

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie

Bc. Nikola Chládková

Vedoucí práce:

PhDr. Jiří Jakubů, PhD.

Praha 2015

Prague College of Psychosocial Studies



Comorbidity of eating disorders with substance abuse and possibilities of psychotherapy

Bc. Nikola Chládková

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Jiří Jakubů, PhD.

Prague 2015

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze, dne 20. 6. 2015

.....

Poděkování:

Děkuji panu PhDr. Jiřímu Jakubů, PhD. za odborné vedení a příjemnou spolupráci na mé diplomové práci.

Dále bych chtěla poděkovat Prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. za možnost docházet na dlouhodobou praxi na oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy do VFN a 1. LF UK. Také bych moc ráda poděkovala celému týmu, který se ve VFN léčbou poruch příjmu potravy zabývá, psychologovi PhDr. Františkovi Krchovi se kterým jsem měla možnost chodit na psychoterapeutické skupiny a také lékařkám a zdravotním sestřám za poskytnutí skvělého odborného i lidského zázemí pro realizaci výzkumu pro tuto práci, ale také za poskytnutí možnosti rozvíjet svoje profesní schopnosti.

Obsah

ÚVOD.....	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1. Výklad pojmů.....	3
2. Poruchy příjmu potravy.....	6
2.1. Mentální anorexie.....	6
2.1.1. Typy mentální anorexie.....	7
2.1.2. Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 a DSM- IV.....	8
2.2. Mentální bulimie.....	9
2.2.1. Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10 a DSM- IV.....	10
2.3. Psychogenní přejídání.....	10
2.3.1. Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle DSM- IV.....	10
3. Návykové látky.....	12
3.1. Dělení návykových látek.....	12
3.1.1. Nikotin.....	12
3.1.2. Alkohol.....	12
3.1.3. Těkavé látky.....	13
3.1.4. Konopné drogy.....	13
3.1.5. Halucinogeny.....	14
3.1.6. Amfetaminy.....	15
3.1.7. Kokain.....	15
3.1.8. Pervitin.....	16
3.1.9. Heroin.....	16
3.1.10. Opiáty.....	16
3.2. Závislost.....	17
3.3. Škodlivé užívání.....	18
3.4. Bio-psycho-socio-spirituální příčiny vzniku závislosti.....	19
4. Komorbidity.....	23
4.1. Pojem komorbidity.....	23
4.2. Komorbidity u poruch příjmu potravy.....	24
4.3. Zahraniční výzkumy.....	26
5. Psychoterapie komorbidit PPP a užívání návykových látek.....	29
5.1. Psychoterapie.....	29

5. 1. 1. Rodinná terapie.....	29
5. 1. 2. Kognitivně- behaviorální terapie.....	30
5. 1. 3. Psychodynamická terapie	31
5. 1. 4. Psychoedukace.....	33
5. 2. Terapeutický režim na psychiatrické klinice VFN a 1. F UK	33
5. 2. 1. Denní režim na oddělení	34
VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	37
6. Použité metody	37
6. 1. Výzkumné cíle a otázky.....	37
6. 2. Metody získávání dat.....	37
6. 2. 1. EAT- 26	38
6. 2. 2. AUDIT	38
6. 2. 3. Dotazník na užívání drog.....	39
6. 2. 4. Fokusní skupina.....	39
6. 2. 5. Rozhovor s pacientkou.....	39
6. 3. Metody analýzy dat	40
6. 4. Průběh výzkumného šetření.....	40
6. 5. Výzkumný soubor	40
6. 6. Etika výzkumu.....	42
7. Výsledky výzkumu	43
7. 1. Fokusní skupina	45
7. 2. Kazuistika.....	48
Výzkumná otázka č. 1	51
Výzkumná otázka č. 2	53
Výzkumná otázka č. 3	55
8. Diskuse.....	57
Závěr	59
Literatura	61
PŘÍLOHY	1

Abstrakt

Tato diplomová práce je zaměřená na výzkum komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek. V teoretické části stručně definuje jednotlivé návykové látky a popisuje jejich škodlivé užívání, závislost a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. Z poruch potravy se práce soustředí na mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenní přejídání. Praktická část se zaměřuje na výzkum žen trpících poruchami příjmu potravy a zároveň užívajících nějaké návykové látky včetně alkoholu na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN na oddělení a ve stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Dalším cílem bylo popsat, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy a preferencí určité drogy. Dále bylo předmětem zájmu zjištění, se kterou poruchou příjmu potravy je spojeno nejvíce užívání alkoholu. Práce si všímá i možností psychoterapie při těchto postiženích.

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

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

Abstract

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

It was used the method of triangulation to collect the data. The first source of the information was a test battery, consisting of the EAT-26 questionnaire, AUDIT questionnaire and the last one is questionnaire orientated to drug use. The second source was a case study and the last source of information was a focus groups. This study confirmed that the diagnosis of bulimia nervosa tends to drug use the most. Just behind them are the patients diagnosed with psychogenic overeating have a medium and high difficulty with alcohol.

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

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek. Komorbidita je závažným psychiatrickým problémem, jedná se o výskyt více diagnóz u jedné osoby. Její nediagnostikování může velmi zkomplikovat a prodloužit dobu léčení. Dílčí cíl této práce je upozornit na četnost výskytu komorbidity poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek, vést odborníky k časnému rozpoznání, diagnostikování a léčbě tohoto problému.

Výzkum v této práci jsem realizovala na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Docházela jsem zde na dlouhodobou, mnoha měsíční stáž, od října 2014 až do května 2015, abych co nejlépe porozuměla problematice poruch příjmu potravy. Měla jsem zde možnost účastnit se a vést psychoterapeutické skupiny, vést rozhovory a vyšetřovat pomocí adiktologických a psychologických nástrojů komorbidní pacienty. Také mi bylo umožněno nahlížet do dokumentace, zejména anamnéz. Velmi přínosné byly také schůze a debaty s personálem, s profesorkou Papežovou a doktorem Krchem. Samotný výzkum pak probíhal pomocí baterie dotazníků, kterou jsem sestavila z dotazníků EAT-26, AUDIT a dotazníku na užívání drog. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 pacientek. Protože jsem zvolila metodu sběru dat triangulaci, dalším zdrojem dat byla fokusní skupina, které se zúčastnily čtyři komorbidní pacientky a dále kazuistika o jedné z pacientek, která mi poskytla rozhovor a nahlížela jsem do její dokumentace.

Teoretická část je rozdělena do 5 kapitol. V první kapitole definuji pojmy, které jsou v této práci často používány, abych čtenáři přiblížila zkoumanou problematiku. Druhá kapitola se zabývá jednotlivými poruchami příjmu potravy, zejména mentální anorexií, mentální bulimií a psychogenním přejídáním. Třetí kapitola stručně definuje jednotlivé návykové látky a popisuje škodlivé užívání, závislost a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. Čtvrtá kapitola se věnuje samotné komorbiditě a také zahraničním výzkumům, které byly provedeny na podobná témata jako tato diplomová práce. Poslední kapitola teoretické části popisuje psychoterapii komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek, jak problematiku řeší různé psychoterapeutické směry a jak probíhá psychoterapie na oddělení pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN.

Praktická část popisuje metody sběru dat, výzkumné otázky, cíle a výsledky. Také zde popisují všechny použité dotazníky, shrnutí z fokusní skupiny a kazuistiku. Ve výsledcích výzkumu odpovídám na všechny tři položené výzkumné otázky. Nedostatky práce popisují podrobněji v diskusi a poslední část práce tvoří závěr.

Cílem této diplomové práce je popsat procentuální zastoupení žen trpících komorbiditou poruch příjmu potravy a užíváním alkoholu nebo jiných návykových látek na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Práce také poukazuje na možnosti psychoterapie této problematické skupiny.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Výklad pojmů

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

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

plně rozvinuté mentální anorexie končí úmrtím. Ženy tvoří 95 % postižených a naprostá většina je ve věku 12-18 let (Hartl a Hartlová, 2009, s. 46).

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

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

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

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

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

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

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

Drogová závislost- stav tělesné nebo psychické závislosti na periodickém užívání nějaké látky s psychotropním povzbuzujícím účinkem. Dříve se užívaly i pojmy toxikomanie, narkomanie. Někdy spíše jde o nadužívání nebo zneužívání (tabakismus, kofeinismus). Návyk bývá provázen zvyšováním dávek (tolerance). Odvykání vede k abstinenčním příznakům. K ohrožení vede zejména injekční aplikace drog a čichání těkavých látek. Závažné jsou důsledky alkoholismu a abúzus léčiv (Hartl a Hartlová, 2009, s. 700).

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

2. Poruchy příjmu potravy

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

2.1. Mentální anorexie

Mentální anorexie je duševní porucha charakteristická úmyslným snižováním tělesné hmotnosti hladověním. Krch (2005) ve své knize píše, že dívky s mentální anorexií neodmítají stravu z důvodu, že by neměly chuť, ale protože jíst nechtějí. Chuť je dlouhodobě a vědomě potlačovaná a později dochází k její ztrátě a eliminaci pocitu hladu. Toto onemocnění se týká ve většině případů dívek, proto budu o postižených psát v ženském rodě.

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

Pacientky často vysvětlují své rodině, že chtějí žít zdravě a jíst zdravou stravu. Toto však není pravda, předním motivem je strach z tloušťky, i když to některé pacienty popírají. I to je součástí onemocnění. Iracionální strach z tloušťky je známkou pokřivené představy o vlastním těle. Nemocné se často sledují a nadhodnocují určité tělesné partie, se kterými nejsou spokojené (např. stehna, hýždě, břicho).

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

Podle většiny autorů se nástup anorexie datuje do období puberty, 12 - 20 let. Jen výjimečně dříve, ale není vyloučen její výskyt i později. Mentální anorexie se vyskytuje desetkrát častěji u dívek než u chlapců. Krch (2002) uvádí, že výskyt v rizikové populaci je 0,5 – 1 %. Určité příznaky mentální anorexie se mohou vyskytovat až u 6 % dívek na konci puberty. Úmrtnost je uváděna mezi 2 - 8 %.

Mezi hlavní projevy podle Krcha (2000) tohoto onemocnění patří: držení přísných redukčních diet nebo úplné odmítání jídla, pocit tloušťky i přes významnou štíhlost, erudovanost v oblasti kalorických hodnot potravin, komunikace pomocí jídla s okolím, řešení emocionálních problémů jídlom. Někdy nemoc přichází plíživě, okolí nemusí nic nápadného zpozorovat. Dívka začíná být vybíravá, například začne být striktní vegetariánkou, ale skladba potravin, které odmítá jíst, se rapidně rozšiřuje. Často má postižená dívka paradoxní zájem o vaření, sama ráda vaří a připravuje pokrmy pro své přátele a rodinu, sama je však nejí. Také se vyskytuje sbírání receptů a sledování pořadů o vaření. Když ji okolí pobízí, aby se najedla, vymlouvá se na předchozí konzumaci jídla. Při jídle se objevují zvláštní návyky, jako je krájení jídla na malé kousky, zapíjení každého sousta velkým množstvím vody a velmi pomalé jídelní tempo. Není neobvyklé, že tyto dívky, když jsou donucené ke konzumaci, se snaží jídlo schovat a následně vyhodit. Pokud má rodina domácího mazlíčka, nejčastěji psa, dívka ho tajně krmí svým jídlom. S takovými případy jsem se na praxi ve VFN u dívek s poruchami příjmu potravy setkala. Hladovění ovlivňuje i psychickou stránku osob. Z dívek se stávají samotářky, bývají podrážděné, uzavírají se do sebe, přestávají se stýkat s přáteli, opouští své dosavadní koníčky. Dost času se jejich novou náplní času stává přehnaná fyzická aktivita za účelem spálení co nejvíce kalorií. Patří sem několikahodinové běhání, jízda na kole, plavání, cvičení...Někdy se u těchto pacientek objevuje i sebepoškozování.

2. 1. 1. Typy mentální anorexie

Anorexie se dělí na dva typy, které se od sebe liší zejména tím, zda dívka pouze hladoví nebo ke svému hubnutí používá i léky na hubnutí, laxativa nebo zvrací. První typ je typ restriktivní neboli nebulimický. U tohoto typu nedochází k občasnému porušení diety a přejedení se a následnému zvracení. Osoby trpící touto formou mentální anorexie mají omezený denní příjem kalorií na minimum, drží hladovky, cvičí a vykonávají fyzicky náročné

aktivity za účelem hubnutí. Druhým typem je typ purgativní neboli bulimický, přejídací, vyprazdňovací. Osoby trpící tímto typem mentální anorexie po nějaké době nevydrží držet přísnou dietu a opakovaně se přejídají a následně zvrací nebo používají podpůrné prostředky, jako jsou laxativa a diuretika, aby se takzvaně očistily. Někdy i kombinují všechny tyto metody včetně fyzické námahy.

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

2. 1. 2. Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 a DSM- IV

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

Prvotními projevy mentální anorexie je odmítání potravy. V případě, jsou-li dotyčné onemocněním trpící osoby k jídlu nuceny, dochází u nich k následnému zvracení, které je vědomým, aktivním výrazem vzdoru i symptomem již patologické a zkreslené sebepercepce. Tělesné důsledky mentální anorexie mohou být velmi závažné. Na úrovni metabolismu dochází ke snížení hladiny draslíku, edémům a metabolické alkalóze. Poruchy gastrointestinálního traktu se projevují hypertrofií příušních žláz, zpomaleným vyprazdňováním žaludku, zácpou a záněty slinivky břišní. Mezi poruchy kardiovaskulárního systému patří bradykardie, hypotenze a srdeční arytmie. Dalšími problémy jsou potíže hematologické. Sem patří anémie, trombocytopenie a hypercholesterolemie. Kožní potíže,

suchá a praskající kůže. Dále plicní potíže, zejména záněty plic jako následek vdechnutí zvratků. Mezi problémy na úrovni CNS patří poruchy paměti až atrofie mozku. Mezi neurologické potíže patří křeče a svalová slabost. A v neposlední řadě se také objevují reprodukční problémy jako je amenorea a následkem infertilita. Tyto problémy se netýkají každého pacienta trpícího mentální anorexií. Avšak je potřeba na ně upozorňovat. U osob s mentální anorexií vyskytují i potíže psychické. Patří sem pocity smutku, deprese, zoufalství a není výjimečné, že se vyskytují sebevražedné myšlenky a sebepoškozování.

2.2. Mentální bulimie

Mentální bulimie je podle Krcha (2005) onemocnění charakteristické opakujícími se záchvaty přejídání, které je spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Jedinec je schopen během krátké doby spořádat velké množství potravy. Pak se dostaví pocity viny, úzkosti a paniky a často snaha jídlo vyzvracet nebo jinak „očistit“ tělo. Například užitím projímadel, půstu nebo nadměrným cvičením. Po takzvaném očištění těla, zejména po zvracení pacientky udávají pocit úlevy a vymizení pocitů viny z přejedení. Mentální bulimie postihuje zejména dívky ve věku 14 - 30 let a dle Papežové (2010) není výjimkou, že mentální anorexie přejde do mentální bulimie. Asi 5 % pacientů s bulimií tvoří muži. Jedinci nejsou nápadně vyhublí jako u mentální anorexie.

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

Obvyklá energetická hodnota jídla, sněženého během záchvatu, se pohybuje v rozmezí 1000 – 3000 kcal. Ale v některých případech se dostáváme na hodnotu až 20 000 kcal, jak píše Krch (2000). Dotyčné je při záchvatu jedno, jaké jídlo si dopřeje a v jaké formě. Nevybírání si. Většinou sní vše, co je zrovna dostupné. Záchvaty se objevují, když je dotyčná o samotě a nikdo ji nemůže pozorovat. V extrémních případech se záchvatů může objevit více za den, až dvacet. Postižené si uvědomují abnormálnost svého chování. Často se snaží nemoci

sami zbavit, ale stále je pronásledují obavy, že nebudou dostatečně silné, aby zastavily konzumaci jídla včas. Charakteristické jsou velké váhové výkyvy v krátkém čase. Tento způsob chování je popisován jako nejvíce návykový, protože je z něho těžké se vymanit.

Mentální bulimie má dva typy. První je mentální bulimie purgativní. Tento typ je charakteristický přejídáním a zvracením, užíváním laxativ a diuretik. Druhý typ je mentální bulimie nepurgativní. Kdy nedochází k zvracení potravy, ale k nadměrnému cvičení a fyzické zátěži (Krch, 2000).

2. 2. 1. Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10 a DSM- IV

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle se záchvaty přejídání
- Snaha zbavit se kalorií ze zkonsumovaného jídla těmito způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, laxativy, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou. (Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídat.)
- Specifická psychopatologie spočívá především v chorobném strachu z tloušťky, pacientka si stanovuje cílovou hmotnost nižší než je pro ni optimální či zdravá premorbidní váha.
- Záchvaty přejídání „binge eating“ spočívají v konzumaci výrazně nadměrného množství potravy (většinou takové, kterou si z dietních důvodů běžně odpírá – např. sladkosti) v krátkém čase.

2. 3. Psychogenní přejídání

Neboli záchvatovité přejídání. V posledních letech s nárůstem obezity je tomuto tématu věnováno více pozornosti. Pacient se jako u jiných poruch příjmu potravy neustále zaobírá jídlem. U postižených můžeme pozorovat bažení po jídle, podobně jako u závislých na drogách, bažení neboli craving po droze.

2. 3. 1. Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle DSM- IV

V DSM IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti z roku 1994) jsou uvedena následující kritéria:

- Záchvat přejídání je definován jako konzumace většího množství jídla než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hodiny). Během záchvatu pacient ztrácí kontrolu nad svým jídelním chováním.

Záchvaty jsou spojeny se 3 a více následujícími znaky:

- pacient se nají do nepříjemné plnosti
- konzumuje velké množství jídla bez pocitu hladu
- jídlo je konzumováno rychleji než obvykle
- jí o samotě, protože se za množství konzumovaného jídla stydí
- po přejedení následuje pocit viny, deprese, znechucení sám sebou

Přítomná úzkost je spojena se záchvatovitým přejídáním. Záchvaty přejídání se vyskytují ve frekvenci alespoň dvakrát týdně za posledních 6 měsíců.

Záchvatovité přejídání není spojeno s následným kompenzatorním chováním (jako u mentální anorexie a bulimie). Frekvence výskytu dle DSM-IV je u obézních lidí 4,2 % - 7,5 %. U čekatelů na bariatrický zákrok je pak výskyt vyšší a to 10 – 27 %. U pacientů se vyskytuje více deprese, více baží po jídle než zdraví jedinci, více používají léky na hubnutí, mají větší strach z tloušťky a jsou nespokojeni se svým tělem. Často jde o ženy mladší 45 let s BMI nad 42.

3. Návykové látky

3.1. Dělení návykových látek

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

3.1.1. Nikotin

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

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

3.1.2. Alkohol

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

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

3. 1. 3. Těkavé látky

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

3. 1. 4. Konopné drogy

Původní vlastí je Indie a oblast pod Himálají. Tyto drogy mají halucinogenní účinky, získávají se z jednoleté rostliny, ze semen vyrostle rostlina vysoká i přes 2m. Jde buď o hašiš, hnědé, pryskyřicovité placičky nebo hrudky balené do plastické folie nebo staniolu. Získává se z pryskyřice kvetoucích rostlin konopí. Koncentrace THC (tetrahydrocannabinolu) je u

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

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

3. 1. 5. Halucinogeny

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

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

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

3. 1. 6. Amfetaminy

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

3. 1. 7. Kokain

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

3. 1. 8. Pervitin

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

3. 1. 9. Heroin

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

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

3. 1. 10. Opiáty

Opium k nám nejspíše přišlo z Orientu; islámský lékař Ibn-Suna odkazuje na zprávy o droze již kolem roku 1000 našeho letopočtu. Opium působí analgeticky, otupuje intelekt, omezuje vědomí, oslabuje zažívání, tlumí dýchací centrum a nosí smrt. Kouření opia v Číně patřilo k „dobrému tónu“ a v 19. století to byla masová droga v Anglii. Ve středověku bylo

známé „laudatum“: směs vína, opia a blínu. Opium bylo k dostání v lékárnách okolo roku 1900 jako zklidňující prostředek, na spaní, proti kašli a dokonce se jím uklidňovaly malé děti. (Ještě v poválečných letech se na Moravě mnohde dětem dělaly na zklidnění odvary makovic) (Zábranský, 1997).

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

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

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

3. 2. Závislost

Na vzniku látkové i nelátkové závislosti se podílí mnoho faktorů. Řadíme sem v podstatě úplně vše, co nás v našem okolí ovlivňuje. Patří sem například rodina, společnost, média a kamarádi. Vlastní názory a osobnost člověka se postupem času vyvíjí a asi největší vliv na tento rozvoj má rodina. Pro dítě a mladého člověka jsou prvními vzory, se kterými se identifikuje, rodiče. Důležitou roli zde hraje mateřská figura. U lidí závislých na drogách, se často vyskytuje matka přehnaně pečující, zahrnující dítě takzvanou opičí láskou, která se

nechce smířit s tím, že dítě dospívá a roste a často ustrne na určitém vývojovém stupni vztahu u dítěte. Brání tím často nevědomě přiměřenému vývoji dítěte.

Ve spojitosti s drogami se závislost chápe jako potřeba opakovaných dávek, aby byl zachován pocit pohody nebo odstraněn pocit nepohody. Nešpor ve své knize „Návykové chování a závislost“ píše, že uživatel pokračuje v užívání přes negativní důsledky, o nichž většinou ví (Nešpor, 2003). Závislost vzniká většinou postupně. Jednorázové experimenty přecházejí ve víkendové užívání, později se přidává užívání během týdne, posléze epizody denního užívání, užívání v jízdách. Tyto excesy střídají období abstinence, protože uživatel si je vědom škodlivosti.

MKN-10 udává pět znaků závislosti:

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

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

3.3. Škodlivé užívání

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

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

Pro tuto diagnózu dle DSM-IV stačí, aby jedinec splňoval jedno u níže uvedených kritérií:

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

3. 4. Bio-psycho-socio-spirituální příčiny vzniku závislosti

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

Biologická úroveň

Genetické predispozice, které byly doposud zjištěny, jsou zejména u závislosti na alkoholu. Jedná se o vrozenou větší toleranci k alkoholu, jedinec takzvaně „více snese“. To bývá laickým okolím často mylně interpretováno jako pozitivní a obdivováno. Dotyčný musí zkonsumovat více alkoholu, aby dosáhl stavu opilosti. Někteří si tuto vyšší toleranci vytvořili „tréninkem“. *„Výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje závislost mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransmise a rovněž souvislosti mezi změnami hladin neurotransmiterů a změnami afektivních a kognitivních funkcí“* (Kudrle, 2003, s. 91). Mezi biologické faktory také spadají okolnosti v období těhotenství matky, zda matka v té době užívala, doba po porodu, psychomotorický vývoj, onemocnění, traumata a další.

Psychologická úroveň

Zkoumají se psychogenní vlivy a faktory, které působí na rozvoj a vznik závislosti. Někteří autoři, například Grof tvrdí, že tyto vlivy se objevují již v období nitroděložního vývoje a při porodu. Jde o to, že když se žena v těhotenství stresuje nebo těhotenství prožívá jako stresovou událost, ovlivňuje její prožívání i plod. V případě, že matka v těhotenství užívá návykové látky a nedojde rovnou k fyzickému postižení dítěte, minimálně už dítěti vytváří určitou predispozici pro možný vznik závislosti v budoucím životě dítěte. Užíváním matky v těhotenství se u dítěte vytváří jakýsi imprint, vtisk, který v budoucnu už jen čeká na svou aktivaci, pomocí návykové látky. To je v laické populaci málo známé.

Z psychologického hlediska jsou velice důležité rodinné vlivy. Mohou na dítě působit jak rizikově tak protektivně. Někdy se stává, že rodina často nevědomě podporuje závislost dítěte nebo jiného člena rodiny. Riziko pro vznik závislosti u dítěte je, když samotní rodiče jsou na nějaké návykové látce závislí. Může se jednat i o závislost na alkoholu, ale v posledních letech i o nelátkové závislosti jako je patologické hráčství, hraní on-line her, sázení apod. Další riziko jsou nejasně stanovená pravidla v rodině. Dále málo času na dítě, nedostatek dohledu nebo přehnaný dohled (extrémy jsou vždy špatně), nedostatečná citová vazba (attachment) o které píše ve svých knihách Bowlby (2010). Riziko představuje dále týrání dítěte, sexuální zneužívání, násilí, velká přísnost. Když je rodina izolovaná od společnosti a okolí, když rodiče podceňují dítě a nemají od něho žádná očekávání. Jasně riziko je, když rodiče pítí alkoholu a brání drog schvalují. Také když jsou rodiče duševně nemocní, zažívají hmotnou nouzi, časté stěhování, když dítě žije mimo domov, rodinu. Také když matka nebo někdo jiný z rodiny působí jako takzvaný „umožňovač“, umožňuje a usnadňuje ať už vědomě či nevědomě návykové chování dítěte a oslabuje tak motivaci k pozitivní změně (Nešpor, 2007).

V dobře fungujících rodinách ale nacházíme velkou spoustu ochranných a pozitivních vlivů, které naopak dítě a mladého člověka před vznikem závislosti chrání. Z toho vyplývá, že už jen fakt, že dítě vyrůstá mimo rodinu, je faktorem značně rizikovým.

Mezi protektivní faktory patří dostatečná péče a zájem o dítě, dobrý attachment- citová vazba na úrovni rodič- dítě. Jasně stanovené hranice a pravidla. Hodnotová orientace rodiny (vzdělání, sport, kulturní život). Oba rodiče se podílí na výchově a spolupracují. Adekvátní přísnost a výchovný styl, ani liberální ani autokratický, ale ideálně demokratický. Rodiče netolerují u svých dětí alkohol a jiné drogy a sami je také neberou. Mají na dítě adekvátní

nároky a očekávání, dítě respektují. Rodina zdravě zvládá stres a stresové situace a je orientovaná na pomoc druhým a klidné soužití ve společnosti, neizoluje se od okolí. Dítě žije v bezpečném prostředí a je dostatečně ochraňováno. Nešpor (2007) používá termín „tvrdá láska“ ze strany příbuzných a blízkých. Jde o to, že na jedné straně poskytují pocit citové opory a na druhé straně trvají na pozitivní změně a zvyšují tak motivaci u závislého člena rodiny.

Sociální úroveň

Sociální úroveň se zabývá prostředím, kde jedinec vyrůstá. Důležitý je sociální status rodiny, rasa a prostředí, kde jedinec vyrůstá. Špatné sociální prostředí brzdí vývoj jedince a deformuje jeho zrání. Zde je velmi důležitá rodina, případně její absence, a vývoj v dětském domově, což už samo o sobě velmi těžkým startem do života. Rodina hraje důležitou roli v období dospívání, dítě přejímá rodinné mýty, pravidla a učí se zde komunikovat s okolním světem. Rodinné vlivy mohou na dítě působit jak rizikově tak protektivně. Někdy se stává, že rodina často nevědomě podporuje závislost dítěte nebo jiného člena rodiny. Riziko pro vznik závislosti u dítěte je, když samotní rodiče jsou na nějaké návykové látce závislí. Může se jednat i o závislost na alkoholu, ale v posledních letech i o nelátkové závislosti jako je patologické hráčství, hraní on-line her, sázení apod. Další riziko jsou nejasně stanovená pravidla v rodině. Dále málo času na dítě, nedostatek dohledu nebo přehnaný dohled (extrémy jsou vždy špatně), nedostatečná citová vazba (attachment), o které píše ve svých knihách Bowlby (2010). Riziko představuje dále týrání dítěte, sexuální zneužívání, násilí, velká přísnost. Když je rodina izolovaná od společnosti a okolí, když rodiče podceňují dítě a nemají od něho žádná očekávání. Jasně riziko je, když rodiče pítí alkoholu a brání drog schvalují. Také když jsou rodiče duševně nemocní, zažívají hmotnou nouzi, časté stěhování, když dítě žije mimo domov, rodinu. Také když matka nebo někdo jiný z rodiny působí jako takzvaný „umožňovač“, umožňuje a usnadňuje ať už vědomě či nevědomě návykové chování dítěte a oslabuje tak motivaci k pozitivní změně (Nešpor, 2007).

Spirituální úroveň

Spiritualita jedince nemusí nutně znamenat víru v určité náboženství a boha, jak si mnoho lidí myslí. Pojem spiritualita bych zde odlišila od pojmu náboženství v tradičním pojetí. Spiritualita je přesah jedince. Je to něco abstraktního, k čemu se obracíme a v co věříme. Vychází z kulturnosti prostředí. Může poskytovat smysl úsilí a smysl života samotného. K této úrovni se nejvíce obrací Anonymní alkoholici ve svých dvanácti krocích k uzdravě. Stává se, že i když závislý člověk stabilizoval svou abstinenci, zůstalo existenciální prázdno,

deprese, ztráta smyslu života. Proto je potřeba, aby programy pracující s těmito lidmi, myslely i na tuto rovinu potřeb. Považuji za důležité, aby psychoterapeut byl otevřený těmto důležitým existenciálním tématům a byl ochotný a schopný je s pacienty řešit. Protože jedině tak může dojít k uzdravě na úrovni existenciální. Objevují se tvrzení, například Grofová (1993), že závislost je především duchovní krizí a žízněním po celistvosti.

4. Komorbidity

4.1. Pojem komorbidita

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

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

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

Obecně lze tvrdit, že většina duševních problémů zvyšuje možnost problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci a léčbu. Mezi časté kombinace poruch, s kterými se běžně v praxi setkáváme, patří poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu anebo drogách. Výskyt je častější u žen (Nešpor, 2003). Bylo zjištěno, že alkohol nejčastěji užívají ženy trpící bulimií a záchvatovitým přejídáním.

4. 2. Komorbidita u poruch příjmu potravy

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

U mentální anorexie a bulimie je vyšší výskyt těchto poruch oproti normální populaci: afektivní poruchy, fobicko- anxiózní poruchy, zneužívání a závislost na návykových látkách a poruchy osobnosti. Zatím není jisté, zda se tyto komorbidní poruchy zjištěné na klinickém vzorku osob trpících PPP, vyskytují i u lidí trpících poruchami příjmu potravy, kteří lékařskou pomoc nevyhledali.

Podíl depresivních poruch je jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie 50 - 70 %, ale pořadí vzniku poruch je nejednoznačné a liší se. U jedné třetiny pacientek se depresivní porucha objeví před poruchou příjmu potravy, u další třetiny po vyléčení a u poslední třetiny se vyskytne současně s poruchou příjmu potravy.

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

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

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

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

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

U poruch příjmu potravy je častou komorbiditou zneužívání návykových látek a alkoholu. U bulimických pacientek je zneužívání a závislost na návykových látkách více časté a patrné. Závislostní chování můžeme pozorovat u 30 - 37 % bulimických pacientek a to převážně jako následek poruchy příjmu potravy. Pravděpodobnost vzniku závislosti na některé návykové látce včetně alkoholu je u bulimických až 7 x vyšší než u anorektiček. *„Závislost na alkoholu i drogách může poruše příjmu potravy předcházet, vznikat při jejím léčení nebo existovat současně. Vznikne často ze snahy řešit alkoholem a drogami zvýšenou chuť k jídlu, jídlo nahradit drogou pro získání lepší kontroly nad jídlom nebo snášet lépe restrikcii jídla“* (Papežová, 2012, s. 35). Tento problém vyústí v potížích nejen fyzických, ale i psychických a případně zkomplikuje léčbu.

4. 3. Zahraniční výzkumy

Při vyhledávání anglických článků na podobné téma, o kterém píše svoji diplomovou práci, jsem narazila na několik zahraničních výzkumů, které zkoumají také komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek. Autoři výzkumných článků se nejčastěji zabývali otázkou která porucha příjmu potravy, má větší předpoklad, že se u ní vyskytne komorbidita užívání některé návykové látky a které přesně. Zda se jedná o alkohol nebo jiné drogy.

První studie má název Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek - přehled literatury. Vyšla v časopise *International Journal of Eating Disorders* v roce 1994. Autory jsou Holderness, Brooks-Gunn a Warren. Studie se snaží o syntézu literatury na toto téma z posledních patnácti let. Přezkoumává 51 studií, které se zabývají touto komorbiditou. Zkoumá studie, kde jsou ženy klasifikovány jako drogově nebo alkoholově závislé a zároveň trpí poruchami příjmu potravy. Dále tento článek zkoumá studie, kde jsou ženy prvotně klasifikovány jako trpící některou poruchou příjmu potravy a druhotně užívají nějaké návykové látky. Tato studie se snaží odhalit, zda je větší spojitost s anorektickým nebo bulimickým chováním a užívání návykových látek. Ukázalo se, že pacientky s diagnózou bulimie nebo anorexie purgativního typu, mají větší sklon k užívání návykových látek a alkoholu, tedy i větší riziko vzniku závislosti. U žen s anorexií restriktivního typu, se užívání návykových látek vyskytuje v menší míře. Nebyla zjištěna vyšší prevalence užívání návykových látek u příbuzných pacientů trpících poruchami příjmu potravy. Je známo mnoho mechanismů vysvětlujících vztah poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a často vedou k dalším nezodpovězeným otázkám a námětům na další výzkumy.

Další článek od autorů Niva Piran a Tahany Gadalla má název Poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek u kanadských žen - národní studie. Článek vznikl v roce 2007 na univerzitě v Torontu a vyšel v akademickém časopise *Addiction*. Cílem této studie bylo prozkoumat komorbiditu mezi poruchami příjmu potravy a užívání návykových látek ve velké národně reprezentativní studii kanadských dospělých žen. Zkoumalo se jak celoživotní užívání návykových látek, tak občasné. Design výzkumu byl založen na sekundární analýze dat. Byly použité statistiky z *Canadian Community Health Survey (CCHS)*. K měření rizik vzniku poruch příjmu potravy byl použit *Eating Attitude Test (EAT-26)*. Míra užívání alkoholu a užívání nelegálních drog byla měřena pomocí příslušných modulů z krátkého formy *Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF)*. Údaje od národně reprezentativního vzorku kanadských dospělých žen byly rozděleny do tří věkových skupin, rozdělených pro tento výzkum. V závěrech studie se ukázala významná spojitost poruch příjmu potravy a užívání návykových látek v jednotlivých věkových skupinách. Tato významná spojitost byla nalezena ve věkových skupinách 15 - 24 a 25 - 44 let, kdy byl použit dvanácti-měsíční časový rámec. Výsledky studie podporují výzvu pro rozvoj krátkých screeningových nástrojů pro dospělé ženy s problémy spojenými s jídlem a zneužíváním návykových látek a podporují vývoj léčebných strategií, které se zabývají komorbiditou poruch příjmu potravy a užíváním návykových látek.

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

5. Psychoterapie komorbidit PPP a užívání návykových látek

5.1. Psychoterapie

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

Také z psychodynamické strany je v poslední době zdůrazňována nutnost normalizace tělesné hmotnosti a terapie orientovaná i na symptomy. V rámci výzkumu s náhodně vybranými anorektickými pacientkami bylo zjištěno, že ty pacientky, u kterých psychoanalyticky orientovaná léčba obsahovala i strukturované komponenty, zaměřené na zvyšování váhy, vykazovaly lepší výsledky v oblasti normalizace hmotnosti než ty pacientky, u kterých léčba tyto komponenty neobsahovala. Výzkumy ukazují, že dosažení cílové váhy (přibližně BMI 20) v rámci behaviorální terapie, je spojené s lepší dlouhodobou prognózou.

5.1.1. Rodinná terapie

Do terapie poruch příjmu potravy patří i rodinná terapie. Patří sem několik studií, které se zaměřily na postupy v rodinné terapii. Jeden z prvních výzkumů porovnal rodinnou terapii s podpůrnou individuální terapií. Rodinná terapie byla úspěšnější než individuální terapie jen u pacientek, které onemocněly před 19. rokem a u kterých onemocnění poruchou příjmu

potravy netrvalo déle než tři roky. Byla zkoumána účinnost rodinné terapie (společné rodinné sezení) v porovnání s rodinným poradenstvím (oddělené sezení pro pacientku a poradenství pro rodinu) u anorektických pacientek. Vyskytly se jen malé rozdíly mezi oběma postupy, týkající se symptomatiky v užším smyslu. Dva novější výzkumy potvrdily krátkodobou účinnost rodinně- terapeutických přístupů u převážně adolescentních pacientek. Opět se našly výrazné rozdíly mezi postupem vedeným s pacientkou a společně s její rodinou a s postupem s oddělenými sezeními pro pacientku a její rodinné příslušníky.

5. 1. 2. Kognitivně- behaviorální terapie

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

Před časem byly vytvořeny terapeutické manuály (například v knize Hany Papežové (2012)- Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!) pro léčbu jednotlivých poruch příjmu potravy. Tyto manuály poskytují detailní popis přesného postupu terapie. V posledních letech vznikly i pro psychogenní přejídání. Tato manuálová forma vedení terapie je dobrou pomůckou pro terapeuty, kteří nemají mnoho zkušeností s poruchami příjmu potravy a jejich terapií a to při realizaci a dodržování hlavních, dobře ověřených postupů.

V centru pozornosti u KBT poruch příjmu potravy stojí chronické restriktivní stravování a přehnaný význam přisuzovaný postavě a váze a snížený pocit sebehodnoty. Deformovaný ideál, ideál štíhlosti. Chronické držení diety, podváha, případně pro danou osobu nerealisticky nízká váha, slouží jako kompenzace nízkého nebo labilního pocitu sebehodnoty a s tím spojenými problémy. Zároveň nízká váha a restrikce postavy, jako forma určité tělesné

protiregulace, podporují výskyt záchvatů přejídání a tak i následných kompenzačních opatření. Záchvaty přejídání a zvracení mohou být udržovány i jinými faktory. Tyto faktory je potřeba individuálně identifikovat. Záchvaty přejídání mají často funkci regulace napětí. Mohou sloužit k regulaci nepříjemných emocionálních stavů jako je například strach, frustrace, hněv, zklamání nebo smutek, protože pacientka nemá k dispozici jiné vhodnější dovednosti a možnosti řešení těchto problémů. KBT by měla prolomit bludný kruh skládající se z narušené představy o vlastním těle, představě o ideální hmotnosti, dietování, deficitu pocitu sebehodnoty a nedostatečných alternativních strategií zvládnutí konfliktů prolomit tím, že normalizuje chování v oblasti příjmu potravy, systematicky zpochybňuje zdeformované postoje k vlastnímu tělu a váze, odkrývá spouštěče, a zprostředkuje nové strategie zvládnutí stresových situací a konfliktů. Tak by se měla ve střednědobém horizontu redukovat přehnaná závislost sebehodnoty na postavě a váze. Obvykle bývá východiskem pro KBT problematické chování, v tomto případě narušené chování v oblasti příjmu potravy. V průběhu terapie se však její obsah v jednotlivých případech může přesouvat, proto bývá postup a význam prvků terapie často různý.

5. 1. 3. Psychodynamická terapie

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

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

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

Třetí a poslední psychoanalytická teorie mluví o anorexii jako o zaměření na self a problematice narcismu. Mentální anorexie je chápána jako self patologie, kdy si pacient nedovoluje propracovat separaci a individuaci. Terapeut je pak self objektem, jehož funkce pacient internalizuje. V terapii se řeší hlavní témata regresivních přání- být malá, narcistických přání- být dokonalá, hostilních a destruktivních přání- ublížit svému okolí a sobě. Aby mohl pacient zažít separaci a vyrůst, je zapotřebí aby zažil bezpečný a empatický terapeutický vztah (Kocourková, 1997).

Moderním přístupem v psychoanalýze je teorie mentalizace, reprezentovaná P.Fonagym a A. Batemanem, původně rozpracovaná pro hraniční poruchu osobnosti. Teorie mentalizace vychází z přesvědčení, že pro vývoj jedince je důležitý attachment s primární pečující osobou, která předurčuje jeho vývoj mentalizační funkce od dětství až po dospělost. U pacientek

s poruchami příjmu potravy dochází dle této teorie ke specifickým problémům v myšlení a prožívání a k nedostatečným schopnostem uvědomění si odlišností v mentálních funkcích a projevech. Jejich mentální potíže zobrazuje tělo a je pro ně těžké užívat metaforické a symbolické myšlení. (Kocourková, Koutek, 2011).

5. 1. 4. Psychoedukace

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

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

5. 2. Terapeutický režim na psychiatrické klinice VFN a 1. F UK

Pacienti, kteří nastoupí na toto oddělení, dostanou podrobné instrukce od personálu a terapeutickou smlouvu, která informuje o jídelním a terapeutickém režimu na tomto oddělení. Poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobá a závažná onemocnění, která však lze léčit. Je k tomu nezbytná spolupráce pacientek, která spočívá v přijetí terapeutického plánu, dodržování jídelního, pracovního a sociálního programu na oddělení. Pacienti si zde musí rychle zvyknout na pravidelnou stravu, větší porce jídla než byli většinou doposud zvyklí, bohatší skladbu jídla a na to, že musí dojídat své porce. To může vést ze začátku k nepříjemným pocitům, které se týkají zažívání a psychické nepohody. Změna jídelních návyků je základním cílem terapie a bez ní se nedá dál pracovat. U pacientů s mentální anorexií a nízkým BMI je jeden z důležitých cílů nárůst tělesné hmotnosti a dosažení cílové váhy (normálního BMI, vyššího než 19). Cílová váha se domlouvá s pacienty při přijetí do režimu.

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

dostatečně motivovaný, a když není, tak se ho snaží motivovat personál a často i spolupacienti. Je potřeba, aby pacienti dodržovali terapeutický program.

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

Před nástupem do léčby na toto oddělení je nutné, aby byli pacienti somaticky stabilizováni. Většinou je nutné, aby předložili zprávy od ostatních odborníků, u kterých jsou léčeni. Někdy je nutné, aby před touto léčbou pacient absolvovala metabolickou léčbu. Tam může být přeložen i při zhoršení zdravotního stavu zde. Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu, úpravě jídelních návyků a nárůstu hmotnosti. Důvodem k ukončení léčby může být neschopnost dodržovat pravidla terapeutického režimu. Například nedojídání jídel. To vede k demotivování spolupacientů a kontraproduktivě léčby.

5. 2. 1. Denní režim na oddělení

V léčbě jsou klienti i s velmi nízkým BMI, proto je jejich účast na některých aktivitách omezená. Účast je odstupňovaná dle schopnosti se aktivit aktivně účastnit a mít z nich užitek.

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

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

Měla jsem možnost absolvovat dlouhodobou stáž na tomto oddělení od října až doposud (do února, ale nemám v plánu v nejbližší době stáž ukončovat) každý pátek. Moc se mi zde líbil osobní přístup k pacientům a způsob práce s nimi. Pacienty s poruchami příjmu potravy považuji za jednu z nejtěžších klientel pro psychoterapeutickou léčbu vůbec. Je to z důvodu jejich ambivalence k léčbě a patologickými vztahy k vlastnímu tělu a vlastní osobě. Když se k tomuto závažnému problému přidají ještě potíže s návykovými látkami, léčba není vůbec

snadná. Zde však pracují přední odborníci a výsledky léčby jsou velmi příznivé. Kromě velmi schopných lékařů a psychologů bych ráda vyzdvihla práci zdravotních sester na tomto oddělení, která je naprosto profesionální a nadstandartní. S tak lidským a profesně nadšeným přístupem jsem se dosud na praxi nesetkala. Jsou to právě zdravotní sestry, které tráví s pacienty nejvíce času. K nim chodí přes den pro radu, pro lék, pro uklidnění. Někdy je dokonce sestry z vlastní iniciativy vezmou ven na procházku, do muzea nebo na výstavu. Pacienti k nim mají velmi vřelý vztah. Právě tento vztah pacient- zdravotní sestra je dle mého názoru často v psychiatrické péči opomíjený, ale o to více důležitý. To je to, co tvoří atmosféru celého oddělení. Toto oddělení jde svou profesionální a lidskou péčí příkladem.

VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6. Použité metody

6.1. Výzkumné cíle a otázky

Cílem výzkumu v této diplomové práci je popsat prevalenci žen trpících poruchami příjmu potravy a zároveň užívajících nějaké návykové látky včetně alkoholu. Cílem je též popsat zda existuje rozdíl mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy a preferencí určité drogy.

Výzkumné otázky:

1. Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog?
2. Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu?
3. Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN?

6.2. Metody získávání dat

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

6. 2. 1. EAT- 26

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

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

6. 2. 2. AUDIT

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

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

6. 2. 3. Dotazník na užívání drog

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

6. 2. 4. Fokusní skupina

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

6. 2. 5. Rozhovor s pacientkou

Posledním zdrojem metody triangulace je kazuistika pacientky s komorbiditou. Kazuistika vznikla díky rozhovoru, který poskytla a z pacientčiny anamnézy. Zvolen byl polostrukturovaný rozhovor. Vybrána byla pacientka z psychiatrické kliniky 1. LF UK a FVN hospitalizovaná na oddělení poruch příjmu potravy. Pacientka se zde léčila s diagnózou

psychogenní přejídání. Zároveň měla v anamnéze mnohaleté užívání drog. Vyzkoušela jich mnoho druhů. Drogy jí sloužily také ke kontrole váhy a snižování hmotnosti. Z těchto důvodů byla oslovena pro tento výzkum. Pacientka byla velmi ochotná a sdílná. Rozhovor trval hodinu. Pacientka byla informována o účelech výzkumu, o jeho využití a podepsala informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Byla dodržena anonymita a její jméno bylo změněno.

6.3. Metody analýzy dat

Pro analýzu dat jsem zvolila program Microsoft Excel 2010. Provedla jsem zde matematicko- statistickou analýzu dat, získaných z dotazníkového šetření. Data jsem pro přehlednost vizualizovala pomocí tohoto programu do tabulek a grafů. Tento program umožňuje provádět výpočty, analyzovat informace a vizualizovat data. Fokusní skupina a rozhovor s pacientkou byly nahrány na diktafon a následně přepsány. Doplnují dotazníkový výzkum o další informace.

6.4. Průběh výzkumného šetření

Výzkum probíhal od listopadu 2014 do února 2015 na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Na tomto oddělení jsem absolvovala dlouhodobou psychologickou stáž, docházela jsem každý pátek. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 pacientek. Jejich návratnost byla 100 %. Dotazníky byly anonymní. Fokusní skupiny se zúčastnily 4 vybrané pacientky a rozhovoru jedna pacientka. Dotazníky jsem dávala vyplnit pacientkám náhodně, tedy bez informace o jejich zkušenostech a užívání návykových látek. Do fokusní skupiny jsem vybrala pacientky, o kterých jsem věděla, že mají potíže s pitím alkoholu nebo užívání drog. Podle drogové anamnézy jsem vybrala i pacientku, která se zúčastnila rozhovoru.

6.5. Výzkumný soubor

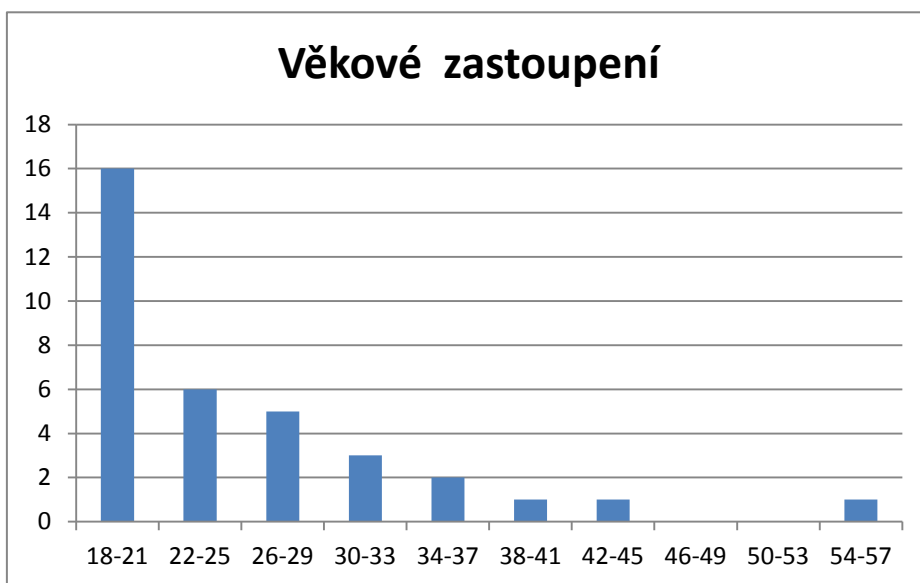
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 respondentek. Návratnost byla 100 %. Fokusní skupiny se zúčastnily čtyři pacientky a rozhovoru jedna pacientka. Zároveň všechny tyto pacientky vyplnily baterii dotazníků.

Věkové složení výzkumného souboru se pohybuje od 18 do 57 let. Viz graf číslo 1. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou je 18 - 21 let, téměř polovina celého souboru. Šesti

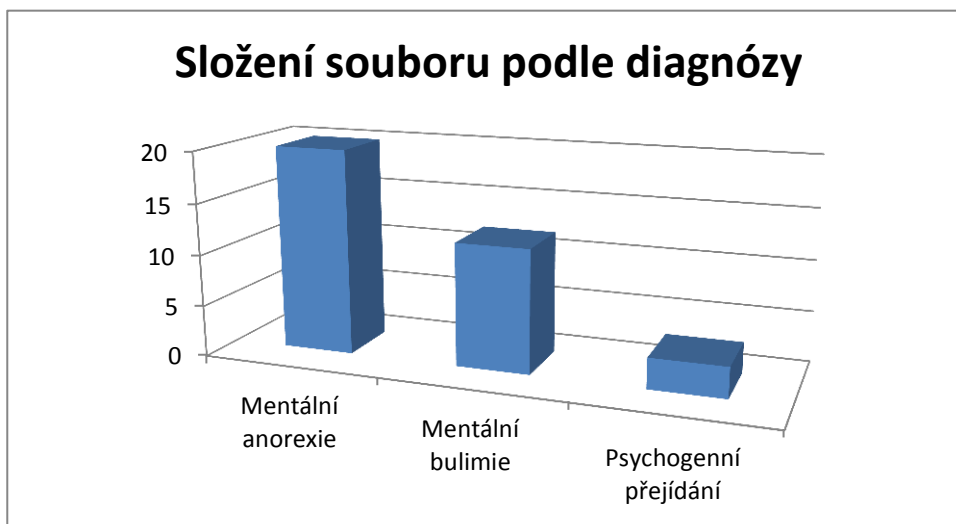
respondentek tvoří věkovou skupinu 22 - 25 let, pět tvoří skupinu 26 - 29 let, tři 30 - 33 let a dvě 34 - 37 let. Třem nejstarším pacientkám je 40, 43 a nejstarší 57 let. Lze tedy říci, že poruchami příjmu potravy více trpí ženy mladší 30 ti let. Někdy se však nevyhne i ženám nad 50 let.

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

Graf č. I. Věkové zastoupení výzkumného souboru



Graf č. II. Výzkumný soubor dle typu poruchy příjmu potravy



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

6. 6. Etika výzkumu

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

7. Výsledky výzkumu

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

Z celkových výsledků testu jsem vytvořila tabulku, kde jsem rozdělila respondentky podle diagnózy a počtu dosažených bodů v celkovém hodnocení. Viz tabulka číslo jedna.

Tabulka č. I. Celkové skóre EAT-26 u jednotlivých poruch

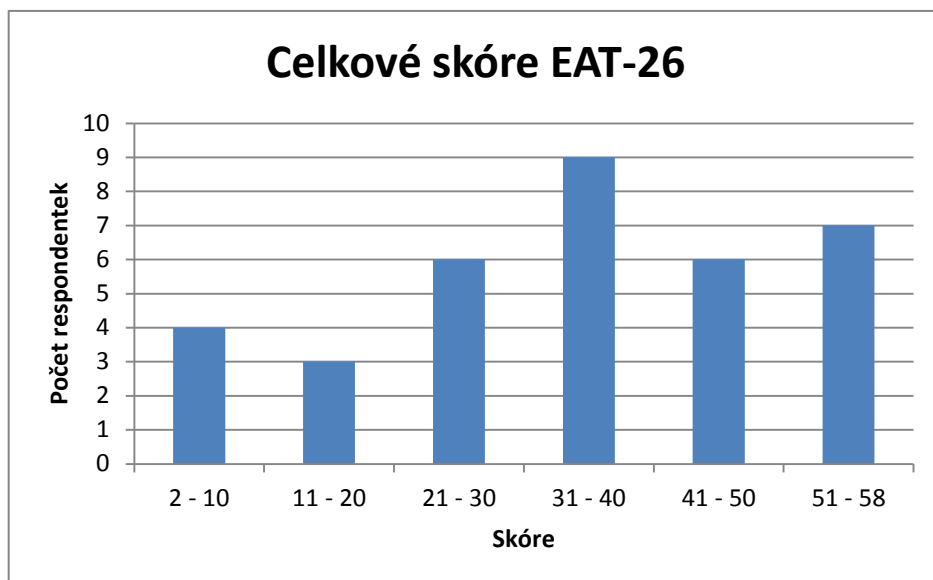
Diagnóza	Skóre					
	2 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 58
Mentální anorexie	3	1	3	7	2	4
Mentální bulimie	1	0	2	2	4	3
Psychogenní přejídání	0	2	1	0	0	0
Celkem	4	3	6	9	6	7

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

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

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

Graf č. III. Celkové skóre EAT- 26



7. 1. Fokusní skupina

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

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

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

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

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

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

7.2. Kazuistika

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

Rodinná anamnéza

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

Osobní anamnéza

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

od 27 do 39 let potvrzuje ranní doušky a palimpsesty. Také zažila tahy, odvykací stavy. Nebyla nikdy na záchytné stanici. Neměla delirium. Z drog užívala THC, heroin, LSD, MDMA, BZD, tramadol. Udává, že vyzkoušela vše, co sehnala, co bylo zrovna na trhu. Pervitin užívala od 18 let s mezerami (od 23 do 27 let) do minulého roku. Naposledy užila pervitin 2/2014. Abstinovat se jí dařilo, když byla těhotná a kojila. A nyní se již cítí na užívání drog stará a chce se chovat zodpovědně kvůli dceři.

Průběh života

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

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

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

Psychiatrické anamnéza

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

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

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

Nynější onemocnění

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

Pozorování psychického stavu

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

Závěr a doporučení

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

Výzkumná otázka č. 1

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

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

Tabulka č. II. Užívání drog

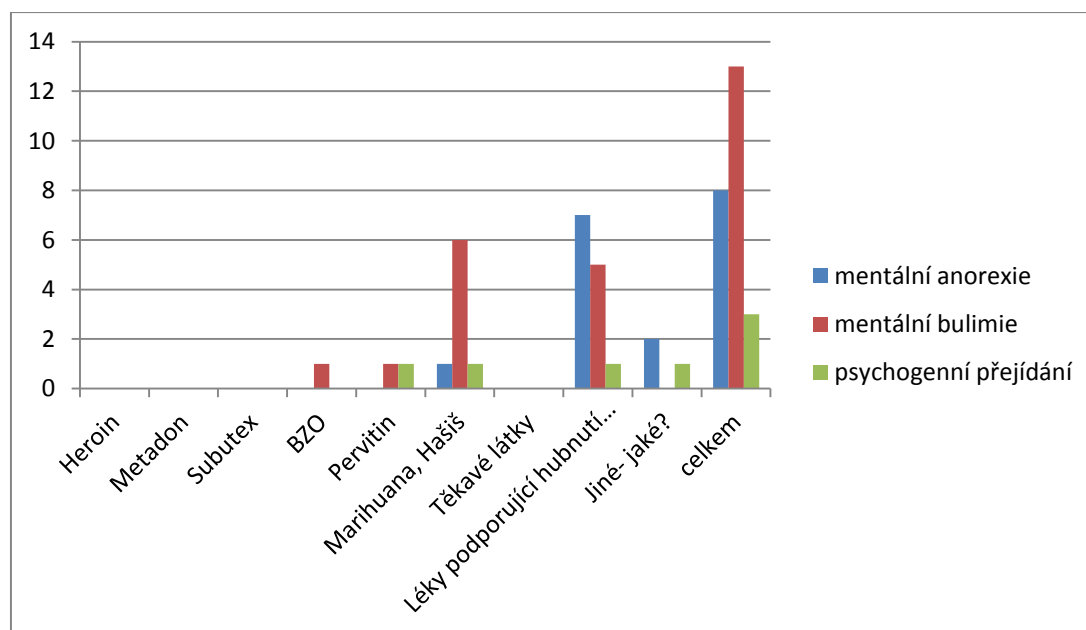
Droga	Diagnóza			
	Mentální anorexie	Mentální bulimie	Psychogenní přejídání	Celkem
Heroin	0	0	0	0
Metadon	0	0	0	0
Subutex	0	0	0	0
BZO	0	1	0	1
Pervitin	0	1	1	2
Marihuana, Hašiš	1	6	1	8
Těkavé látky	0	0	0	0
Léky podporující hubnutí (anorektiva, laxativa...)	7	5	1	13
Jiné- jaké?	2	0	1	3
Celkem	8	13	3	27

Z výzkumu vyplývá, že s benzodiazepiny má zkušenost jedna pacientka s mentální bulimií. S pervitinem mají zkušenost dvě pacientky, jedna se léčí s mentální bulimií a druhá s psychogenním přejídáním. S marihuanou a hašišem má zkušenost šest pacientek s mentální bulimií, což je 50 % respondentek s touto diagnózou. A pouze jedna pacientka s mentální anorexií a jedna s psychogenním přejídáním. S léky podporujícími hubnutí má zkušenost 7 pacientek s mentální anorexií, dále 5 pacientek s mentální bulimií a jedna pacientka s psychogenním přejídáním. V dotaznicích respondentky často uváděly nadměrné užívání laxativ. Položku jiné návykové látky vyplnily dvě dívky s mentální anorexií a udaly užívání

léku aulin a čípků. Jedna respondentka s psychogenním přejídáním do této kolonky vyplnila LSD, extáze, vše co bylo na trhu. Žádná respondentka nevedla zkušenost s heroinem, metadonem, subutexem a těkavými látkami.

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

Graf č. IV. Užívání návykových látek



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

Výzkumná otázka č. 2

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

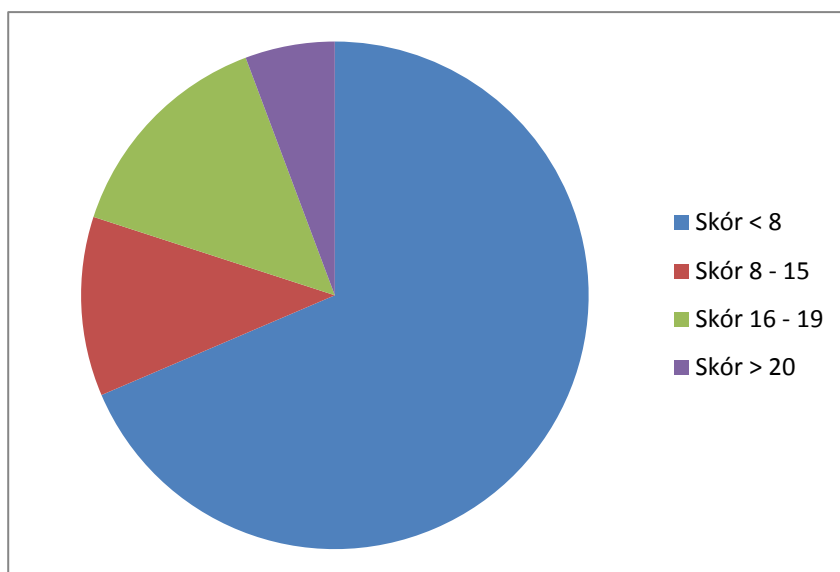
Ke zjišťování problémů s užíváním alkoholu byl použit dotazník AUDIT. Skládá se z deseti otázek, respondent zaškrtnává odpověď 0 - 4. Body se na konci sčítají. Pokud je celkový skóre méně než osm, není to indikátorem škodlivého pití. Skóre větší než osm může být indikátorem škodlivého pití alkoholu,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

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

Tabulka č. III. Výsledky dotazníku AUDIT

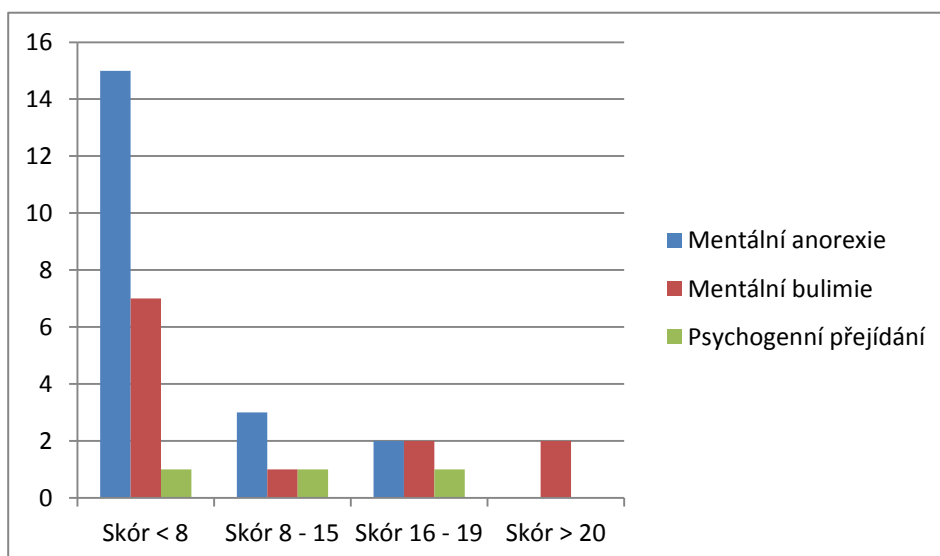
Skóre	Míra závažnosti pití alkoholu	Četnost
Skóre < 8	není indikátor škodlivého pití	24
Skóre 8 - 15	střední úroveň problémů s alkoholem	4
Skóre 16 - 19	vysoká úroveň problémů s alkoholem	5
Skóre > 20	indikuje závislost na alkoholu	2

Graf č. V. Výsledky dotazníku AUDIT



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

Graf č. VI. Výsledky dotazníku AUDIT u jednotlivých diagnóz



Výzkumná otázka č. 3

Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislostí na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN?

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

Abych se více dozvěděla o zkušenost s léčbou, zeptala jsem se patientek, které se zúčastnily fokusní skupiny. Otázka byla, jestli se na oddělení a ve stacionáři věnují i problematice užívání alkoholu a drog v souvislosti s danou poruchou příjmu potravy.

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

8. Diskuse

V této kapitole budu diskutovat dosažené výsledky, limity a další možné využití získaných poznatků. Byla použita metoda sběru dat triangulace, jde tedy o kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Užitou metodou sestavování zkoumaného vzorku v dotazníkovém šetření byl prostý náhodný neboli přímý výběr, kde každá jednotka má stejnou pravděpodobnost výběru. Jeho výhodou je, že si mohu vybrat respondenty, tedy že jsem mohla oslovit všechny pacientky, které byly aktuálně v léčbě. Nevýhodou při daném počtu 35 respondentů je nižší míra reprezentativnosti výzkumného souboru. V této práci jsem při rozdávání dotazníků cíleně nerozdělovala předem respondenty dle diagnózy a nezjišťovala předem, zda mají zkušenosti nebo potíže s alkoholem a návykovými látkami. Až při vyhodnocování dotazníků jsem zjistila, že zastoupení v souboru je dvacet pacientek s diagnózou mentální anorexie, dvanáct s diagnózou mentální bulimie a tři s psychogenním přejídáním. Následující srovnávání těchto skupin je tedy diskutabilní. Lepší by bylo mít stejný počet zastoupení všech diagnostických kategorií. Bylo by však velmi obtížné sehnat dostatečný počet respondentů.

Další téma, které chci diskutovat, je validita dotazníků. U dotazníků, které jsem pro tuto práci použila, je nutné, aby se testovaná osoba aktivně participovala. Tento fakt jsem se snažila „ošetřit“ předběžným motivačním pohovorem s pacientkami a zároveň anonymitou dotazníků. U dotazníků AUDIT a dotazníku na užívání drog považuji anonymitu a nemožnost identifikace respondenta za velmi důležitou, protože pacientky, které se účastnily výzkumu, se léčí s poruchami příjmu potravy a nikoliv s problémy s alkoholem nebo drogami. I přesto, že tyto problémy mohou mít a zůstaly personálu skryté, protože je aktuální nemají motivaci řešit, nepřijdou jim tolik závažné jako samotná porucha příjmu potravy nebo mají strach z vyloučení z léčby, protože v léčbě je povinná abstinence a její porušení se trestá. Dále mohou mít strach ze stigmatizace a reakce okolí, kdyby kromě poruchy příjmu potravy ještě vyvstal problém s některou návykovou látkou. Za pozitivum považuji, že vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné a respondenti mohli kdykoliv z výzkumu odstoupit. Také byla výhoda, že jsem jim dotazníky zadávala já z pozice stážisty, nikoliv zaměstnance, tedy mohlo to vyvolat pocit, že jsem někdo zvenku. Také byli informováni, že dotazníky a poznatky slouží pro mou diplomovou práci, nikoliv pro jiné účely.

Zajímavé jsou výsledky testu EAT- 26, který hodnotí závažnost jídelních návyků testovaného. Aby se dalo uvažovat o poruše příjmu potravy, musí respondent získat alespoň 20 bodů. Celkem sedm respondentek však získalo méně než dvacet bodů. Čtyři respondentky dokonce získaly méně než 10 bodů. A tři získaly body v rozmezí 11 - 20 bodů. Lze tedy říci, že kdyby takto vyplnila dotazník osoba mimo psychiatrickou kliniku, která se neléčí s žádnou diagnózou, odborník by nemusel ani uvažovat o poruše příjmu potravy. Některé respondentky, které takto vyplnily dotazník, ale mají tak nízké BMI, že je jejich nemoc i ohrožení zdraví patrné. Tyto výsledky ukazují na to, že těchto sedm pacientek zcela postrádá náhled na svou nemoc. Nemyslím si, že by výsledek dotazníku záměrně zkreslovaly. Zřejmě mnohé z nich mají natolik narušené sebehodnocení, sebeobraz a jídelní návyky, že nejsou schopné své jednání zhodnotit a posoudit objektivně. Může zde také chybět upřímnost k sobě samé. Což je i součástí diagnózy, hlavně mentální anorexie. Poslední prvek, který by mohl práci vylepšit, by byl specifický dotazník ke zjištění komorbidit. Žádný takový jsem však nenalezla, proto jsem baterii sestavila ze tří dotazníků sama. Usnadnilo by to vyhodnocování i dobu vyplňování respondenty.

Pro další výzkumy by bylo zajímavé se zaměřit pouze na jednu poruchu příjmu potravy a zkoumat podrobněji, ke kterým návykovým látkám inklinuje. K takové studii by bylo potřeba mít dostatek respondentů se stejnou diagnózou, například získat reprezentativní vzorek osob s diagnózou psychogenní přejídání a zkoumat u nich závislost na alkoholu nebo na jiné předem vybrané droze. Bylo by to časově náročnější a tolik specifických respondentů by bylo poměrně obtížné sehnat. Muselo by se využít více specializovaných léčebných zařízení.

Závěr

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatura

ARIAS, J. E., HAWKE, J. M., ARIAS, A. J. a KAMINER, Y. *Eating Disorder Symptoms and Alcohol Use Among Adolescents in Substance Abuse Treatment*. Substance Abuse: Research & Treatment, 2009, 3:81-91.

BOWLBY, J. *Vazba*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

BEČKOVÁ, I. a VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

FISCHER, S. a ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

GÖHLERT, Ch. a KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Přeložila Dagmar LIEBLOVÁ. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HELLER, J. a PECINOVÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Avicenum, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HOLDERNESS, CC., BROOKS-GUNN, J. a WARREN, MP. *Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature*. Int J Eat Disord. 1994, 16(1):1-34. Review. PubMed PMID: 7920577.

HOWARD, S. *Psychodynamická terapie*. Přeložila Hana DRÁBKOVÁ. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-455-7.

HYNIE, S. *Psychofarmakologie v praxi*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-17-5.

CHVÁLA, V. a TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.

JACOBI, C., PAUL, T. a THIEL, A. *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatelstvo F, 2006. ISBN 80-88952-35-2.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. *Medicína pro praxi*, 2007, 4(9), s. 321-323.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOCOURKOVÁ, J. et al., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KOCOURKOVÁ, J. a KOUTEK, J. *Je teorie mentalizace inspirací pro poruchy příjmu potravy?* *Československá psychologie*, 2011. 55 (2), s. 180-183.

KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: K. KALINA a kol. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M a KALINA, K. *Psychiatrická komorbidita*. In K. KALINA a kol. *Základy klinické adiktologie* Praha: Grada, 2008, s. 75-87. ISBN 978-80-247-1411-0.

NEENAN, M. a DRYDEN, W. *Kognitivní terapie*. Přeložil Ivo Müller. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-372-7.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7178-515-6.

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexie nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.

PIRAN, N. a GADALLA, T. *Eating disorders and substance abuse in Canadian women: A national study*. *Addiction*, 2007, 102(1), 105-113. DOI 10.1111/j.1360-0443.2006.01633.x.

ROOT, T. L. et. al. Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*. 2010, 43(1), 14- 21. DOI 10.1002/eat.20670.

SANANIM. *Drogy- otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and dependence*. Geneva: World Health Organization, 2004. ISBN 978-9241562355.

ZÁBRANSKÝ, T. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

Bakalářské práce

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

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

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

Internetové zdroje

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

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

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

Seznam tabulek

Tabulka č. I. Celkové skóre EAT-26 u jednotlivých poruch

Tabulka č. II. Užívání drog

Tabulka č. III. Výsledky dotazníku AUDIT

Seznam grafů

Graf č. I. Věkové zastoupení výzkumného souboru

Graf č. II. Výzkumný soubor dle typu poruchy příjmu potravy

Graf č. III. Celkové skóre EAT- 26

Graf č. IV. Užívání návykových látek

Graf č. V. Výsledky dotazníku AUDIT

Graf č. VI. Výsledky dotazníku AUDIT u jednotlivých diagnóz

PŘÍLOHY

Příloha č. I.: Dotazník EAT- 26

Příloha č. II.: Dotazník AUDIT

Příloha č. III.: Dotazník na užívání drog.

Příloha č. IV.: Přepis diskuze z fokusní skupiny

Příloha č. V.: Informovaný souhlas

Eating Attitudes Test (EAT-26)[®]

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

Part A: Complete the following questions:

1) Birth Date	Month: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Day: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Year: <input style="width: 50px;" type="text"/>	2) Gender:	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
3) Height	Feet : <input style="width: 50px;" type="text"/>	Inches: <input style="width: 50px;" type="text"/>				
4) Current Weight (lbs.):	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
5) Highest Weight (excluding pregnancy):	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
6) Lowest Adult Weight:	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
7) Ideal Weight:	<input style="width: 100%;" type="text"/>					

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

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

Part C: Behavioral Questions:

In the past 6 months have you:

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

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

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

Příloha č. II.

Dotazník AUDIT:

Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Demografické informace (neuvádějte, prosím, jméno).

Pohlaví: muž / žena Věk: let Dokončené vzdělání:

Současné zaměstnání:

Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					Celkem	

Užívání drog

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

Poznámky:

Karta 1

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

Karta 2

Ústy.....	1
Nosem.....	2
Kouření.....	3
Nitrožilně.....	4
Do svalů.....	5

Příloha č. IV.

Fokusní skupina

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

Skupina: Ne.

S jakou diagnózou se zde léčíte?

Tina: mentální anorexie

Daniela: přejídání

Barbora: mentální anorexie, bulimie, přejídání, alkohol

Kateřina: přejídání

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

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

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

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

Tina: 18 a zkušenost mám od 14.

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

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

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

Já: A byly tam následky?

Daniela: Určitě byl. Ta daň nebyla malá.

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

Já: Co jste dělala nebo děláte za práci?

Barbora: Děláním koncipientku.

Já: Tak to je asi náročné.

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

Já: Pociťovala jste nějaké potíže v důsledku toho pití?

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

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

Barbora: Ano.

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

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

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

Já: Budete chodit dál na tu alkoholní skupinu?

Kateřina: Ještě se tam zajdu podívat.

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

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

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

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

Barbora: Ano, je to spojené.

Daniela: Já v tom vnímám velmi úzkou souvislost.

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

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

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

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

Barbora: No já jsem vůbec nevečeřela.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tina: Nebo společnost ve který se necítíte dobře.

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

Příloha č. V.

Psychiatrická klinika

Ke Karlovu 11

Praha 2

128 00

Jméno, příjmení.....

r. č. / datum narození.....

Byla jsem podrobně seznámena o cíli studie- diplomové práce.

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

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

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím se zařazením do výzkumné studie v diplomové práci na PVŠPS, obor psychologie.

V Praze dne:

podpis.....

Výzkum prováděla: Bc. Nikola Chládková

Datum:

Podpis.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Nikola Chládková

Studijní program: Mgr.

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie

Počet stran (bez příloh): 65

Celkový počet stran příloh: 14

Počet titulů české literatury a pramenů: 34

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Jakubů, PhD.

Rok dokončení práce: 2015

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Bc. Nikola Chládková**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie**

Vedoucí/oponent* práce: **PhDr. Jiří Jakubů PhD.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **61(66)**

Počet stránek příloh: **12**

Počet titulů v seznamu literatury: **34 (40)**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	2			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1				
---	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
---	--	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

1				
---	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

1				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) V diskusi uvádíte terapeutického hledisko, které chápe význam symptomu jako náhradního (kompromisního) řešení. Jakým způsobem byste do budoucna výzkum obohatila v tomto směru?
- 2) Jaké praktické využití by mohly podobné výzkumy psychoterapeutické vzdělávání a praxi?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma práce je výzkumně i společensky aktuální i atraktivní, zároveň zatím nedostatečně prozkoumané (viz skromná literatura k tématu). Autorka svůj výzkumný projekt dlouhodobě, systematicky a samostatně zpracovávala, dokázala využít získané poznatky ze svého studia psychologie a adiktologie i vlastní praxe na oddělení prof. Papežové. S vedoucím práce pracovala flexibilně a k její cti je nutno říci, že design i vyhodnocení práce prováděla zcela samostatně. Zodpovědně ošetřila etické aspekty výzkumu a v diskusi kriticky reflektuje jeho význam i omezení. V teoretické části prokazuje přehled jak v problematice a dostupné literatuře na toto téma, tak i v konkrétních terapeutických aplikacích i znalost práce konkrétního specializovaného pracoviště. V části praktické autorka výborně kombinuje kvantitativní a kvalitativní metodologii. V celkové architektuře výzkumu je oceněníhodné vytvoření fokusní skupiny a komplexně propracovaná kazuistická ilustrace. Byť je z pohledu kvantitativní metodologie zkoumaný soubor malý a neumožňuje autoritativní zobecnění, získané výsledky umožňují kvalifikované hypotézy a mohou velmi dobře posloužit jako pilotní základy pro reprezentativnější projekt, který by byl skutečně žádoucí. Ještě jednou chci ocenit autorčinu samostatnost, zaujatost tématem i samotný výběr a zpracování tématu; drobné stylistické nedostatky kvalitu práce nijak neohrožují. Doufám, že na tomto tématu bude autorka nadále výzkumně pracovat při studiu adiktologie. Za vhodnou považuji publikaci např. v časopisu Psychoterapie.

Doporučení k obhajobě: **Doporučuji/nedoporučuji***

Navrhovaná klasifikace: **Výborně**

Datum, podpis:

* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Natálie Chládková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie

Oponent práce: Mgr. Michaela Titmanová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 65

Počet stránek příloh: 14

Počet titulů v seznamu literatury: 34 české literatury, 5 zahraniční literatury, 3 internetové odkazy

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1	2		
--	---	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V bodech uvést přínosy práce, zajímavé postřehy při zkoumání dané problematiky a pobytu v zařízení.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka ve své DP zpracovává téma komorbiditý PPP a užívání návykových látek a s tím spojené možnosti psychoterapie. DP se skládá z teoretické a praktické části a za cíl si klade upozornit na četnost výskytu komorbiditý PPP a užívání návykových látek, vést odbornou veřejnost k zamyšlení nad tímto problémem a k včasnému rozpoznání těchto diagnóz.

Autorka čerpá zkušenosti ze své dlouhodobé stáže na Psychiatrické klinice 1.LF UK a VFN na oddělení a stacionáři pro PPP. Autorka velice smysluplně propojuje teoretické poznatky, kdy uvádí i zahraniční výzkumy týkající se této problematiky, s částí praktickou.

V praktické části si autorka klade výzkumné otázky: 1. Který typ poruch příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog?

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

3. Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbiditý poruch příjmu potravy a závislosti na návyk. Látkách v Psych. Klinice 1.LF UK a VFN?

V praktické části pomocí metody triangulace zodpověděla (a kriticky výsledky zhodnotila) otázky č. 1 a 2. Třetí otázku zodpověděla na základě vlastní stáže a pozorování v daném zařízení.

Práci lze považovat za výborně zvládnutou jak po stránce teoretické, tak i po stránce praktické. Drobné nedostatky týkající se ojedinělého výskytu chybějící citace (např. str. 30 „Rodinná terapie“ - hovoří studentka o výzkumech a neuvádí zdroj) lze v případě dobré obhajoby považovat za marginální a ohodnotit práci jako „výbornou“.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:

19.8. 2015 