočních stavů

Silné emoční stavy respondentky často uváděly, jako jeden z důvodu, proč se v dané situaci uchýlily k požití alkoholu, nebo také velkého množství jídla. *„Já si myslím, že to přejídání a i ten alkohol, to je řešení nějakého hlubšího problému, který já se snažím tímhle zaplácávat. Paradoxně, když jsem začala být lepší s tím jídlem, začala jsem si dovolovat prázdné kalorie, jako je džus nebo alkohol, tak jsem ho začala taky zneužívat. Protože je účinnější a má nakonec méně energie, než jedno to přejedení a nemá to takové citelné následky, i když si uvědomuju, že dlouhodobě je to snad i horší.“* Podle toho, co uvádí respondentka Sára, se můžeme domnívat, že alkohol nebo také jídlo může v některých případech sloužit jako jakýsi kompenzační mechanismus v momentě, kdy nastane nějaká situace, ve které si nejsou jisté a nevědí, jak si s ní poradit. *„To co zaplácávám, stále zjišťuju, možná jak mi od malička opakovali, že mám zhubnout a já jsem si nějak všila, že taková jaká jsem, nestačím, a když nejsem lepší, tak se musím potrestat. A z toho se právě vymaňuju tím, že se jdu přejíst a zavřít a zatáhnu žaluzie a předstírám, že ten svět není. Takže to je takový únik z té reality.“*

Petra odjela po rozchodu s přítelem do Frankfurtu, kde se jí naskytla pracovní nabídka. Po nějaké době začala pít obsah baru v domě, kde bydlela. Třetí den jí byla přivolána záchranná služba a skončila na klinice s 5,6 promile alkoholu v krvi. *„V tom Frankfurtu jsem se cítila vážně sama, bylo to čerstvě po tom rozchodu, byla jsem sice v kontaktu s tím bývalým přítelem i mamkou, ale bylo mi hrozně smutno. A tím alkoholem jsem se snažila ten stesk nějak zmírnit.“* Dále uvádí, že vždy tím alkoholem, ale také jídlem, kompenzovala všechny velké emoce. Popisuje se jako hodně citlivý člověk, emocionálně založený a alkohol a jídlo dokázaly zpracovat všechny velké emoce. Ať už smutek, vztek, hněv, deprese nebo také radost a pocity štěstí. *„Snažila jsem se to tím kontrolovat, ale výsledek byl spíš takový, že nebyly nekontrolovatelné jen mé emoce, ale já celá.“*

Respondentky Marie i Johana se shodují na tom, že pro ně byl alkohol rychlou úlevou, od toho jak se cítily. Marie dále popisuje také, jakými dalšími způsoby si v takových chvílích ulevovala. *„Mně když bylo fakt na nic, tak jsem se prostě zpila, nebo jsem si dala nějaký léky anebo jsem se pořádně nacpala. To jídlo fakt výborně odvede vaši pozornost, i když se to nezdá, dokáže fakt parádně fungovat.“*

Podobné pocity, nebo zjednodušeně řečeno motiv, můžeme pozorovat také u Simony. *„Kdykoliv jsem měla nějakou úzkost, stres, nebo mi bylo prostě smutno, přejedla jsem se.“*

*Utěšilo mě to, přišla jsem na jiné myšlenky a bylo mi lépe. Pak jsem zjistila, že alkohol funguje stejně dobře, možná ještě lépe. Tak od té doby jsem na něj nedala dopustit. Hodně jsem se cítila třeba manželem odmítaná, byl vždy dost zaměstnaný, což jsem věděla, ale to mé emoce ohledně toho změnit nedokázalo.“*

#### 6.1.1.8. Významné životní události, stresové situace

Některé události samy respondentky popisovaly jako něco, co vedlo k jejich závislosti, okamžitému zneužití alkoholu jako sedativní látky s tlumícími účinky, nebo požití velkého množství jídla či rozpoutání dalšího období přejídání.

Paní Simona považuje za klíčovou situaci ve svém vztahu k sobě ale také k alkoholu dobu před třemi lety. *„Ve 42 letech mi udělali hysterektomii, v té době jsem to přestala s tím alkoholem zvládat. Nešlo to ani s ním ani bez něj. Bylo to pro mě hodně těžké, najednou jsem si připadala jako nic, nebyla jsem žena, nebyla jsem nic.“* Ale dle všeho tento problém sahá ještě o dva roky dále. *„Už dva roky předtím, ve 40, mi udělali umělý přechod. A já se s tím prostě nedokážu srovnat, nikdo mě nepřesvědčí, že jsem plnohodnotná ženská. Doteď se mi zdá o porodech, v noci se budím, že menstruuju, nějaký blok tam zůstal a nejde vytěsnit. Jeden vaječník mi operovali, už když jsem byla mladší, asi před patnácti lety a už tehdy mě napadalo, co teď jsem, když už nejsem pořádná ženská. Já nevím, proč to má člověk tak spojen s těma reprodukčníma orgánama, ale tohle bylo něco, co si myslím, že mě dost zlomilo. A tohle všechno vyústilo v můj pokus o sebevraždu, který byl vlastně před rokem, fakt jsem neměla proč žít, když to řeknu hnusně.“*

U zbylých čtyř respondentek můžeme vidět podobnou situaci přímo vedoucí k intenzivnímu užívání alkoholu, kdy je motivem snaha vyrovnat se s nastalou nepříjemnou životní situací, která s sebou přináší velké vypětí, intenzivní emoce či pocity strachu a zejména samoty.

Sára zmiňuje rozchod s partnerem, se kterým byla půl roku a pro ni to byla pravá láska. *„Snažila jsem se ten rozchod nějak zvládnout, ale do toho byl v práci šrumec a já jsem se úplně sesypala. Musela jsem úplně přestat chodit do práce, protože jsem nedokázala být mezi lidma. Měla jsem noční děsy, ale i denní děsy, prostě jsem nemohla být o samotě, jinak jsem se rozklepala a prostě jsem nemohla existovat. To se těžko popisuje. Ale byla jsem tedy nějaký čas po tom u rodičů. Máma si dávala jeden večer vodku s džusem a nabídla mi taky, ať si dám na uklidnění. A jak jsem ty dny vůbec nejedla spíš z nervů, než že bych hubla, tak to na mě docela působilo. Měla jsem dva ty džusy, tak tři panáky*

*maximálně a byla to první noc, co jsem spala. Hrozně se mi ulevilo, ta tenze polevila. Tak jsem si tím pak začala pomáhat celkem pravidelně.“*

Paní Marie zmiňuje, že u ní se alkohol nějak více a opakovaně začal objevovat až po rozvodu s manželem. Mladší dcera jí poté oznámila, že by ráda žila s otcem a to byla pro Marii velká rána a zůstala tak vlastně sama, jen se starší dcerou, která se po nějaké době odstěhovala. Poté si našla nového přítele, který vnímal její pití negativně, začala jej kvůli němu omezovat. *„V roce 2008 zemřel. On byl pro mě motivace proč nepít, pak už to bylo jedno, pak se to rozjelo na plno. V té době jsem i bydlela sama a neměla jsem se tak před kým schovávat, tak jsem si dopřávala. To šlo jedno s druhým, nejdřív ta deprese, pak lahvinka, pak šoupnout rohypnol.“*

Rozvod byl také silným okamžikem pro paní Johanu. Již delší dobu měla poměr s jiným mužem, se kterým se bavili o společné budoucnosti. Johana se rozhodla udělat krok a rozvést se s manželem, poté se od ní však odvrátil také její milenec. *„Mně ten rozvod semlel, nebo ani ne ten rozvod, jako spíš to, že se na mě pak přítel vykašlal, vždyť já to udělala vlastně kvůli němu a nakonec jsem zůstala sama, to se nedalo zvládnout. Chyběli mi vlastně nakonec oba.“*

Silná emoční zátěž, jako je rozchod, byla u respondentky Petry ještě spojena s další stresovou událostí, kterou bylo nastoupení pracovní pozice v cizí zemi a nové, neznámé prostředí. *„Bylo to tam krásný, nádherné město, ale já tam nikoho neznala, byla jsem tam úplně sama a ještě jsem byla čerstvě po tom rozchodu. Bylo mi vážně smutno a cítila jsem se hodně sama. Když jsem tam objevila ten bar s luxusním alkoholem, myslím, že vše bylo předem jasné.“*

#### 6.1.1.9. Životní styl

Tento rizikový faktor jsem sice zpozorovala pouze u jedné z respondentek, přesto mi přišel poměrně výrazný a vybočující, tak považuji za vhodné mu zde věnovat prostor.

Na střední škole paní Marie popíjela se svými kamarády, obvykle ale neměli moc peněz, tak to nebylo příliš časté a alkoholu bylo malé množství. Například láhev vína pro partu deseti lidí. Jako katastrofický ale popisuje Marie svůj nástup do prvního zaměstnání, tam každý den po práci vypili láhev vína. *„To se vybíralo každé den bůra nebo deset korun, nebo nám doktoři dali lahvinku a to jsme si dávali během práce, protože jsme všechno museli mít do jedné hodiny hotový, a pak jsme seděli a popíjeli. Byla to sice nakonec třeba*

*dvojka vína na každého, ale fakt každé den.*“ V té době Marie, dle svých slov, alkohol ještě nepotřebovala, doma nepila. Ale uvědomuje si, že tam mohl vznikat nějaký návyk, tímto způsobem v zaměstnání fungovala více než 4 roky. *„Doma jsem ještě nepotřebovala ten alkohol, to přišlo až někdy po tom rozvodu, ale byl to už v práci takový příjemný rituál, uvolnění po pracovním dni.“*

Také Mariin přístup k jídlu byl formován jejím zaměstnáním ve zdravotnictví, kde nebyl na normální stravování čas. *„Přes den jsem nejedla vůbec, maximálně občas tam někdo přinesl nějaké chlebičky nebo salát. Pak jsem přišla večer domu a vyluxovala jsem lednici. Hrozně jsem se přejídala, ale když mi bylo blbě, vzala jsem si pankreolan a bylo po problému.“*

Další oblastí, kde můžeme vidět vliv životního stylu, konkrétně zaměstnání a s tím spojenými příležitostmi, je Mariin vztah k lékům.

*„Ve zdravotnictví nebyl žádný problém se dostat k lékům, měla jsem to všechno na zlatém podnose a navíc jsem věděla, jak to využít. Tehdy se dostal navíc na trh rohypnol a pan doktor nám říkal, že to není návykový. Pak se začal vyrábět hypnogen a to jsem měla kamarádku ve farmaceutické společnosti, takže jsem to měla na kila. Ale nešlo jen o ten rohypnol, užívala jsem léky na všechno. Na bolesti, na ty stavy přejedení, na spaní, na úzkosti a deprese.“*

## **6.2. Výzkumná otázka č. 2 – protektivní faktory**

Jaké jsou rizikové faktory pro rozvoj závislosti na alkoholu a poruch příjmu potravy u vybraných respondentek?

Stejně jako v případě hodnocení rizikových faktorů, také zde pro lepší orientaci uvedu nejprve každý z identifikovaných protektivních faktorů zvlášť. Hledání protektivních faktorů u žen, kde se projeví poruchy příjmu potravy i závislost na alkoholu je úkol poměrně náročný. Přesto můžeme uvažovat, že protektivní faktory byly přítomné, pouze ale nebyly dostatečně silné, nebo jich nebylo dostatečné množství, aby vzniku poruch zabránily a vykompenzovaly tak faktory rizikové. Přestože nebyly v dostatečné převaze, aby vykompenzovaly rozvoj těchto poruch, jejich existenci nemůžeme popřít.

Také respondentky si v této oblasti byly méně jisté odpověďmi, nebyly příliš schopné u sebe samy nějaké protektivní faktory reflektovat. Přesto dokázaly pojmenovat některé okolnosti, které se jako protektivní faktory dají vykládat. Stejně jako u rizikových faktorů také tady může mít jeden faktor více protektivních rovin.

## 6.2.1. Identifikované protektivní faktory

### 6.2.1.1. Přátelé, skupina vrstevníků

Vliv vrstevníků může být stejně jako protektivní faktor také faktor rizikový. O tom často rozhodne „jaké party se chytíme“. Protektivní vliv může mít také blízké přátelství s někým, kdo se nechová rizikově. Velkou sílu spatřuji, stejně jako respondentky, v tom, že přátelé, nebo parta nás berou takové, jací jsme. Obvykle nechávají bez poznámek, jestli máme pár kilo navíc, nebo máme nezvyklou barvu vlasů. Často také mohou pomoci podchytit rané stádium výskytu nějaké poruchy.

Po zkušenosti se základní školou, kde se Simoně spolužáci posmívali, se dostala do Prahy na internát, kde bydlela s dívkami s konzervatoře. „*To byla úplně jiná. Byly to holky i po dvacítce a byly někde úplně jinde. Byly tolerantní a měly spoustu zájmů ohledně umění, přijaly mě mezi sebe. Já jsem nikdy neměla problém být v kolektivu, ale nemívala jsem taková ta přátelství na život a na smrt.*“ Další dobrou zkušenost popisuje Simona na výjezdech s táborem, kam jezdila už od svého dětství. „*Tam jsem jezdila, co si pamatuji, byla tam skvělá parta lidí a jezdila jsem tam ráda každý rok. Později jsem se tam dokonce stala vedoucí, to byla velká čest a těšilo mě, že se táborů tak úplně nemusím vzdát.*“

Sára se naopak na základní škole cítila dobře a posměšky spolužáku přišly až se střední školou. „*Byla jsem taková ta nejlepší z nejlepších, škola mě bavila a ve škole jsem měla kamarády, bylo to fajn. Asi jsem byla šprtka, ale vždycky jsem ráda poradila a spolužáci mě brali.*“ Žádné pevné přátelství, které by ji provázelo dodnes, si však ze školy neodnesla. Přesto na to období ráda vzpomíná, stejně tak jako na své spolužáky.

„*Mě měli vždycky děti rádi, kamkoliv jsem přišla, byla jsem oblíbená. Ráda jsem byla středem pozornosti a to se mi také dařilo, ale ne nějak trapně, spíš přirozeně.*“ Na rozdíl od jiných respondentek, se Marie ve svém životě s kritikou od okolí setkávala méně a zejména také neměla charakter posměšků, ale i z toho, jak o tom mluvila, bylo patrné, že se jí nikdy příliš nedotýkala.

Petra do školy chodila ráda, v kolektivu byla oblíbená a na základní i střední škole měla přátele. *„S kluky jsem chodila tak sportovat spíš a sem tam jsem se s nimi poprala, ale kamarádky jsem měla mezi holkami. Ze střední jsme taková trojice, holky už jsou sice povdáváné, ale pořád se vidáme.“*

Johana se pohybovala mezi sportovci, přestože šlo v zásadě o prostředí, kde se kladl důraz na výsledek a výkony, chovali se k sobě vzájemně vřele a podporovali se, než aby se upozorňovali na své neúspěchy. *„Tam jsem se cítila jako doma, trenér dokázal ocenit moje úspěchy a lidi z týmu taky.“*

#### 6.2.1.2. Vědomí vlastní hodnoty, smysl, společenská role

Simona popisuje jako spokojené období těhotenství a po narození dětí. *„Měla jsem pocit, že mám svou úlohu, kterou nikdo nemůže nahradit, a že to co dělám, dává smysl. To bylo příjemný a tehdy i tak samozřejmý. V té době jsem ještě nic neřešila, ani jídlo, ani alkohol, ani cigarety. Nic víc jsem nepotřebovala. I když to bylo hodně náročné, cítila jsem se dobře, jak to bylo.“*

Stejný účinek měla pro Johanu její záliba ve sportu. *„Když se mi něco povedlo, cítila jsem se skvěle. Bylo fajn, podávat výkony, ale i když se mi nedařilo, nehroučila jsem se z toho, věděla jsem, že budu trénovat a výsledky přijdou. Měla jsem jasný cíl. Byla jsem v tom dobrá a chtěla jsem být lepší.“*

#### 6.2.1.3. Blízký vztah v rodině

Přestože se u žádné respondentky neprokázaly silné rodinné vazby, můžeme narazit na silný vztah s některými z rodinných příslušníků. Petra měla výborný vztah se sestrou. *„Vycházely jsme spolu skvěle, to nám vydrželo i doted'. Jako rodina jsme moc při sobě nedrželi, ale se sestrou jsme byly dobří spojenci. Hodně jsme se i vzájemně podporovaly v těch situacích, které třeba nastávaly doma, když táta pil.“*

Dalším silným vztahem, který vzpomínala paní Marie, byl její vztah s otcem. Ale vztah s matkou si také pochvalovala. *„Byla jsem tátův mazlíček, nic jsem nemusela, měli jsme fakt skvělý vztah. Trávili jsme spolu hodně času a měli jsme i společné záliby a hlavně jsme si vydrželi dlouho povídat o všem.“*

#### 6.2.1.4. Zájmy, smysluplné trávení volného času

Johana od dětství sportovala, věnovala sportům velké množství volného času a setkávala se tak také se stejně naladěnými vrstevníky, kteří měli stejné priority. Svůj volný čas sportu věnovala ráda a vedla si v něm dobře. *„Po tréninku jsem se vždycky cítila fajn, uvolněná, unavená, ale vlastně plná energie, prostě psychicky v pohodě. Bylo fajn setkávat se s lidma, co to mají stejně. Neřešili jsme boty, ani jestli se půjdeme poprvé opít, měli jsme větší cíle.“*

U Simony se v tomto kontextu opět dostáváme k jejím vyjížděním na tábory nejen v pozici účastníka, ale později také jako vedoucí. *„Co vím od dcer, tak na táborech se už normálně tajně pije, ale to u nás teda nebylo. Nějak nás to ani nenapadlo, tam byly úplně jiné aktivity, které nám asi stačily a bavily nás.“*

#### 6.2.1.5. Dobré studijní výsledky

Dobré studijní prospěch spolu se zájmem o školu, popisovaly dvě respondentky. Sára byla vždy perfekcionistka a na základní škole byla vždy nejlepší z nejlepších. Stejně tak Petra, která do školy chodila ráda a dosahovala dobrých výsledků. *„Máma mi vždycky říkala, že to dělám pro sebe a já jsem si to taky myslela.“* Přestože v určitých obdobích ustupovalo studium do pozadí, Sára úspěšnou absolventkou vysoké školy v oboru, ve kterém teď pracuje a Petra vystudovala vyšší odbornou školu ukončenou absolutoriem. *„Hlásila jsem se souběžně na dvě školy. Vyšší odbornou, a pak klasický tříletý bakalářský obor, ale bylo toho na mě nakonec příliš moc. Zůstala jsem na té vošce, tam jsem bydlela na internátě.“*

#### 6.2.1.6. Odmítavý přístup k alkoholu a drogám v rodině

Pouze u dvou respondentek se v úzké rodině nevyskytovala závislost na alkoholu, nebo jeho výrazné užívání. Respondentka Sára dokonce uvádí, že neví o výskytu problémů s alkoholem nebo dokonce jiných psychických problémů ani v širší rodině.

U Simony doma se alkohol pil jen výjimečně. *„Občas jsme si dali třeba při zvláštních příležitostech, ale přistupovalo se k tomu docela obezřetně. Ne, že by rodiče byli nějakí fanatici, ale prostě u nás nebyl standard otevřít si v neděli pivo k televizi, nebo víno k večeři. V tom jsem vyrostla a přišlo mi to celkem přirozené, ne nějak démonické.“*



#### 6.2.1.7. Pozdní kontakt s alkoholem

Dvě respondentky se alkoholem setkaly až v pozdějším věku. Johana až do své plnoletosti alkohol neužívala, ale dokonce ani neochutnala. Jako aktivní sportovkyně k němu zastávala spíše odmítavý postoj, který byl posílen také závislostí její matky. Poprvé se alkoholu napila až po narození první dcery, tedy ve 24 letech. Ale až do rozvodu alkohol pila spíše výjimečně.

Sára alkohol nepila do svých 23 let. *„Nepila jsem hlavně, protože alkohol byly prázdné kalorie, ale také mě ani nenapadlo, ho nějak zneužívat, abych se cítila lépe.“* Ale ani u Sáry doma nebylo zvykem pít.

### 6.3. Výzkumná otázka č. 3 – osobnostní charakteristiky

Jaké jsou společné osobnostní charakteristiky žen s komorbiditou poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu?

Osobnostní rysy jsou zobecňující charakteristiky, které umožňují vyjádřit specifickou osobnost jedince, a tím i jeho rozdílnost od ostatních lidí (Vágnerová, 2010).

Pokusila jsem se pojmenovat společné osobnostní charakteristiky u těchto žen, které by mohly být jedním z možných stavebních kamenů pro rozvoj závislosti nebo poruchy příjmu potravy. Některé tyto osobnostní charakteristiky jsou totožné, nebo se alespoň částečně překrývají s výše popsányými rizikovými faktory. To poukazuje na osobnost člověka, jako na důležitý činitel při rozvoji závislosti či jiných poruch.

#### 6.3.1. Identifikované osobnostní charakteristiky

##### 6.3.1.1. Hlubší citové prožívání

Větší senzitivita může být také důvod, proč se někteří jedinci se svými emocemi nebo prožitky hůře vyrovnávají a jejich intenzita je ovládá. Z toho plyne potřeba najít nějaký rychlý a účinný prostředek, který tyto pocity zmírní. *„Vždycky jsem byla hrozně citlivá, hrozně věci se mě dotýká, řekla bych, až zbytečně moc. Ale to nejde ovládnout, prostě to tak cítím. S tím je také spojené moje fňukání. Pořád jsem se litovala, to člověka*

*dostane ještě hlouběji v té zoufalosti. Je to začarovaný kruh.“ Stejně jako Simona také Petra poukazuje na svou velkou citlivost. „Semnou vždy ty emoce cloumaly, nemyslím, že bych byla nějak lítostivá, ale hodně věcí se mě dotýkalo a bylo mi pak třeba smutno.“*

Johana na své okolí působila, jak říká, jako drsňačka. Také možná proto se setkávala i s ostřejší kritikou, aniž by bylo očekáváno, že se jí tolik dotkne. *„Oni si mysleli, že toho snesu hodně, podle mě, ale já to v sobě měla a mám pocit, že už mi pak ubližovalo úplně všechno. Nebylo to takové to povrchní, že by mě to urazilo. Mně to fakt ubližovalo a bolelo.“* Marie vše popisuje, jako by byla nad věcí, ale vždy, když trochu poleví její pozornost a zamyslí se nad tématem, je vidno, že vše co říká, je opředeno silnými emocemi. *„Vždycky jsem byla takový smíšek a bavič. A z toho už se pak nedá vystoupit. Když mě něco trápilo, mám pocit, že to pak mí kamarádi ani nedokázali brát vážně, tak jsem se v tom utápěla sama a ještě jsem se setkávala s tím, jak to zlehčují. Ale ten alkohol tam pro mě byl vždycky, i to jídlo.“*

#### 6.3.1.2. Nezvládání silných emočních stavů

Problematika nezvládání silných emočních stavů je rozepsána již ve výsledcích týkajících se rizikových faktorů (viz kapitola 6.1.1.7). Všechny respondentky uváděly, že alkohol nebo jídlo bylo často spojené s nějakými silnými emocemi. Ať už šlo o emoce negativní, jako vztek, smutek, zklamání, strach nebo pozitivní, jako radost, pocity štěstí a další.

*„Celkově jsem tím kompenzovala všechny velké emoce. Jako radost, naštvání, vztek, smutek, deprese, nebo něco. Vždycky jsem si to nějak zdůvodnila. U mě to bylo hodně vázané na ty emoce.“* A podobně jako Petra také například Simona zmiňuje podobné. *„Mě to jídlo vždycky hrozně uklidnilo, když mě nějak zachvátily emoce a já se nedokázala zklidnit. Pak jsem zjistila, že ještě lépe funguje alkohol a tak vlastně alkohol u mě vystřídal to přejídání, dá se říct. Nebo alespoň částečně.“*

Neschopnost poradit si v situacích, kdy se respondentky setkávaly se silnými emocemi, je tak jasno prokazatelná. Řešení těchto stavů, tedy jejich zdárnou kompenzací, přinášelo jídlo, alkohol a u paní Marie také léky.

Sára o svých emocích příliš nemluvila, jako projev hlubokého prožívání však můžeme vnímat velikost dopadu ztráty partnera, která vyústila až v depresi a problémy s alkoholem.

### 6.3.1.3. Sebekritičnost, nízké sebevědomí

Na počátku mentální anorexie všech respondentek byla nespokojenost s vlastním tělem, ačkoliv v prvním momentě vycházela od jiných osob (vrstevníků, rodiny, aj.). Také tento rys osobnosti se protíná s rizikovým faktorem (viz kapitola 6.1.1.5.). Nízké sebevědomí respondentky nutilo pokusit se o změnu. Například Sára, která se rozhodla zhubnout s tím očekáváním, že až dosáhne své vysněné váhy, něco se změní, bude jiná, lidé ji budou brát jinak a starosti zmizí.

Petra říká, že se nikdy necítila sebevědomá. *„Cítila jsem se tlustá. Ne, že bych byla nějak boubelatá, to jsem nikdy nebyla, ale měla jsem třeba 10 kilo víc, než teď a to byl na mě vidět každý špek.“* A tak začala hubnout.

Nízké sebevědomí se ale vyskytovalo také u dalších respondentek. Simona nepříjemné pocity zkoušela zprvu zahánět jídlem. *„Vždycky jsem chtěla být krásná, ale nešlo to. Když jsem se začala přejídat a tloustla jsem, cítila jsem zvláštní pocit úlevy z toho, že už nemusím bojovat. Byla jsem tlustá, tak jsem se nemusela snažit být hezká.“* Podobné pocity popisuje také Sára, u které se objevily v době, kdy se začala přejídat.

### 6.3.1.4. Neschopnost sebeovládání, impulzivita

Simona sama sebe popisuje jako ženu emočně labilní a impulzivní. *„To pak spolu dohromady tak nějak reaguje. Něco mě semele, i když nemusí jít o žádnou hrůzu, všechno vnímám dost intenzivně, třeba věci v rodině. A já nejsem schopná se nad tím zamyslet, prostě jedním. S tím byl spojený také ten můj pokus o sebevraždu, to nebylo něco, co bych promýšlela, plánovala, nějak vyhodnocovala. Bylo mi hrozně a tak jsem to udělala. Zpětně jsem to ani sama nechápala.“*

Ženy trpící mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním jsou nejčastěji charakterizovány s impulzivitou (Gordon, 2000). Tím jsou také záchvaty přejídání typické. Marie své epizody přejídání popisuje takto: *„Prostě jdete, nepřemýšlíte a všechno do sebe cpete. Ze začátku si člověk i vybírá, ale pak už je to jedno a jen se cpete, abyste utišili ten vlčí hlad. To prostě najednou přijde a nejde to ani v nejmenším zastavit.“*

Petra měla stavy neschopnosti se ovládat jak v případě alkoholu, tak i jídla. Uvedla dva případy, kdy vypila v krátkém čase takové množství alkoholu, že se probudila až v nemocnici, kde ji lékaři informovali o tom, že měla v jednom případě 5,3 a v druhém 5,6 promile alkoholu v krvi.

Zajímavý je příklad respondentky Sáry, pro kterou je typický perfekcionismus. Ve fázi, kdy trpěla mentální anorexií, prokazovala schopnost dokonale se ovládat, i přes omezování vlastního komfortu. V momentě, kdy se začala přejídat, její sklony k perfekcionismu vzaly za své a vystřídala je impulzivita s neschopností se ovládat.

#### 6.3.1.5. Perfekcionismus

Sára byla ve škole vždy nejlepší z nejlepších, vše jí šlo a také bavilo. Vše měla perfektně uklizené, vše mělo svůj řád. To se změnilo, až s příchodem záchvatovitěho přejídání. *„Když jsem trpěla tou anorexií, tak to jsem všechno měla tak precizně, všechno bylo perfektní, známky, měla jsem vždycky uklizeno, vše mělo svůj systém a své místo. Jak bylo všechno striktní, až tak, že se to nedalo dodržovat, tak jsem přestala dodržovat všechno. Začala jsem se přejídat, kolem sebe jsem měla bordel, vůbec jsem se o sebe nestarala. Vypadala jsem příšerně, na všechno jsem kašlala.“* Tento perfekcionismus se u Sáry projevoval také ve formě dokonalého sebeovládání ohledně jídla. V momentě však, kdy byla situace neudržitelná a i přes veškerou snahu vše nebylo perfektní, polevila a šla do druhého extrému. *„Byla jsem taková extrémistická povaha, buď všechno, nebo nic.“* Perfekcionismus je typickým osobnostním rysem dívek, které trpí anorexií (Papežová, 2010).

U Johany byl perfekcionismus manifestován zejména ve vztahu ke sportu. Vrcholově sportovala a s velkou pílí, pravidelným tréninkem a tvrdým režimem dosahovala výborných výsledků. K perfektním výkonům byla vedena také svými rodiči, kteří byli vysazeni na výsledky. *„Vždycky jsem se cítila dobře, když jsem podávala dobré výsledky. Dělal mi dobře ta dřina, to odpírání kvůli nějakému cíli. Připadala jsem si kompetentní. Se stejnou vervou jsem se pak pustila do toho hubnutí. Nedokážu prostě něco dělat napůl.“* Zbylé tři respondentky znaky perfekcionismu nevykazují.

## 6.4. Výzkumná otázka č. 4 – subjektivní pohled respondentek na komorbiditu

Jak ženy subjektivně vnímají vzájemné ovlivňování poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu?

### 6.4.1. Subjektivní pohled respondentek na komorbiditu

Na závěr každého z rozhovorů jsem vždy požádala respondentku, o její subjektivní názor na výskyt komorbidity těchto (nebo i více) poruch právě u ní.

#### 6.4.1.1. Respondentka Sára

*„Další psychický problémy u mě přišly spíš až jako následek toho co se dělo, ne, že by tam vždycky byly. Já myslím, že tam je nějaký problém. Že to přejídání a pití samo o sobě není ten problém, je to jen řešení toho něčeho hlubšího. Paradoxně právě když jsem si povolila ty prázdné kalorie, přišel s tím ten alkohol.*

*Myslím tedy, že je to propojené tak, že volím jedno nebo druhé na nějaký ten hlubší problém. Ale později, když už jsem pila víc, tak to taky začalo tak nějak fungovat spolu. Když jsem se přejedla, tak jsem to zapila, abych potlačila ty výčitky a už mi bylo jedno, že tam přihodím nějaké kalorie. Nebo pak když jsem pila, tak mi zase bylo jedno co jím. Víc jsem si povolila, to jsem si ráno třeba uvědomila, měla výčitky, tak jsem se napila. Takový kolotoč.*

*To, co zaplácávám, pořád zjišťuju, ale myslím, že to pramení z toho, jak mi odmalička opakovali, že mám zhubnout. Tak jsem si to přebrala, že taková nestačím, jak jsem sama o sobě, takže se musím snažit. Že musím být perfektní a teprve potom si něco zasloužím.“*

#### 6.4.1.2. Respondentka Petra

*„Myslím, že to hodně souvisí s tím, že jsem nikdy nebyla moc sebevědomé děvče. S tím to podle mě bylo hodně spojené. Jídlem jsem dosahovala nějakého toho uspokojení, že jsem hubená a to uspokojení zároveň plyne z toho alkoholu. Ten mi dodával sebevědomí a cítila jsem se aktuálně dobře. Navíc tím také trochu pominulo to věčné řešení, jestli jsem hubená nebo tlustá.*

*Myslím, že tam mám taky někde toho otce, jak jsem s ním měla takový komplikovanější vztah. Moje paní psychologka mi právě i říkala, že si myslí, že je tam ten společný jmenovatel a plyne to z toho neuspokojeného dětství. „*

#### 6.4.1.3. Respondentka Marie

*„To všechno tam vlastně bylo, abych tím zaháněla nepříjemné pocity. Bylo to něco, co může v nějaké situaci nastolit rovnováhu. Vlastně mi to ale všechno i chutnalo, to jídlo a ten alkohol. A ty prášky, já je měla ráda. Věděla jsem, že prostě zaberou, ať se děje co se děje. Ale teď už vím, že je třeba se naučit jinak řešit ty problémy. Tak na tom pracuju.“*

#### 6.4.1.4. Respondentka Johana

*„Já tam toho vidím víc. Určitě tam jsou ty rodiče, který mě fakt dlouho dusili a nepodpořili mě. Sebevědomí, o které jsem v pubertě přišla, protože to na čem jsem si zakládala, ten sport, tak bylo nakonec něco, co mě trápilo. Respektive ta postava. A alkohol se u mě objevil, když mi bylo fakt hrozně, po rozvodu. Věděla jsem, že se mi uleví, a pak nešlo přestat, věděla jsem, co přijde za muka, když přestanu pít. K abstinenci mi hrozně pomohlo nějaké nalezení vnitřního klidu, i když to zní asi směšně. Ale přestala jsem si připadat tak opuštěná a jako největší otloukánek. Snažím se zlepšit i v tom jídle, ale pořád to v té hlavě mám. Alespoň už nemám potřebu napít se, když si dám dospěláckou porci jídla.“*

#### 6.4.1.5. Respondentka Simona

*„Pro mě tam určitě je souvislost. Bylo to tak, že jsem třeba nějakou úzkost nebo stres, a přejedla jsem se. To mě uklidnilo a bylo mi lépe. Potom jsem přišla na to, že alkohol funguje stejně dobře, možná ještě lépe, tak jsem pila. Trochu jsem přestala řešit tu tloušťku, to jídlo, alkohol skvěle vytěsnil ty pocity a fungoval tak, že bylo všechno jedno. To pro mě bylo hodně důležitý, protože u mě byla základem všeho ta moje citlivost. Já jsem se byla schopná sesypat vážně ze všeho, špatně jsem reagovala na stres a tyhle věci tam vždycky byly jako snadné řešení. Je to rozhodně všechno provázaný, nevím přesně, kde je ta spojnice, ale vím, že tam je.“*

## 6.5. Shrnutí výsledků

### 6.5.1. Rizikové faktory

Nejčtenějších rizikových faktorů bylo hned několik. U všech respondentek se vyskytl rizikový faktor, který jsem nezvala jako „vztahy v rodině“. Je jen těžko odhadnutelné, nakolik jsou vztahy v rodině u těchto respondentek problémové. Určitá míra konfliktů či nesprávného fungování se jistě vyskytovala, není bohužel možné v rozsahu práce vyhodnotit, jedná-li se o velké odchylky, nebo je to více záležitost subjektivního vnímání jednotlivých respondentek. V rodinách respondentek bylo možné identifikovat dominantní otce i labilní otce, stejně tak dominantní či konfliktní matku. Rodiče se závislostí či problémovým užíváním alkoholu, rodiče neschopné pochvaly, s často vyjadřovanou kritikou a jiné. Vyskytovaly se také špatné vztahy se sourozenci, pocity žárlivosti ohledně péče, která jim byla věnována, nebo pocity žárlivosti sourozenců na péči, která byla věnována respondentce. Tématem byla také nedostatečná vzájemná podpora členů rodiny nebo tabuizování pocitů a emocí.

Stejně tak se u všech žen vyskytlo nezvládnutí silných emočních jevů, významných životních událostí či stresových situací. V těchto momentech ženy často sahaly po alkoholu nebo po jídle, jako po kompenzačním mechanismu ve snaze opětovně získat rovnováhu.

Ve čtyřech případech z pěti se vyskytla rodinná zátěž v podobě psychických problémů. Největší zastoupení mělo užívání alkoholu, v některých případech diagnostikováno jako závislost na alkoholu. V širších rodinách respondentek se pak bylo možno setkat s celou paletou psychických poruch od poruch příjmu potravy, přes závislost na pervitinu a lécích až po patologické hráčství.

Rizikové faktory, které se v životech respondentek navazovaly spíše na poruchy příjmu potravy, byly nadváha v dětství, kritika okolí, srovnávání s vrstevníky a nízké sebevědomí a sebehodnocení. Přesto není cílem popřít jejich možný vliv také na rozvoj závislosti na alkoholu. Velmi zjednodušeně můžeme také říci, že poruchy příjmu potravy byly u některých respondentek jedním z rizikových faktorů pro rozvoj závislosti na alkoholu.

Životní styl jako rizikový faktor bylo možné spatřit pouze u jedné z respondentek, ale jeho vliv je dobře vykreslen. Respondentka, u níž bylo možné tento faktor identifikovat, postrádala na rozdíl od zbylých čtyř respondentek faktory typu nízké sebevědomí,

srovnávání s vrstevníky a další. V tomto případě se etiologie poruch jeví výrazně rozdílně, než v ostatních případech.

V tabulce níže (tabulka č. 8) uvádím pojmenované rizikové faktory a spolu s nimi počet respondentek, které je ve své výpovědi zmínily, nebo bylo možné je identifikovat ze souvislostí. Některé z nich se překrývají, tedy stejnými okamžiky v životě respondentky si mohou vysvětlovat výskyt více rizikových faktorů.

Tabulka č. 8: Rizikové faktory

Kategorie	Celkem respondentek
Nadváha v dětství	3
Kritika okolí	4
Srovnávání s vrstevníky, inspirace u vrstevníků	2
Závislost a další psychické problémy v rodině	4
Nízké sebevědomí a sebehodnocení	4
Vztahy v rodině	5
Nezvládnání silných emočních stavů	5
Významné životní události, stresové situace	5
Životní styl	1

#### 6.5.2. Protektivní faktory

Nejčastěji jako protektivní faktor působila skupina vrstevníků nebo úzké přátelství. Stejně tak, ale, jak jsem uvedla v předchozí kapitole, chování vrstevníků mohlo působit opačně. Platí však, že každý z nás se nenachází po celý čas v jedné skupině. Proto i přesto, že vrstevníci působí jako rizikový faktor, souběžně mohou být také faktorem protektivním. Pak už se faktory objevovaly se stejnou četností vždy u dvou z respondentek. Jako velmi důležité vnímám například vnímání vlastní hodnoty. V těchto konkrétních případech šlo o něco, co respondentkám dávalo smysl a zpětnou vazbu o jejich důležitosti. Bohužel v obou případech byly respondentky z tohoto přesvědčení vytrženy dalšími událostmi.



S tím souvisí zájmy a smysluplné trávení volného času, které bylo v podání respondentky Johany, sportovně založené, vykládáno nejen jako záliba, ale také jako přesvědčení o vlastní hodnotě.

Dílčím cílem bylo přiřadit jednotlivé faktory k jednotlivým poruchám, proti jejichž vzniku spíše působí u těchto konkrétních respondentek, bude-li to možné. Ukázalo se však, že obzvláště u protektivních faktorů, které jsou velmi obecné, je těžké odhadovat, proti rozvoji které z poruch působily.

Výsledkem zůstává také domněnka, že protektivní faktory působí proti vzniku rizikového chování obecně, spíše než by se každý z faktorů vázal primárně k některé z poruch. Na některé takové protektivní faktory bychom sice mohli poukázat, například odmítavý přístup k alkoholu v rodině či pozdní kontakt s alkoholem, je to ale spíše výjimkou a i zde může být tato interpretace poněkud zjednodušená.

V tabulce níže (tabulka č. 9) uvádím pojmenované protektivní faktory a u nich uvádím počet respondentek, u kterých je možné vyvozovat shodný protektivní faktor.

Tabulka č. 9: Protektivní faktory

<b>Kategorie</b>	<b>Celkem respondentek</b>
Přátelé, skupina vrstevníků	5
Vědomí vlastní hodnoty, smysl, společenská role	2
Blízký vztah v rodině	2
Zájmy, smysluplné trávení volného času	2
Dobré studijní výsledky	2
Odmítavý přístup k alkoholu v rodině	2
Pozdní kontakt s alkoholem	2

### 6.5.3. Osobnostní charakteristiky

U všech respondentek bylo možné identifikovat osobnostní charakteristiku v podobě hlubšího citového prožívání, se kterým se úzce pojí nezvládnání silných emočních stavů. Tato specifika jsou popsána také jako rizikové faktory, proto můžeme uvažovat, že jde o osobnostní charakteristiky, které mohou mít vliv na rozvoj těchto poruch. Dále také

proto, že často právě tyto intenzivní pocity či emoční stavy byly spouštěčem užití větší dávky alkoholu, záchvatu přejídání a podobně.

Stejně tak je tomu v případě nízkého sebevědomí a sebekritičnosti. Tyto charakteristiky nepůsobí přímo, jako výše zmíněné silné emoční stavy, přesto jejich vliv v případě respondentek nemůžeme vyloučit.

Dále bylo možné určit existenci perfekcionismu nebo impulzivity a neschopnosti sebeovládání. Tato charakteristika je v některých konkrétních případech poměrně dobře přiřaditelná k určitým poruchám. Zatímco impulzivní chování a neschopnost sebeovládání se vyskytovalo se záchvatovitým přejídáním, bulimií a užíváním velkého množství alkoholu, perfekcionismus je možné spojovat s důsledným omezováním v příjmu potravy. Zajímavé je zjištění, že u dívek, které trpěly jak restriktivní mentální anorexií, tak později mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním, bylo možné identifikovat jak zvýšenou schopnost sebeovládání, kdy dokázaly přes velký hlad a další nepříjemné stavy odmítnout potravu a intenzivně cvičit, tak neschopnost se ovládnout, při záchvatech přejídání a užívání alkoholu.

Tabulka č. 10: Osobnostní charakteristiky

<b>Kategorie</b>	<b>Celkem respondentek</b>
Hlubší citové prožívání	5
Nezvládnání silných emočních stavů	5
Sebekritičnost, nízké sebevědomí	4
Neschopnost sebeovládání, impulzivita	3
Perfekcionismus	2

#### 6.5.4. Subjektivní hodnocení respondentkami

V pohledu respondentek na vlastní příběh můžeme vidět, že vnímají nějaký upozaděný problém. Tedy, že abúzus alkoholu, stejně jako porucha příjmu potravy, léky a další, není samotný problém, je to jen špatný způsob řešení, vyrovnávání se s určitými situacemi, které nejsou schopny zvládnout. S tím také souvisí, další události v jejich životech či osobnostní předpoklady, které jsou příčinou toho, že nejsou dostatečně „vybavené“ na to náročnější situace zvládnout. Například nízké sebevědomí, neschopnost

zvládat stres a silné emoce, nějaké vžití vzorce, které ovlivňují jejich chování, ale není často možné si je uvědomit či je pojmenovat.

Opakuje se také, že tyto poruchy mohly být nejen následkem, ale také kompenzačním mechanismem, který činil určité situace snesitelnější. Zpět se ale dostáváme k něčemu, co vyvolává tyto stavy. Často jsou spouštěny již zmíněnými vžitými vzorci, přesvědčenými – jsem tlustá, musím se změnit, nebo těžkými životními situacemi – rozchod, rozvod aj.

Pozici dalších psychických problémů si většina respondentek vybavuje jako něco, co bylo vyvoláno určitými situacemi, opět například rozvodem, rozchodem aj., a současně byly podnětem pro jejich potlačení zaběhlým vzorcem, tedy alkoholem a jídlem.

## 7. Diskuze

Cílem mé diplomové práce bylo popsat souvislost mezi závislostí na alkoholu a poruchami příjmu potravy, pokusit se najít rizikové a protektivní faktory, které tuto komorbiditu provázejí a poukázat na společné osobnostní charakteristiky žen s touto komorbiditou. Dalším cílem bylo poskytnout subjektivní pohled žen zúčastněných ve výzkumu na výskyt těchto dvou poruch v jejich životě, na souvislosti, které se k tomu pojí a na jejich vzájemnou provázanost.

Snažila jsem se jednotlivé respondentky hodnotit co možná nejindividuálněji, abych se tak vyhnula zjednodušení problému a získaných informací. Cílem mé studie nebylo odhalení pouhého výčtu osobnostních charakteristik a rizikových a protektivních faktorů, ale také poskytnutí kontextu, ve kterém se vyskytly.

V první fázi jsem se snažila identifikovat maximum rizikových faktorů u respondentek a následně hodnotit jak často a v jakých souvislostech se vyskytovaly, k čemuž sloužilo využití částí rozhovorů, které celé práci také dodávají autentičnost. Rizikové faktory se ukázaly jako poměrně jednoznačné životní události, osobnostní charakteristiky aj., které bylo možné identifikovat u více respondentek. Bylo tedy možné identifikovat hned několik nejčastějších rizikových faktorů.

Vztahy v rodině a obecné fungování rodiny. V rodinách respondentek jsme mohli pozorovat mnoho obecně negativně působících vlivů, například dominantního, labilního nebo výbušného otce i dominantní či konfliktní matku. Dále rodiče s velkým důrazem na výkony, kteří nebyli schopni pochvaly nebo jiného ocenění a naopak se vždy uchylovali ke kritice. Výskyt vysokých aspirací, které jsou dané zejména rodinou žen s poruchami příjmu potravy, potvrzuje Kocourková (1997), která dále uvádí, že může být vyjádřen větší důraz na výkon, který vede k tomu, že ženy a dívky následně potřebují neustálé sebepotvrzování úspěchem a stávají se závislé na pozitivním hodnocení. Jak zmiňuje Rodin a kolektiv (1992) rizikovým faktorem v rodině nemusí být pouze kritika jako taková, také kladení důrazu na štíhlost a vzhled mohou mít znatelný dopad. Jedna z respondentek popisovala opakované upozorňování otce na důležitost štíhlosti v kariéerním životě, což na kariéerně založenou dívku s velkými ambicemi jistě mělo vliv.

Výjimkou nebyl také abúzus alkoholu v rodině, významně pak právě u otců. Hajný (2003) uvádí, že právě závislost v rodině je jeden z nesporných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte. Dalším opakujícím se tématem byla nedostatečná vzájemná podpora či

soudržnost rodiny a tabuizování pocitů a emocí. Na nízkou toleranci k otevřenému vyjadřování pocitů a emocí upozorňuje také Rodin a kolektiv (1992) ve své studii zabývající se rizikovými a protektivními faktory u mentální bulimie.

Nezvládání silných emočních stavů. U každé z respondentek se objevovaly skutečnosti, které bylo možné, a v zásadě i žádoucí, vykládat jako neschopnost zvládnout silné emoce, těžké životní události a stres. Na schopnost sebemedikačních účinků omezování se v jídle nebo naopak jedení upozorňuje Vodáčková (2007).

Psychické problémy v rodině. Všechny respondentky s výjimkou jedné popisovaly výskyt psychických problémů v rodině. Často šlo o abúzus alkoholu, ale také závislosti na jiných látkách, poruchy příjmu potravy a další.

Rizikovými faktory, které se pojily spíše s poruchami příjmu potravy, byly nadváha v dětství, kritika okolí, srovnávání s vrstevníky a nízké sebevědomí a sebehodnocení.

Další rizikový faktor vnímám jako důležité zmínit, přestože bylo možné jej pojmenovat pouze u jedné z respondentek. Vliv životního stylu. Jeho působení bylo zjevné a povahou vyčnívající mezi ostatními rizikovými faktory. Podle Leibolda (1995) nemusí nutně příčiny poruch příjmu potravy sahát až do dětství. Na jejich rozvoji se může podílet také pozdější průběh života, nedá se ale popřít, že i v takovém případě často jsou v pozadí nepříznivé vlivy z dětství, které sice nezpůsobily rozvoj poruchy samy o sobě, ale vytvořily předpoklad k tomu, že jiné příčiny tuto poruchu dokázaly vyvolat.

Jako nejčastější protektivní faktor je možné popsat skupinu vrstevníků, která měla podpůrný charakter v tom smyslu, že nabízela respondentkám prostředí, kdy byly brány takové, jaké jsou a nesetkávaly se tak s kritikou, která by je přesvědčovala o jejich nedostatečnosti. Současně v tomto případě mluvím o skupinách vrstevníků, kde se neužíval alkohol ani jiné návykové látky. Chování jedince, tedy i užívání návykových látek a alkoholu, se odvíjí také od norem a životního stylu skupiny, ve které se nachází (Bém & Kalina, 2003). Právě vrstevníci se ve výsledku prokázali jako možný protektivní i rizikový faktor. Kromě vrstevnické skupiny, kde se neobjevovalo užívání alkoholu ani jiných návykových látek, je dle Nešpora a kolektivu (1996) významný také pozdní nebo žádný kontakt s drogou, který byl identifikován u dvou z respondentek tohoto výzkumu.

Dalším neméně významným faktorem, který působil jako protektivní, byly vlastní zájmy, smysluplné trávení volného času a vědomí vlastní hodnoty či nějaký smysl vlastní existence. To může působit také ve smyslu protektivního faktoru, který uvádí Nešpor a kolektiv (1996), kdy zmiňuje, že protektivně působí možnost umět si navozovat příjemné pocity zdravými způsoby a využívání kvalitních způsobů trávení volného času.

Původně jsem zamýšlela přiřazení jednotlivých protektivních faktorů k jednotlivým poruchám, na něž primárně působí. Ukázalo se ale, že protektivní faktory působí proti vzniku rizikového chování obecně a není tedy příliš reálné a vhodné, snažit se každý z faktorů přiřadit k jedné z poruch.

Identifikovat osobnostní charakteristiky respondentek na základě dvou poměrně časově i tematicky omezených setkání nebylo úplně jednoduché, přesto bylo možné na základě výpovědí i jejich působení v přímém kontaktu některé z nich určit.

U všech respondentek bylo možné popsat osobnostní charakteristiku v podobě hlubšího citového prožívání či větší senzitivity, k níž se také pojí nezvládnání silných emočních stavů, popsané již jako rizikový faktor. Kocourková (1997) také popisuje u žen a dívek s poruchami příjmu potravy odlišnost emočního prožívání, která je vyjádřena zejména vyšší senzitivitou, ale také převahou negativních emocí, jako například úzkost. V mé studii popisovaly výskyt úzkostí dvě z pěti respondentek.

Nízké sebevědomí a sebekritičnost, vyskytující se v některých případech jako následek popsaných rizikových faktorů. Pepežová (2010) popisuje u dívek s mentální anorexií celkově nízké sebevědomí, nejistotu a sebekritičnost. Právě nedostatek pocitu jistoty u těchto dívek a žen vyvolává zvýšenou potřebu sebekontroly a sebeovládání. Nízké sebevědomí a sebehodnocení je však popsáno také u dívek a žen s mentální bulimií (Rodin et al., 1992).

U některých respondentek byly pozorovatelné rysy perfekcionismu či impulzivity a s tím spojená neschopnost sebeovládání. Zatímco perfekcionismus se vyskytoval spolu s restriktivní mentální anorexií, s impulzivním chováním jsme se ve výpovědích mohli setkat ve spojitosti se záchvatovitým přejídáním, mentální bulimií nebo užitím velkého množství alkoholu. Oproti tomu nebylo možné u žádné z respondentek hovořit až o obsedantních rysech osobnosti, které zmiňuje Kocourková (1997) jako jeden z rysů osobnosti dívek a žen trpících mentální anorexií. Výsledky se však shodují s tvrzením Kocourkové, že tyto dívky mohou být velmi aktivní a sportovně založené, což může být dalším projevem potřeby ovládat své tělo. To bylo možné pozorovat u dvou respondentek.

Subjektivní vnímání vlastního problému respondentkami opakovaně poukazovalo na jakýsi méně či více identifikovaný problém. Opakovala se tedy myšlenka, že abúzus alkoholu, stejně jako poruchy příjmu potravy, zneužívání léků a další, není samotným problémem, ale ve skutečnosti jde o snahu nějakým způsobem eliminovat, potlačit upozaděný problém či kombinaci několika problémů či konfliktů. Toto zjištění koresponduje s tvrzením Vodáčkové (2007), která popisuje vliv hladovění nebo přejídání

na mechanismy v mozku tak, že následně přinášejí pocity zklidnění a euforie. Tak mohou být potlačovány úzkostné nebo depresivní pocity, proto jedení nebo odmítání jídla může působit jako sebemedikace a nabízet tak možnost, jak účinně potlačovat negativní emoční stavy.

Subjektivní pohled respondentek, schopnost uvědomovat si souvislosti a přemýšlení nad nimi, vnímám jako něco účinně využitelného v léčebném procesu.

Nalézt a pojmenovat protektivní faktory se ukázalo jako náročné. Můžeme tak uvažovat, že nebyly natolik výrazné, či se nevyskytovaly v takovém množství, aby přebily působící rizikové faktory a zabránily tak rozvoji těchto poruch. To vnímám jako logické v případě, kdy výzkumný vzorek tvoří ženy, v jejichž anamnéze je daná komorbidita. Vliv na to má také skutečnost, že protektivním faktorem může být v zásadě cokoliv, protože i maličkost může mít velký vliv. Nutné je také poznamenat, že působení faktorů je velmi individuální, a co je pro někoho faktorem protektivním, pro jiného může být faktorem rizikovým.

Přesto je vhodné uvést, že také toto zjištění vnímám jako jeden z výsledků výzkumu, který poukazuje na možnost nízkého, či „nedostatečného“ výskytu protektivních faktorů v životech těchto žen, potažmo žen, u kterých se daný problém vyskytne.

To ovšem nepopírá výskyt určité hladiny protektivních faktorů působících proti rozvoji závislosti na alkoholu a poruch příjmu potravy, stejně jako výskyt protektivních faktorů, které obecně brání vzniku dalších psychiatrických komorbidit. To však již zasahuje mimo rozsah i cíle mé práce.

Přestože bylo možné, některé protektivní faktory identifikovat, pro bližší seznámení s touto problematikou bych doporučila využít možnost srovnávání dvou či více skupin, které by byly rozdělené dle výskytu jednotlivých poruch. Pracovalo by se tedy se skupinou žen s poruchami příjmu potravy, se závislostí na alkoholu, s komorbiditou těchto dvou poruch a nakonec se skupinou žen bez výskytu těchto dvou poruch. Možností rozšíření tohoto výzkumu je ale více. Přirozeně by bylo možné se věnovat pouze jedné z poruch příjmu potravy, nebo respondentky podle jejich výskytu rozdělit a následně výsledky jednotlivých skupin srovnávat.

Tato doporučení lze také podložit výsledky mého výzkumu, kdy se snažím identifikovat společné osobnostní charakteristiky pro tyto ženy. Zde můžeme vidět, že je rozpor například mezi perfekcionismem a impulzivitou, kdy je každá z těchto vlastností typická pro jinou z poruch příjmu potravy, typicky je sebekontrola vystupňovaná u mentální anorexie, zatímco oslabená u mentální bulimie (Krch, 2008). S tím se také pojí následující,

kdy perfekcionismus je typický pro ženy trpící mentální anorexií (Papežová, 2010), zatímco impulzivitu můžeme spojovat s mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním (Duncan et al., 2006; Gordon, 2000). U jedné z respondentek bylo možné nalézt obě tyto charakteristiky, které se projevovaly ve spojitosti s různými obdobími v jejím životě, kdy se v prvním období poжил perfekcionismus s restriktivní mentální anorexií, ale odrážel se také v dalších oblastech života, jako například studiu. A v dalším období naopak projevovala velké sklony k impulzivnímu chování, které se pojilo se záchvatovitým přejídáním, ale také například s pokusem o sebevraždu. Pokusy o sebevraždu bývají často spojovány s impulzivním chováním (Koukolík, 2014), někteří autoři se s tímto názorem ale neztotožňují a naopak upozorňují na to, že důkazy pro spojení impulzivity se suicidalitou jsou řídké (Látalová et al, 2015).

Přestože je často upozorňováno na moc médií, která šíří do všech stran, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že právě štíhlost je hlavním aspektem přitažlivosti, kterému by ženy měly bez výjimky dostát (Krch, 2008; Hajný, 1999), já jsem se s tímto přesvědčením ani u jedné z respondentek nesetkala, alespoň tedy ne přímo. Může to být popisováno také jako ideál krásy s příslibem popularity a přijetí (Rodin et al., 1992), v této studii se ale můžeme setkat spíše se snahou dostát požadavků svého okolí a tím se zavděčit. To přirozeně nepopírá vliv těchto médii propagovaných přesvědčení a společensky uznaných stereotypů o ženské kráse, které mohou velmi účinně působit na pozadí a uniknout tak pozornosti žen a dívek s poruchami příjmu potravy, které mu dle výsledků mého výzkumu spíše nevěnují pozornost.

Vzhledem k tomu, že je má výzkumná práce kvalitativního charakteru a již publikované výzkumy věnující se tomuto tématu jsou spíše nebo pouze kvantitativní, mohu jen poznamenat, zdali se některé sledované jevy v mém výzkumném souboru objevily či nikoliv.

Při hledání souvislostí mezi poruchami příjmu potravy a závislostí na alkoholu jsem se také snažila určit, v jakém pořadí se v životě respondentek tyto poruchy objevovaly a jak se vzájemně ovlivňovaly. Ukázalo se, že vliv poruch příjmu potravy na závislost na alkoholu se zdá být větší než naopak, což koresponduje s výsledkem studie Franka a kolektivu (2005), kdy docházejí ke stejnému závěru a uvádějí, že u značného množství respondentek, u kterých byla původně přítomna porucha příjmu potravy, se v průběhu času také vyvinuly problémy s alkoholem.



Grilo a kolektiv (2002) uvádí, že se závislost na alkoholu a poruchy příjmu potravy často vyskytují společně, ale navíc také není výjimkou, že je doprovází další psychiatrická či osobnostní porucha, což je také v mém výzkumném vzorku možno pozorovat.

Jsem si vědoma limitů mé práce, které vidím například v malém výzkumném vzorku. I v tomto případě však bylo možné nalézt velké množství souvislostí. O to více nadějí vkládám do výsledků stejně zaměřeného výzkumu s větším výzkumným vzorkem.

Dalšími již výše zmíněnými limity mé práce, dle mého názoru jsou, neexistence kontrolní skupiny, nebo obecně více skupin, které by se od sebe lišily právě ve výskytu jednotlivých poruch, komorbidit apod. Tak by bylo možné srovnávat jednotlivé rizikové a protektivní faktory a osobnostní charakteristiky a následně je s větší pečlivostí a přesností připisovat právě komorbiditě těchto dvou poruch.

Naopak jako výhodu, i přes malý výzkumný soubor, vnímám poměrně velkou variabilitu respondentek, která se projevila nejen ve věku, ale také výskytem několika hlavních poruch příjmu potravy a také dalších psychiatrických komorbidit. A i přes tuto pestrost bylo možné najít společné charakteristiky a rizikové a protektivní faktory.

Při zpracovávání teoretické části práce, ale také při snaze vyhodnocení výsledků a jejich srovnávání, jsem se setkala s tím, že přestože jsou často pojmenovávány rizikové faktory, pojí se víceméně výhradně k dětem, dospívajícím, maximálně však mladým dospělým. Dalším překvapením pro mě byla, dá se říci, neatraktivita protektivních faktorů pro autory a výzkumníky, neboť dostupná literatura byla stejně tak omezená.

Na téma komorbidit poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen jsem již psala bakalářskou práci, při snaze získat aktuální zahraniční výzkumy, jsem byla překvapena zjištěním, že jich mnoho nových nebylo k dispozici. To jen upozorňuje na fakt, že přestože je výskyt této komorbiditě častý, v literatuře a současných výzkumech jí je věnováno velmi málo prostoru.

Jako přínos mé práce vnímám upozornění na rizikové faktory, které ovlivňují rozvoj těchto dvou poruch a osobnostní charakteristiky společné pro ženy s touto komorbiditou. Uvědomování si jejich existence by mělo upozornit na nutnost s nimi pracovat, věnovat jim čas a pozornost nejen v léčbě, ale také v preventivních programech. Jejich pochopení také vnímám jako důležitou složku pomoci při snaze léčit tyto ženy, protože jak si ženy samy uvědomují, skutečným problémem nejsou poruchy příjmu

potravy nebo závislost na alkoholu, ale nějaký hlouběji zakořeněný problém, konflikt. Obrazně můžeme říci, že tyto poruchy jsou pouze jejími symptomy. Pro uzdravení je nezbytné se věnovat nejen těmto symptomům, ale také příčinám jejich vzniku. Dále uvědomění si složitosti identifikace protektivních faktorů, ale také jejich velkého významu. Pokud budou protektivní faktory pojmenovány a následně podporovány, mohou mít nezanedbatelný vliv na zlepšení psychického stavu daných žen.

## 8. Závěr

Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti alkoholu žen není výjimečnou záležitostí. Bohužel je i přesto o této problematice velmi málo informací. Mou prací jsem se snažila do této problematiky proniknout a nabídnout informace, které, jak se také při rešerši odborné literatury potvrdilo, nejsou dostupné.

V průběhu výzkumu se mi podařilo zodpovědět všechny výzkumné otázky.

(1) Ukázalo se, že je možné identifikovat určité opakující se rizikové faktory, které se vztahují jak k rodinnému klimatu, vrstevníkům, vlastnímu tělu, sebehodnocení a sebevědomí aj. Tyto obecné rizikové faktory je možné nalézt u jednotlivých respondentek, kdy se s nimi obvykle pojí různé souvislosti. Základ a jejich podstata je však stejná.

(2) Snaha nalézt společné protektivní faktory se ukázala jako složitější, ale neméně důležitá. To, že výzkumný soubor tvořily ženy, u kterých se dané poruchy rozvinuly, se v průběhu ukázalo jako komplikace pro nalezení protektivních faktorů, které v jejich případě nebyly dostatečné. Protektivní faktory by se podle mého názoru lépe identifikovaly v kontrolní skupině. Přesto bylo možné pojmenovat zejména vliv vrstevníků či vlastní zájmy, smysluplné trávení volného času a vědomí vlastní hodnoty, uvědomování si smyslu vlastní existence či nějaké společenské role. (3) Při snaze pojmenovat společné osobnostní charakteristiky jsme se mohli setkat s tím, že některé z nich v zásadě korespondovaly s identifikovanými rizikovými faktory, z čehož vyplývá, že také osobnostní charakteristiky žen mohly být rizikovými faktory. Za společné osobnostní charakteristiky považují hlubší citové prožívání, nezvládání silných emočních stavů, sebekritičnost a nízké sebevědomí, impulzivita nebo perfekcionismus.

(4) Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na subjektivní vnímání této komorbidity u každé respondentky. Shodovaly se v tom, že podstatou je nějaký hlubší problém, nebo komplex problémů a konfliktů, na jehož základě tyto poruchy vznikají jako jakýsi kompenzační mechanismus ve snaze nastolit rovnováhu.

Myslím, že práce vnesla do této problematiky několik odpovědí, které by při jejich dalším zkoumání mohly přinést velké množství nových a hodnotných informací. Identifikace rizikových i protektivních faktorů, stejně jako osobnostních charakteristik těchto žen je velmi významná z důvodu jejich využití jak v léčbě, tak také například v preventivních programech. Identifikované protektivní faktory mohou být posilovány a využity v procesu úzdravy. Jako neméně důležité vnímám objevení schopnosti vhladu

těchto žen do vlastních problémů a jejich schopnost identifikovat jak existenci klíčového problému, tak také schopnost chápání souvislostí, jak se vzájemně tyto poruchy ovlivňují. Přestože se můžeme domnívat, že mnohého z toho dosáhly právě v léčbě, i přesto vnímám, že by také prosté naslouchání například ženám v léčbě mohlo přinést nové pohledy a nové souvislosti v této problematice. Myslím, že komorbidita závislosti s dalšími psychickými problémy je tématem, kterým by se nejen adiktologové měli více zabývat.

## 9. Použitá literatura

- ALLISON, D. B., & BASKIN, M. L. (2009). Handbook of assesment methods for eating behaviors and weight-related problems: measure, theory and research. Second edition. California: Sage Publications.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and statistical manual of menal disorderds (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- ARIAS, J. E., HAWKE, J. M., ARIAS, A. J., & KAMINER, Y. (2009). Eating Disorder Symptoms and Alcohol Use Among Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse: Research & Treatment*, (3), 81-91.
- BABIAKOVÁ, M., & MARKOVÁ, E. (2006). Poruchy příjmu potravy. In E. Marková, M. Venglářová & M. Babiaková, Psychiatrická ošetrovatelská péče (287-294). Praha: Grada Publishing.
- BALHARA, Y., MATHUR, S., & KATARIA, D. (2012). Body Shape and Eating Attitudes among Female Nursing Students in India. *East Asian Archives Of Psychiatry*, 22(2), 70-74.
- BÉM, P., KALINA, K. (2003). Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In K. Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborových přístup (274-284). Praha: Úřad vlády České republiky.
- BENEŠOVÁ, D., & MIČOVÁ, L. (2003). Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty: rady lékaře. Praha: Sdružení MAC.
- BLOND, A. I., FELDMAN, J. F., LORENZ, J. M., & WHITAKER, A. H. (2008). Eating attitudes and weught concerns in femalen low birth weight adolescents. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(6), 573-575. Doi: 10.1002/eat.20543
- ČABLOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. (2013). Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících. *Československá psychologie*, 57(3), 25-270.
- DOUKA, A., GRAMMATOPOULOU, E., SKORDILIS, E., & KOUTSOUIKI, D. (2009). Factor analysis and cut-off score of the 26-item eating attitudes test in a greek sample. *Biology Of Exercise*, 5(1), 51-67.
- DUNCAN, A. E., NEUMAN, R. J., KRAMER, J. R., KUPERMAN, S., HESSELBROCK, V. M., &BUCHOLZ, K. K. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity of alcohol dependence and bulimia nervosa in women. *Drug and Alcohol Dependence*. 84(1). 122-132. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.01.005
- DVOŘÁČEK, J. (2005). Neurobiologie alkoholové závislosti. *Adiktologie*, 5 (Supplementum), 253-261. Retrieved September 9, 2014 from <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?it=0&id=63376&picp=&idpi=240138>

Eating disorders in women and children: preventions, stress management, and treatment. (2012). London: CRC Press.

EMCDDA (2004). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. *Drugs in Focus*, 14. Lisabon: EMCDDA.

FAIRBURN, C. G., & COOPER, P. J. (1983). The epidemiology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 61-73.

FIŠEROVÁ, M. (2003). Neurobiologie závislostí. In Kalina, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup* (96-106). Praha: Úřad vlády České republiky.

HAJNÝ, M. (2003). Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In Kalina, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup* (140-144). Praha: Úřad vlády České republiky.

HAJNÝ, M. (1999). Specifické rysy vztahů pacientek s poruchami příjmu potravy. Disertační práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

GARNER, D. M., & GARFINKEL, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test. Retrieved March 6, 2015 from <http://www.eat-26.com/downloads.php>

GOLDBLOOM, D. S., NARANJO, C. A., BREMNER, K. E., & HICKS, L. K. (1992). Eating disorders and alcohol abuse in women. *British Journal of Addiction*, 87, 913-920.

GROF, S. (2000). *Psychology of the Future: lessons from modern consciousness research*. New York: State University of New York.

GROFOVÁ, Z. (2007). *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada.

JEŘÁBEK, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (53-74). Praha: Grada Publishing.

KALINA, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4

KAZDIN, A. E., KRAEMER, H. C., KESSLER, R. C., et al. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychologic Review*. In Papežová, H. et al. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.

KOCOURKOVÁ, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.

KOCOURKOVÁ, J. & KOUTEK, J. (2007). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.

KOUKOLÍK, F. (2014). *Metuzalém: O stárnutí a stáří*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

KRCH, F. D. (2008). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing.

- KRCH, F. D. (2010). Mentální anorexie. 2. přepracované vydání. Praha: Portál.
- KRCH, F. D. et al. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing.
- KRCH, F. D. (2007). KBT poruch příjmu potravy. In Praško, J. et al., Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch (802-822). Praha: Triton.
- KRCH, F. D., FALTUS, F. (1988). Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Československá psychiatrie*, 84. 384-391.
- KRUG, I., TREASURE, J., KARWAUTZ, A., NACMIAS, B., PENELO, E., RICCA, V., & ... WAGNER, G. (2008) Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1), 169-179. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.04.015
- KUBIČKA, L., & CSÉMY, L. (n.a.). Evropský index závažnosti návykového chování. EuropASI – česká verze. Retrieved March 6, 2015 from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2974/Evropsky-index-zavaznosti-navykového-chování-European-Addiction-Severity-Index-EuropASI>
- KUDRLE, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup (91-95). Praha: Úřad vlády České republiky.
- LÁTALOVÁ, K. (2010). Bipolární afektivní poruchy. Praha: Grada.
- LÁTALOVÁ, K. & PRAŠKO, J. (2009). Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami. *Česká a slovenská psychiatrie*, 5, 218-223.
- LÁTALOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D., & PRAŠKO, J. (2015). Suicidalita u psychických poruch. Praha: Grada Publishing.
- LEIBOLD, G. (1995). Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha: Nakladatelství svoboda.
- LANGMEIER, J. & KREJČÍKOVÁ, D. (2006). Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing.
- LUCE, K. H., ENGLER, E. A., & CROWTHER, J. H. (2007). Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and srinking motives. *Eating Behaviors*. 8(2), 177-184. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.04.003
- MARÁDOVÁ, E. (2007). Poruchy příjmu potravy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s.
- MINAŘÍK, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina et al.: Základy klinické adiktologie (339-368). Praha: Grada Publishing.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., & BAKER, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in kontext. Cambridge: Harvard University Press.

- MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M., & KALINA, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (75-87). Praha: Grada Publishing.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- MIZES, S. (1985). Bulimia: A review of its symptomatology and treatment. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 7, 91-142.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (n.d.). What are risk factors and protective factors? Retrieved April 10, 2015 from <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors/what-are-risk-factors>
- NEŠPOR, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In K. Kalina et al., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* (217-222). Praha: Úřad vlády České republiky.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. & PERNICOVÁ, H. (1996). Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Praha: Sportpropag.
- NOVÁK, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- PAPEŽOVÁ, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- PAPEŽOVÁ, H. (2008). Poruchy příjmu potravy. In Seiferová, D., Praško, J., Horáček, J., Häschl, C. *Postupy v léčbě psychiatrických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis 468-482.
- PAPEŽOVÁ, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
- PAVLOVSKÝ, P. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- PECINOVSÁ, O. (1996). Vývoj závislosti. In Heller, H., Pecinová, O. et al.: *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
- PEVELER, R., & FAIRBURN, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal Of Addiction*. 85(12), 1633-1638.
- PIRAN, N. & 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
- POPOV, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup* (151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.



RODIN, J., STRIEGEL-MOORE, R. H. & SILBERSTEIN, L. R. (1992) Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: risk and protective factors for bulimie nervosa. In Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Ress Syndicate of the University of Cambridge.

ROOT, T. L., PINHEIRO, A., THORNTON, L., STROBER, M., FERNANDEZ-ARANDA, F., BRANDT, H., & ... BULIK, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 43(1). doi:10.1002/eat.20670

SKÁLA, J. (1988). Alkohol a vy. Praha: Ústav zdravotní výchovy.

SKINNER, H. A., & HORN, J. L. (1984). Škála závislosti na alkoholu. Retrieved March 6, 2015 from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2971/Skala-zavislosti-na-alkoholu-Alcohol-Dependence-Scale-ADS->

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. (2012). Pět Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A až do Z. Občanské sdružení Anabell. Retrieved February 24, 2015 from <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>

SLEHAN, F. M. & KRANZELIC, V. (2010). Gender-specific risk and protective factors for substance abuse. In National Institute of Drug Abuse. Retrieved April 6, 2015 from <http://www.drugabuse.gov/international/abstracts/gender-specific-risk-protective-factors-forsubstance-abuse>

STÁRKOVÁ, L. (2005). Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. *Pediatric pro praxi*, 1, 12-15.

ŠVÉDOVÁ, J. & MIČOVÁ, L. (2010). Poruchy příjmu potravy – Manuál pro pedagogy. Občanské sdružení Anabell. Retrieved April 4, 2015 from [http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833\\_manualpropedagogy.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf)

VACEK, J.& VONDRÁČKOVÁ, P. (2014). Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110 (3), 144-150

VÁCHOVÁ, P. E., JANŮ, L. & RACKOVÁ, S. (2009). Patogeneze závislosti. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (6), 257-259. Retrieved February 7, 2015, from [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=4433&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4433&magazine_id=2)

VÁGNEROVÁ, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.

VODÁČKOVÁ, D., et al. (2007). Krizová intervence. Praha: Portál.

VYCPÁLKOVÁ, V. (2012). Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen v Psychiatrické léčebně Bohnice. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova.

WILLIAMS, R., COHEN, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 24, 43-46.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). MKN-10:  
Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených nemocí: Desátá revize [Adobe  
Digital Edition Version]. 2. aktualizované vydání. Retrieved March 13, 2015, from  
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004). Neuroscience of Psychoactive Substance  
Use and Dependence. Geneva: World Health Organization.

## 10. Přílohy

### 10.1. Vyjádření etické komise VFN

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze  
ETHICS COMMITTEE  
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1  
128 08 Praha 2  
tel. 224964131  
e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní  
Bc. Veronika Vycpálková  
Klinika adiktologie VFN a I.LFUK  
Apolinářská 4  
128 08 Praha 2

22.1.2015  
čj.2380/14 S-IV (ind.výzkum)

Zasílací adresa: Korunní 4, 120 00 Praha 2

Vážená paní bakalářko,  
Etická komise VFN opět projednávala na svém zasedání dne 22.1.2015 Vámi předložený projekt – ind.výzkum: čj.: 2380/14 S-IV spolu s opravenými dokumenty s čj. 59/15 IS, D.

**Název studie: Diplomová práce – rozhovor:**

Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu u žen: rizikové a protektivní faktory.

**Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement:**  1x ročně/Once a year  Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion:  Ano/Yes  Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 27.11.2014

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session:

1) 11.12.2014 (15,30 – 17,45 hod.) - pozastaveno - připomínky (Zaslány pro urychlení pouze e-mailem - bez seznamu členů – bude dodán s konečným stanoviskem).

• Opravené dokumenty dodány 12.1.2015 pod čj. 59/15 IS, D

2) 22.1.2015 (15,30 – 17,45 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Veronika Vycpálková, Klinika adiktologie VFN a I. LF UK, Apolinářská 4, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

**Stanovisko etické komise:** EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na Klinice adiktologie VFN a I. LFUK.

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson 1/3

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise  
Všeobecná fakultní nemocnice  
v Praze

## 10.2. Dotazníky

### 10.2.1. The Eating Attitude Test (EAT-26)

Datum:

Pohlaví:

Věk:

#### 1. Mám obavy z toho, že mám nadváhu.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 2. Vyhýbám se jídlu, když jsem hladová.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 4. Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 5. Dělim si jídlo na malé části.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 6. Uvědomuji kalorickou hodnotu jídla, které jím.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (př. pečivo, brambory).

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**8. Mám pocit, že ostatní chtějí, abych více jedla.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**9. Po jídle zvracím.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**10. Cítím pocit viny, když se najím.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**11. Jsem posedlá touhou být štíhlejší.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**12. Při cvičení myslím na spalování kalorií.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**13. Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubená.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**14. Jsem posedlá myšlenkou, že mám příliš mnoho tuku na svém těle.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**15. Jím déle než ostatní.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**16. Vyhýbám se jídlu s obsahem cukru.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**17. Jím dietní jídla.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**18. Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**20. Cítím, že ostatní na mě vyvíjí tlak, abych jedla.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**21. Věnuji příliš mnoho času a pozornosti jídlu.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**23. Držím diety.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**24. Mám ráda, když mám prázdný žaludek.**

- |         |          |           |
|---------|----------|-----------|
| a. vždy | c. často | e. zřídka |
|---------|----------|-----------|

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**25. Po jídle mám nutkání ke zvracení.**

a. vždy

c. často

e. zřídka

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**26. Ráda zkouším nová obsahově bohatá jídla.**

a. vždy

c. často

e. zřídka

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**V posledních 6 měsících jste:**

**A. Trpěla stavy přejídání, kdy jste měla pocit, že nemůžete přestat?** ( Jím mnohem více než by většina lidí jedla za stejných okolností.)

a. ano

b. ne

Pokud jste odpověděla ano, jak často během „nejhoršího“ týdne:

**B. Měla snahu se vyzvracet, abyste kontrolovala svoji váhu nebo postavu?**

a. ano

b. ne

Pokud jste odpověděla ano, jak často během „nejhoršího“ týdne:

**C. Použila laxativa, dietní pilulky nebo diuretika pro kontrolu vaší váhy nebo postavy?**

a. ano

b. ne

Pokud jste odpověděla ano, jak často během „nejhoršího“ týdne:

**D. Byla léčena pro poruchy příjmu potravy? Kdy:**

## 10.2.2. Alcohol Dependence Scale (ADS)

### **Instrukce:**

Pečlivě/pozorně si přečtete každou otázku a možné/navrhované odpovědi. Odpovězte pravdivě na každou otázku. U každé otázky zakroužkujte pouze JEDNU odpověď – vyberte tu, která je vám nejbližší/kteřá podle vás nejvíce odpovídá pravdě.

Slovo „pití“ v otázce se týká „pití alkoholických nápojů“.

Čas pro vyplnění dotazníku je neomezený. Pracujte pečlivě a pokuste se dotazník vyplnit co nejdříve. Prosíme, odpovězte na všechny otázky.

### **Otázky se týkají posledních 12 měsíců.**

#### **1. Kolik alkoholu jste vypila, když jste naposledy pila?**

- a. takové množství, že jsem byla v náladě, nebo méně
- b. takové množství, že jsem se opila
- c. takové množství, že jsem byla v bezvědomí, že jsem omdlela

#### **2. Máte často kocovinu v neděli nebo v pondělí ráno?**

- a. ne
- b. ano

#### **3. Třásla jste se při střízlivění (třes, chvění rukou, vnitřní stres)?**

- a. ne
- b. někdy
- c. často

#### **4. Cítíte se následkem pití fyzicky špatně (např. zvracení, žaludeční křeče)?**

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou pokaždé, když piji

#### **5. Měla jste někdy delirium tremens – tzn. cítila jste, viděla nebo slyšela nereálné věci, byla jste velice úzkostná, neklidná a příliš rozrušená (vybuzená)?**



- a. ne
- b. někdy
- c. několikrát

**6. Ztrácíte rovnováhu (tzn. potácíte se, vrážíte do věcí kolem sebe), když pijete?**

- a. ne
- b. někdy
- c. často

**7. Cítila jste se jako v horečce, poté co jste se napila?**

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

**8. Viděla jste nereálné věci, poté co jste se napila?**

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

**9. Propadáte panice ze strachu, že se nebudete moci napít, když to budete potřebovat?**

- a. ano
- b. ne

**10. Měla jste někdy „okénko“ (ztrátu paměti bez omdlení)?**

- a. ne, nikdy
- b. někdy
- c. často
- d. většinou pokaždé, když piji

**11. Nosíte si s sebou láhev alkoholu nebo máte alespoň vždy nějakou při ruce?**

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou

**12. Stává se vám, že po určitém období abstinence (období bez pití alkoholu) propadáte opět těžkému pití?**

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou pokaždé, když piji

**13. Omdlela jste následkem pití v posledních 12 měsících?**

- a. ne
- b. jednou
- c. více než jednou

**14. Měla jste záchvat s křečemi, který následoval za určitým obdobím pití?**

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

**15. Pijete v průběhu celého dne?**

- a. ne
- b. ano

**16. Bylo Vaše myšlení po těžkém pití nejasné a mlhavé?**

- a. ne
- b. ano, ale pouze několik hodin
- c. ano, ale po dobu jednoho nebo dvou dnů
- d. ano, po dobu mnoho dnů

**17. Cítila jste, že Vaše srdce bije následkem pití mnohem rychleji?**

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

**18. Přemýšlíte téměř neustále o pití alkoholu?**

- a. ne
- b. ano

**19. Slyšela jste někdy nereálné věci, když jste se napila?**

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

**20. Měla jste někdy nadpřirozené a děsivé pocity, když jste se napila?**

- a. ne
- b. jednou nebo dvakrát
- c. často

**21. Měla jste někdy pocit, jako by se po vás něco plazilo, lezlo (hmyz, pavouci), i když to nebyla pravda?**

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

**22. S ohledem na „okénka“ (ztrátu paměti):**

- a. nikdy jsem neměla okénko
- b. měla jsem okénka, která trvala méně než hodinu
- c. měla jsem okénka, která trvala několik hodin
- d. měla jsem okénka, která trvala den nebo i déle

**23. Pokusila jste se někdy omezit pití?**

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

**24. Pijete rychle, velké doušky alkoholu?**

- a. ne
- b. ano

**25. Můžete přestat pít poté, co jste vypila jednu nebo dvě sklenky?**

- a. ano
- b. ne

### **10.3. Polostrukturované interview**

#### **1. Obecné informace**

Základní údaje o respondentce

Zdravotní stav

Práce a zdroj obživy

Drogy a alkohol

Právní postavení

Rodinná anamnéza

Rodinné a sociální vztahy

Psychický stav

#### **2. Závislost na alkoholu**

Popište prosím Vaše počátky pití.

Jaké vnímáte možné příčiny?

Dokážete pojmenovat nějaké protektivní a rizikové faktory?

Léčila jste se ze závislosti na alkoholu? Kolikrát, kdy a kde?

Jaká byla Vaše motivace k léčbě?

Jak dlouho abstinujete?

Nastal u Vás relaps? Kolikrát, kdy? Můžete popsat jeho průběh?

Jak sama vnímáte příčiny svého pití?

Vzpomínáte si, kdy jste se s tímto problémem začala potýkat? Jak byste popsala toto období?

#### **3. Poruchy příjmu potravy**

Popište prosím počátky poruch příjmu potravy.

Dokážete pojmenovat nějaké významné zážitky či okamžiky, které Vaši změnu k jídlu podpořily?

Jak sama vnímáte příčiny změny Vašeho přístupu k jídlu?

Vzpomínáte si, kdy jste se s tímto problémem začala potýkat? Jak byste popsala toto období?

#### **4. Komorbidita**

Dokážete nalézt nějaké souvislosti mezi těmito dvěma poruchami?

Která z těchto poruch se u Vás podle Vašeho názoru vyskytla dříve?

Jak vnímáte souvislost mezi omezováním příjmu potravy a užívání alkoholu?

Jsou podle Vás některé z již zmíněných rizikových či protektivních faktorů společné pro obě tyto poruchy?

## **10.4. Informovaný souhlas**

### **Informace o studii a informovaný souhlas**

Příloha k diplomové práci s názvem: Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu u žen: rizikové a protektivní faktory. Autorkou práce je Veronika Vycpálková - studentka magisterského studia oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze. Vedoucím práce je PhDr. Lenka Čablová z Kliniky adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze.

Vážená paní,

byla jste vybrána jako vhodná respondentka do mé studie na základě Vaší současné hospitalizace s diagnózou závislosti na alkoholu a podezřením na výskyt poruchy příjmu potravy.

Cílem mé práce je se podrobněji věnovat – na základě kvalitativního výzkumu - vzniku poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu, výskytu jejich komorbidit a jejich možnému vzájemnému podněcování. Zvláštní pozornost bude věnována protektivním a rizikovým faktorům a dále také Vašemu subjektivnímu vnímání souvislostí mezi poruchami příjmu potravy a závislosti na alkoholu.

Všechny informace a přepisy rozhovorů budou zpracovány anonymně a s Vaším souhlasem.

Kdykoliv během výzkumu a jeho zpracování máte možnost odstoupit a rozhodnout se, že nechcete, aby Vaše data byla zveřejněna v diplomové práci.

Vaše účast ve výzkumu znamená časové zatížení v délce přibližně jedné hodiny. Použitou výzkumnou metodou bude polostrukturované interview (polostrukturovaný rozhovor).

Rozhovor, pořizovaný během Vaší hospitalizace, bude nahráván a v průběhu si budu dělat drobné zápisky, pokud tak sama dovolíte. Já, jakožto autorka výzkumu, se zavazuji, že nahrávka ani zápisky neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům, budou zpracována objektivně a po zpracování diplomové práce bude nahrávka smazána a poznámky pořízené během rozhovoru zlikvidovány.

Jako účastníci studie Vám nehrozí žádné zdravotní ani bezpečnostní či jiné riziko.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nich každá ze smluvních stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Vážená paní ....., potvrzujete svým podpisem, že jste se rozhodla zúčastnit výzkumu, který je součástí diplomové práce „Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na alkoholu u žen: rizikové a protektivní faktory“, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení?

Vážená paní ....., prohlašujete a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzujete, že autorka práce, která poskytla poučení, osobně vysvětlila vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jste možnost klást otázky, na které autorka řádně odpověděla?

Vážená paní ....., prohlašujete, že jste shora uvedenému poučení plně porozuměla a souhlasíte s účastí ve studii?

Datum:

**Souhlasím s pořízením nahrávky:** ano - ne

**Souhlasím s pořizováním zápisků v průběhu rozhovoru:** ano - ne

**Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:**

Jméno a příjmení účastnice studie:

Podpis účastnice výzkumu:

Jméno a příjmení vedoucí studie:

Podpis vedoucí studie:

## **10.5. Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Tabulka hodnot BMI	27
----------------------------------	----

## **10.6. Seznam tabulek**

Tabulka č. 1. Rizikové a protektivní faktory	21
Tabulka č. 2: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie	24
Tabulka č. 3: Seznam stresujících událostí – Holmes Rahoma stupnice (zkrácená verze)	35
Tabulka č. 4: Nejčastější psychiatrické poruchy u drogově závislých	41
Tabulka č. 5: Jednotlivé škály vyhodnocování dotazníku EAT-26	47
Tabulka č. 6: Popis výzkumného souboru část první	55
Tabulka č. 7: Popis výzkumného souboru část druhá	56
Tabulka č. 8: Rizikové faktory	80
Tabulka č. 9. Protektivní faktory	81
Tabulka č. 10. Osobnostní charakteristiky	82