

Univerzita Hradec králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

# **Komorbidity poruch příjmu potravy a návykových látek**

Bakalářská práce

Autor: Adéla Jíšová  
Studijní program: Sociální patologie a prevence  
Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert  
Oponent práce: PhDr. Jan Drahoňovský



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Adéla Jíšová

**Studium:** P21P0223

**Studijní program:** B0923A190001 Sociální patologie a prevence

**Studijní obor:** Sociální patologie a prevence

**Název bakalářské práce:** **Komorbidity poruch příjmu potravy a návykových látek**

**Název bakalářské práce** Comorbidity of eating disorders and substance abuse

**AJ:**

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zabývá komorbiditou poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií a mentální bulimií, a užíváním návykových látek. Zaměřuje se na poruchy příjmu potravy jako na primární diagnózu, přičemž vznik látkové závislosti je až důsledkem těchto poruch.

V praktické části je prováděn výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti informantkami. Cílem výzkumu je zjistit, k braní jaké návykové látky tihnou nemocní poruchou příjmu potravy nejvíce.

1. KOCOURKOVÁ, Jana; LEBL, Jan a KOUTEK, Jiří. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Folia practica. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
2. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
3. KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
4. PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
5. TORRENS MÈLICH, Marta; MESTRE-PINTÓ, Joan-Ignasi a DOMINGO SALVANY, Antònia. Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2017]. ISBN 978-80-7440-194-7.
6. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

**Zadávací pracoviště:** Ústav sociálních studií,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Hubert

**Oponent:** PhDr. Jan Drahoňovský

**Datum zadání závěrečné práce:** 14.3.2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Komorbidita poruch příjmu potravy a návykových látek“ vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Jan Huberta, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 30.4.2024

---

Adéla Jíšová

## **Poděkování**

Poděkování patří zejména mému vedoucímu práce, panu PhDr. Janu Hubertovi, za jeho odborné vedení, trpělivost a ochotu vždy pomoci.

Dále děkuji všem mým informantkám, které byly ochotné otevřeně mluvit o svých pocitech a problémech, které se vážou na téma duálních diagnóz.

Obzvláště děkuji slečně Karolíně, mé dlouholeté kamarádce, která se mnou sdílí život s duální diagnózou již deset let.

## **Anotace**

JÍŠOVÁ, Adéla. *Komorbidita poruch příjmu potravy a návykových látek*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 62 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce *Komorbidita poruch příjmu potravy a návykových látek* se zaměřuje na problematiku duálních diagnóz, konkrétně na souběžný výskyt poruchy příjmu potravy a látkové závislosti. Teoretická část se jako první zabývá tématem poruch příjmu potravy, kde je vymezení pojmu poruch příjmu potravy celkově, jejich historie a terapie. Dále v teoretické části následuje téma návykových látek, kde je nejdříve vysvětlena závislost obecně a poté následující podkapitoly pojednávají o konkrétních návykových látkách. Výzkumná část bakalářské práce spočívá v polostrukturovaných rozhovorech s pěti informantkami, které mají zkušenost s komorbiditou poruchy příjmu potravy a užíváním návykových látek.

Klíčová slova: komorbidita, mentální anorexie, mentální bulimie, závislost, návyková látka

## **Annotation**

JÍŠOVÁ, Adéla. *Comorbidity of eating disorders and substance abuse*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024. 62 pp. Bachelor Thesis.

Bachelor's thesis *Comorbidity of eating disorders and substance abuse* focuses on the issue of dual diagnoses, specifically on the co-occurrence of eating disorders and substance addiction. The theoretical part is the first to deal with the topic of eating disorders, where is a definition of the concept of eating disorders in general, their history and therapy. Next, in the theoretical part, the topic of addictive substances follows, where addiction is explained in general first, and then the following sub-chapters discuss specific addictive substances. The research part of the bachelor thesis consists of semi-structured interviews with five informants who have experience with the comorbidity of eating disorders and the use of addictive substances.

Keywords: comorbidity, anorexia nervosa, bulimia nervosa, addiction, addictive substance

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: .....

Podpis studenta: .....

# Obsah

Úvod .....	9
<b>1 Poruchy příjmu potravy .....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení problému .....	11
1.1.1 Mentální anorexie .....	12
1.1.2 Mentální bulimie .....	16
1.2 Historie poruch příjmu potravy .....	18
1.2.1 Historie mentální anorexie a mentální bulimie.....	18
1.3 Léčba poruch příjmu potravy .....	21
<b>2 Návykové látky.....</b>	<b>23</b>
2.1 Vymezení pojmu závislost .....	23
2.2 Alkohol.....	24
2.3 Kanabinoidy .....	25
2.4 Stimulanty.....	27
2.4.1 Kofein .....	28
2.4.2 Nikotin.....	28
2.4.3 Kokain .....	29
2.4.4 Pervitin .....	31
2.5 Benzodiazepiny .....	32
2.6 Opiáty .....	33
2.7 Halucinogeny.....	34
<b>3 Psychiatrická komorbidita .....</b>	<b>36</b>
<b>4 Výzkumné šetření .....</b>	<b>39</b>
4.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky .....	39
4.2 Výzkumný soubor a sběr dat .....	40
4.3 Analýza dat.....	41
4.3.1 DVO I.....	41
4.3.2 DVO II.....	44
4.3.3 DVO III .....	45
4.4 Shrnutí dat a závěr .....	46



## Úvod

Poruchy příjmu potravy i závislost na návykových látkách jsou vážnými psychickými problémy, které mají dopad na fyzické i duševní zdraví a způsobují komplikace v léčebném procesu, které často končí recidivami. Spojením těchto dvou poruch se člověk dostává do bludného kruhu, kdy je potřeba řešit oba problémy současně, jinak hrozí velké riziko recidivy.

Tato bakalářská práce se zabývá komorbiditou poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií a mentální bulimií, spolu s užíváním návykových látek. Zaměřuje se na poruchy příjmu potravy jako na primární diagnózu, přičemž vznik látkové závislosti je až důsledkem těchto poruch.

Ač se na první pohled zdají být tyto poruchy jako dva odlišné jevy, mají toho hodně společného. Mnoho pacientů s poruchou příjmu potravy začne užívat návykové látky právě z důvodu mentální anorexie nebo mentální bulimie. Rovněž na jídle, tak jako na drogách, si lze vypěstovat závislost a řešit s ním své problémy.

Teoretická část této práce je rozdělena do tří kapitol a analyzuje oba problémy individuálně i kolektivně. V první kapitole uvádí čtenáře do problému poruch příjmu potravy, konkrétně jejich vymezení, historie a léčby.

V druhé kapitole se práce zabývá látkovými závislostmi, kde jsou kromě úvodu do problematiky uvedeny příklady konkrétních látek.

Třetí kapitola pojednává o komorbiditě jako takové a přináší různé příklady komorbidit poruch příjmu potravy a látkových závislostí.

V empirické části je prováděno výzkumné šetření kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů s pěti informantkami, kterým byla diagnostikovaná mentální anorexie anebo mentální bulimie a které měly problém s užíváním návykových látek. Cílem výzkumu je zjistit, k užívání jaké návykové látky tíhnou nemocní poruchou příjmu potravy nejvíce a následně látky porovnat u mentální anorexie a mentální bulimie. Případně, pokud si informantka prošla oběma poruchami, výzkumné šetření srovnává preferenci látek mezi anorektickým a bulimickým obdobím.

Motivací k výběru tohoto tématu jsou za prvé moji známí, kteří si procházeli nebo stále ještě procházejí výše zmíněným problémem a kteří mě uvedli do jeho závažnosti. Za druhé nedostatečná informovanost ve společnosti. I přes vážné následky psychiatrických komorbidit existuje velmi málo literatury a dostupných zdrojů k sebevzdělávání.

V neposlední řadě je to akademický zájem o téma poruch příjmu potravy a závislosti celkově, které mě zaujaly již v době studia střední školy.

# 1 Poruchy příjmu potravy

## 1.1 Vymezení problému

Již z názvu je jasné, že se poruchy příjmu potravy týkají jedné z nejdůležitějších věcí, které člověk potřebuje k tomu, aby přežil, a to je potrava. Jedná se o jedinečný zdroj živin. Bez jídla by naše tělo nedokázalo normálně fungovat. Je to hnací motor pro naše orgány, a to i včetně mozku. Nepůsobí však pouze na naší fyzickou část, ale je důležitý i pro naši psychiku. V poruchách příjmu potravy tedy nejde pouze o vzhled těla, který bývá až sekundárním znakem těchto poruch, nýbrž jde o psychickou stránku člověka, což můžeme lehce odvodit již z názvu „mentální“ anorexie, či „mentální“ bulimie. Jedná se tedy o poruchy mentální, nikoliv somatické. Po fyzické stránce může být člověk naprosto v pořádku a příjem potravy s tím nijak nesouvisí. Dle profesora Vladimíra Bencka se poruchy příjmu potravy definují jako *„stavy charakterizované abnormálními stravovacími návyky, které mohou zahrnovat buď nedostatečný, nebo nadměrný příjem potravy, nebo chování, určené pro řízení hmotnosti, které vyústí ve výrazné snížení fyzického zdraví nebo anomální psychosociální fungování postiženého jedince.“*<sup>1</sup>

Jedná se o psychiatrické onemocnění, které zasahuje jak do našeho těla, tak do naší mysli a má spousty negativních zdravotních a sociálních dopadů. V nejhroších případech může tato nemoc zapříčinit úmrtí.

Ačkoliv existuje více druhů poruch příjmu potravy, všechny spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu tělu.<sup>2</sup>

Mezi tři nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie a tzv. *záchvatovitě přejídání* (psychogenní přejídání). V určitých případech, kdy pacientka nesplňuje všechna diagnostická kritéria, se uvádí diagnózy jako atypická mentální anorexie nebo atypická mentální bulimie. Podle několika studií vyplývá, že *„jsou tyto poruchy stejně závažné jako „ty klasické“ a že u pacientek dochází během života k rozvoji všech kompletních příznaků poruchy“*.<sup>3</sup> František Krch ve své knize píše, že *„tyto kategorie by se*

---

<sup>1</sup> BENCKO, Vladimír. 2015. Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena* [online]. 60(2) [cit. 24.04.2023]. Dostupné z: Psychosomatic Eating Disorders: Incidence, Risk Factors, Obstacles and Potential in Prevention (szu.cz)

<sup>2</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). s. 13. ISBN 80-7169-627-7.

<sup>3</sup> Tamtéž, s. 19

*měly užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz.*“<sup>4</sup>

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí mají poruchy příjmu potravy označení F50 a spadají pod Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Momentálně se dělí na osm následujících klasifikací:

F50.0 – Mentální anorexie

F50.1 – Atypická mentální anorexie

F50.2 – Mentální bulimie

F50.3 – Atypická mentální bulimie

F50.4 – přejídání spojení s psychologickými poruchami

F50.5 – Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

F50.8 – Jiné poruchy příjmu potravy

F50.9 – Porucha příjmu potravy NS<sup>5</sup>

Ačkoliv je poruch příjmu potravy více, tato práce je zaměřená především na mentální anorexii a mentální bulimii, o kterých budou více pojednávat následující podkapitoly.

### 1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexii můžeme charakterizovat jako „*patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy.*“<sup>6</sup> O tomto typu poruchy příjmu potravy rády diskutují média. Toto téma se řeší například v bulváru, když někdo rychle ztratí tělesnou hmotnost, často vídáme titulky právě o této diagnóze, které občas působí na čtenáře jako by ho chtěly přimět k jakémusi obdivu. „*Dříve byla dokonce mentální anorexie považovaná za nemoc vyšších sociálních vrstev (např. Alžběta Rakouská, známá jako Sisi).*“<sup>7</sup> O nevhodném obdivu mentální anorexie psaly i takzvané *Ana blogy*, které naváděly čtenáře k tomu, jak co nejrychleji zhubnout formou nebezpečných metod. „*Jedná se o osobní internetové stránky, které mají nejčastěji povahu deníku (blogu) a jsou volně přístupné. Jejich tematika je*

---

<sup>4</sup> Tamtéž, s. 19

<sup>5</sup> MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Online. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.3>. [cit. 2024-04-03].

<sup>6</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. s. 230. ISBN 80-7178-214-9.

<sup>7</sup> KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 57. ISBN 978-80-7367-807-4

výrazně vyhraněná – termín „pro-ana“ odkazuje k takovým webovým stránkám, které úmyslně podporují nebo oslavují nebezpečné chování.,<sup>8</sup> K typům, jak co nejrychleji snížit tělesnou hmotnost, autorky ana-blogů přidávají i takzvané *thinspo*, což je zkratka pro *thinspiration*, které značí jakousi motivaci v podobě obrázků s nezdravě hubenými dívkami.<sup>9</sup> „Hashtagy jako *thinspiration* nebo *pro-ana* sdružují obrázky dívek s viditelně nízkým BMI indexem<sup>10</sup> až podvýživou, často odhalené v pozicích, kdy jsou viditelné vystouplé kosti.“<sup>11</sup>

Dále se mentální anorexie pojí s modelingem. „Většina dívek a žen touží po dokonalé postavě, kterou diktuje současný ideál krásy. Modelingové společnosti svými typy modelek tomu vydatně napomáhají.“<sup>12</sup> V kariéře modelingu platí přísná pravidla na udržování ideálních mír, které jsou inspirací pro (nejen) mladé dívky.

Lidem se tedy i kvůli tomu se spojitostí s poruchami příjmu potravy vybaví anorexie většinou jako první. Anorexie se tedy pojí se zevnějškem daleko více než právě mentální bulimie, kde mají nemocní často normální, či vyšší tělesnou hmotnost, a to i přesto, že fyzický stav je až sekundárním znakem.

Jak jsem již zmínila výše, všechny druhy poruch příjmu potravy jsou především psychického charakteru. U mentální anorexie dochází díky vtíravým zkresleným myšlenkám k úmyslnému snižování tělesné hmotnosti, a to ne pouze vyhýbáním se potravě. Často dochází k extrémnímu cvičení až do úplného vyčerpání. Neojedinělým případem bývá i užívání projímadel anebo anorektik, což jsou léky, které působí na centrální nervovou soustavu a tím potlačují chuť k jídlu.<sup>13</sup>

Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje diagnostická kritéria této nemoci ve třech základních bodech:

- I. Úbytek váhy o 15 % proti normální hmotnosti
- II. Chování nutkavě zaměřeno na redukci vlastní hmotnosti

---

<sup>8</sup> BUREŠOVÁ, Lenka. Fenomén „pro-ana blogů“ a jeho nebezpečí. Online. 2018. Dostupné z: [https://www.deti-a-media.cz/art/2865/fenomen-.htm?page\\_idx=70](https://www.deti-a-media.cz/art/2865/fenomen-.htm?page_idx=70). [cit. 2023-12-02].

<sup>9</sup> THINSPO. Online. Webnode. 2020. Dostupné z: <https://pro-ana-web5.webnode.cz/thinspo/>. [cit. 2023-12-02].

<sup>10</sup> BMI neboli index tělesné hmotnosti měří vztah tělesné hmotnosti a výšky

<sup>11</sup> Mentální anorexie. Online. In: Wikipedia: the free encyclopedia. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_anorexie](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie). [cit. 2023-12-02].

<sup>12</sup> Mentální anorexie. Online. Šance dětem. 2018. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/o-cem-se-mluvi/mentalni-anorexie>. [cit. 2023-12-02].

<sup>13</sup> Lékařské slovníky [online]. [cit. 2023-10-27]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/anorektika-10>

### III. Narušené vnímání vlastního těla<sup>14</sup>

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie popisuje i Dr. František Krch, podle kterého se jedná o:

- I. Udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (BMI pod 17,5)
- II. Strach z tloušťky, i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
- III. Porucha menstruačního cyklu<sup>15</sup>

Anorexie se v člověku rozvíjí velmi pomalu a často začíná nenápadně. Obvyklým případem bývá dívka v adolescentním věku, která má váhu dle MBI indexu zcela v normě, ale kvůli nemístným poznámkám na její tělo, se rozhodne držet diety. „*Dívka s mentální anorexií v rané adolescenci bývá obvykle do doby počátku onemocnění neproblematická, vyhovující a dobře prospívající ve škole. Počátek obtíží mohou rodiče přehlédnout, nebo akceptovat jako rozumnou snahu po zdravé výživě.*“<sup>16</sup> Nejprve to může vypadat pozitivně, dívka začala zdravě jíst, sportovat a celkově se zajímat o zdravý životní styl. To vede okolí k dobrému ohlasu, dívku chválí a ta má pocit, že pokud v tom bude pokračovat, dostane se jí odměna ve formě jakéhosi obdivu, přičemž přijme myšlenku, že držení diety je, zjednodušeně řečeno, základ úspěchu. Tím se dívka dostává do bludného kruhu mentální anorexie. Dívky v tomto období bývají zodpovědné, svědomité, perfekcionistické s důrazem na výkon.<sup>17</sup>

To, že se většinou hovoří o mladých dívkách, neznamená, že by mužská část populace tuto nemoc neměla. Uvádí se, že anorexie sice postihuje přibližně 95 % dívek, avšak pozornost by se měla dostat všem pohlavím a věkovým kategoriím stejně.<sup>18</sup>

Na druhou stranu existují studie, které dokazují, že těmito „ženskými nemocemi“ trpí často muži, kteří nejsou heterosexuálně zaměřeni. Hovoří se o homosexuálech, bisexuálech nebo trans-mužích.<sup>19</sup> Dle těchto informací by se dalo předpokládat, že pohlaví při mentální anorexií hraje významnou roli a je jedním z rizikových faktorů. Obecně je vznik poruchy

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. s. 231. ISBN 80-7178-214-9.

<sup>15</sup> KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 25. ISBN 978-80-7367-807-4

<sup>16</sup> KOCOURKOVÁ, Jana; LEBL, Jan a KOUTEK, Jiří. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Folia practica. Praha: Galén, 1997. s. 95. ISBN 80-85824-51-5.

<sup>17</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. s. 233. ISBN 80-7178-214-9.

<sup>18</sup> Mentální anorexie [online]. [cit. 2023-11-02]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/mentalni-anorexie/>

<sup>19</sup> PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 37. ISBN 978-80-247-2425-6.

příjmu potravy multifaktoriální, to znamená, že zpravidla nevzniká pouze kvůli jedné věci. Kromě již zmíněného pohlaví se dále do tzv. psychosociálních rizikových faktorů dá zařadit i věk nebo etnický původ. „*Anorexie je zvláště vnímána jako nemoc bílých dívek. Výsledky výzkumů provedených v USA skutečně naznačují, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější, a to i přesto, že mají průměrně vyšší BMI.*“<sup>20</sup>

U věku je nejkritičtější období puberty, kdy život dospívajícího provází spousta změn, při kterých si je sám sebou nejistý. Necítí se totiž ani jako dítě, ale ani jako dospělý.

Co se týká dalších rizikových faktorů při vzniku anorexie, patří sem osobnostní faktory, jako například perfekcionismus, obsedantně-kompulzivní osobnost a úzkostná osobnost.<sup>21</sup>

Dále je jedním z nejdůležitějších faktorů rodina. Rodinná anamnéza dává odborníkům často odpovědi na jejich otázky. Nebývá výjimkou, že za plno psychických problémů může rodinné prostředí, avšak na druhou stranu to, že je někdo, například z neúplné rodiny, neznamená, že má kvůli tomu mentální anorexii.

Rizikové v rodinách bývá chování matky, která neustále drží diety a často mívá nemístné poznámky na to, jak kdo vypadá. Dle Krcha je „*z hlediska vzniku poruch příjmu potravy zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků. Některými autory je v souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie a některé nedostatky v rodičovské péči.*“<sup>22</sup> Jsou ovšem ale i případy, kdy je rodina úplná a nic patologického v ní není, a i přesto jedinec z ní pocházející může anorexií onemocnět.

Dál sem můžeme zařadit různé nemístné poznámky na lidské tělo. Zvláště mladé dívky jsou na posměšky a urážky velmi citlivé. „*Až dvě třetiny anorektiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádí různé narážky týkající se tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině.*“<sup>23</sup>

V neposlední řadě je důležité zmínit, že anorexie je častým výsledkem i sexuálního obtěžování či zneužívání.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> Tamtéž

<sup>21</sup> PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 39. ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>22</sup> KRCH, František. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004 [cit. 2023-11-11]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>

<sup>23</sup> KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 61. ISBN 978-80-7367-807-4

<sup>24</sup> VANÍČKOVÁ, Eva. Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence. Praha: Portál, 1999. s. 22, 79, 80. ISBN 80-7178-286-6.

Pokud se u jednoho člověka vyskytne více těchto faktorů najednou, vznik mentální anorexie je dost pravděpodobný.

### 1.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie se vyznačuje, stejně jako anorexie, chorobným strachem z tloušťky. Od mentální anorexie se ale liší ztrátou sebekontroly a neschopností sebeovládání. Dochází ke konzumaci velkého množství potravy, která je zpravidla následně dostávána ven z těla vyvolaným zvracením či jinými násilnými způsoby, které zamezují zvýšení tělesné hmotnosti. „*Jedná se o snahu potlačit výkrmný účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika.*“<sup>25</sup>

U mentální anorexie však také může někdy dojít k vyvolanému zvracení, pokud má anorektička pocit, že snědla větší objem potravy, než měla, zatímco bulimička má opakující se epizody přejídání a zvracení a platí zde pravidlo „rychle dovnitř a rychle ven“. Při tzv. bulimickém záchvatu se člověk soustředí pouze na jídlo. Je to nepopsatelná touha většinou po nezdravém jídle (jídle, jež si dotyčný normálně odpírá). Při záchvatu se všechno zrychluje, včetně tepu, dechu, rychlosti žvýkání, polykání atd. Poté, když je bulimik plný (sytost je v tomto případě velmi relativní, bulimik nezná normální pocit sytosti), musí ze sebe co nejrychleji potravu dostat ven, aby z ní nepřibral.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí se mentální bulimie definuje jako „*syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel.*“<sup>26</sup> Dle MKN jsou diagnostická kritéria mentální bulimie následující:

- I. Opakované záchvaty přejídání, které pacient není schopen ovládat a jí i přesto, že nepocítuje hlad
- II. Chorobný strach z tloušťky
- III. Po záchvatech „žravosti“ následuje stejně nutková potřeba se potravy zbavit jakýmkoliv způsobem a co nejrychleji<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> KOCOURKOVÁ, Jana; LEBL, Jan a KOUTEK, Jiří. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Folia practica. Praha: Galén, 1997. s. 17. ISBN 80-85824-51-5.

<sup>26</sup> F50 - Poruchy příjmu potravy | Číselník diagnóz MKN-10. Číselník diagnóz MKN-10 [online]. Copyright © 2023 [cit. 11.11.2023]. Dostupné z: <http://www.ciselnikdiagnoz.cz/mkn-10/f50-poruchy-prijmu-potravy/>

<sup>27</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. s. 235. ISBN 80-7178-214-9.



O znacích, které jsou potřeba ke stanovení diagnózy mentální bulimie, píše František Krch, že musí obsahovat:

- I. Opakující se epizody přejídání
- II. Opakující se nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení
- III. Strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled<sup>28</sup>

Stejně jako u mentální anorexie, i bulimie má své rizikové faktory. Víceméně jsou velmi podobné jako u anorexie, i přesto se ale v nějakých směrech částečně liší. Například u již zmíněného věku je pro anorexii nejkritičtější období puberty, kdy anorexie nejčastěji začíná od 13-20 let (někdy ale i mnohem dříve).<sup>29</sup> U bulimie je to průměrně o něco později, a to většinou mezi 16-25 let.<sup>30</sup>

Jako je u mentální anorexie typický perfekcionismus, u mentální bulimie je impulzivita. Avšak i dívky s mentální bulimií vykazují perfekcionistické znaky, avšak ty jsou porušovány záchvaty přejídání, které jsou následně doprovázené studem, pocitem viny a selháním.<sup>31</sup> Záchvaty přejídání jsou impulzivní a nekontrolovatelné a „jedním z možných vysvětlení záchvatovitěho přejídání je nedostatečná kontrola impulzů.“<sup>32</sup>

Dále na rozdíl od anorexie, se kterou se pojí úzkostná porucha, se bulimie vztahuje k poruše depresivní. Dle Krcha je mentální bulimie „spojovaná s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou, hraniční osobností a depresivní náladou.“<sup>33</sup>

Co se týče sexuálního zneužívání, bulimie je v tomto případě ještě náchylnější než anorexie. Je dokonce zjištěno, že „sexuální zneužívání je 3× častější u žen s bulimií než u kontrolní skupiny zdravých žen.“<sup>34</sup>

---

<sup>28</sup> KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010., s. 27. ISBN 978-80-7367-807-4

<sup>29</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. s. 22. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.

<sup>30</sup> Tamtéž

<sup>31</sup> KOCOURKOVÁ, Jana; LEBL, Jan a KOUTEK, Jiří. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Folia practica. Praha: Galén, 1997. s. 19. ISBN 80-85824-51-5.

<sup>32</sup> PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 38. ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>33</sup> KRCH, František. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004 [cit. 2023-11-11]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>

<sup>34</sup> PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 42. ISBN 978-80-247-2425-6.

## 1.2 Historie poruch příjmu potravy

Dle Krcha tu nějaké narušené formy poruch příjmu potravy jsou již staletí, ale dříve jim nebyl připisován psychiatrický charakter. U některých případů, například u silně věřících žen, se přehnaný půst považoval za něco pozitivního.<sup>35</sup> Koneckonců, i dnes se v určitých kulturách můžeme setkat se striktním dodržováním půstu, a to v islámské víře v období ramadánu, kdy se muslimové musí zdržet jídla (i pití) po celý den, až do západu slunce.

Poruchy příjmu potravy mají svou historii, ale jejich diagnostika, a především pochopení, se vyvíjí až do současnosti.

### 1.2.1 Historie mentální anorexie a mentální bulimie

Termín anorexie se objevil již ve starověku, například Hippokrates popisuje poruchy příjmu potravy, které nazývá *asithia*, už v 5. století př. n. l.<sup>36</sup> Ve století druhém „jednou z nejvýznamnějších postav tehdejšího lékařství byl Claudius Galén, který ji popsal jako *nechuť k jídlu, nebo jako odpor k jídlu*.“<sup>37</sup> V porovnání se současným pojetím je to téměř totožné, avšak Galén by mohl být kritizován za opomíjení psychických příčin. Zaměřoval se pouze na somatickou stránku člověka, především na žaludek, který byl v 18. i 19. století považován za příčinu mentální anorexie.<sup>38</sup>

Ještě před pojmenováním výše popsané nemoci měla své předchůdce například v lékařské literatuře. Často se hovořilo o jakési chorobě bledničky, která „*postihovala především krásné mladé ženy a projevovala se celou řadou příznaků – bledostí, ztrátou menstruace, poruchami jídla*.“<sup>39</sup> Tato skutečnost se však na konci 19. století vyvrátila.

Za zmínku v tomto tématu stojí i anglický lékař Richard Morton. Jeho nejvýznamnější práce se zaměřovala na tuberkulózu, avšak přispěl i do historie mentální anorexie. Morton „*popisuje takzvané nervové opotřebení, což je devastace a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálním rozrušením*.“<sup>40</sup>

Změna nastala až ke konci 19. století, kdy byl termín *anorexie nerveuse* (nervová anorexie ze které se stal pojem mentální anorexie) použit ve francouzské literatuře. Mezi

---

<sup>35</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). s. 28. ISBN 80-7169-627-7.

<sup>36</sup> PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 20. ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>37</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). s. 25. ISBN 80-7169-627-7.

<sup>38</sup> Tamtéž, s. 26

<sup>39</sup> Tamtéž, s. 26

<sup>40</sup> Tamtéž, s. 26

významné osoby, které se tehdy angažovali v této problematice se uvádí Francouz Fleury Imbert (rozlíšil anorexii na více druhů) a Angličan William Gull (zavedl termín anorexia nervosa).<sup>41</sup>

Ani zde však konec vývoje mentální anorexie nekončí. Na počátku 20. století byla spojována s postižením hypofýzy, avšak po dvaceti letech byla tato hypotéza vyvrácena a mentální anorexie přesunuta do psychiatrické medicíny.<sup>42</sup>

U bulimie historie sahá stejně tak daleko jako u anorexie. Už v době antického Řecka se přejídání spojovalo se zvracením. K mentální bulimii, jak jí známe dnes, to mělo daleko, avšak můžeme o této době hovořit jako o vzniku jejího předchůdce. Tento jev se zdaleka nespojoval s mentálními problémy a zpravidla se objevoval u vyšší sociální vrstvy a byl spjat s velkým obžerstvím, o kterém psal například Seneca (r. 65 př.n.l.): „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.*“<sup>43</sup>

V této době popsal bulimii i starořecký filosof a spisovatel Plutarch. Podle něho je pojem *bolimos* zlý démon, který ztvárňuje velký hlad.<sup>44</sup>

Další, kdo se zabýval nezdravým hladem, byl například Hippokrates ve 4. století př.n.l. Ten konkrétně „*rozlišoval boulimos jako nezdravý hlad od normálního hladu.*“<sup>45</sup>

Zdroje uvádí další zmínku o „bulimii“ ve 4. století př.n.l. u básníka Timokla, který psal o chorobném hladu. „*Pojem pravděpodobně vznikl ze dvou řeckých slov „bous“ (vůl) a „limos“ (hlad), a má znamenat tak velký hlad, že by byl člověk schopný sníst celého vola.*“<sup>46</sup>

Kromě toho se bulimie vztahovala, dnes můžeme říct chybně, k onemocněním způsobené hladem. Především se jednalo o mdloby, nemohoucnost, slabost.<sup>47</sup> Od tohoto období až do století 18. se v literatuře příliš změň v pojetí chápání bulimie neobjevuje, tedy nenastal nějaký důležitý mezník, který by významně přispěl novými poznatky k danému tématu.

V odborné literatuře je skok právě až do 18. století, kdy se bulimie rozlišovala až na sedm druhů. Ve stoletím 20. se již mluvilo o emocionálních faktorech, ale přesto převládala

---

<sup>41</sup> Tamtéž, s. 28

<sup>42</sup> Tamtéž, s. 29

<sup>43</sup> PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. s. 22. ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>44</sup> Tamtéž, s. 23

<sup>45</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. s. 18. ISBN 80-247-0840-x.

<sup>46</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). s. 29. ISBN 80-7169-627-7.

<sup>47</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. s. 32. ISBN 80-247-0840-x.

názor, že hlavní příčinou tohoto onemocnění je zažívání. Používání termínu mentální bulimie je tedy celkem nová zkušenost. Poprvé byl termín použit v roce 1979 britským psychiatrem G. Russellem, který bulimii spojil „s neovladatelným nutkáním se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a s vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím, u žen s normální tělesnou hmotností“.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). s. 30. ISBN 80-7169-627-7.

### 1.3 Léčba poruch příjmu potravy

Léčení poruch příjmu potravy je běh na dlouhou trať, někdy dokonce na celý život. Jak píše spisovatelka Emma Wolfová ve své autobiografické knížce: *“Více než deset let po mých kostlivých studentských letech mohu dnes s jistotou říct, že ani já nejsem vyléčená. Vypadám sice normálně, ale celé roky nemám menstruaci.”*<sup>49</sup>

Podle doktorky Papežové je důležité začít s léčením co nejdříve, protože u chronických případů se často přechází z mentální anorexie do mentální bulimie nebo do záchvatovitého přejídání a naopak.<sup>50</sup>

Všechny publikace, které pojednávají o léčbě poruch příjmu potravy, v prvním bodě vždy zmiňují, že základ terapie je přiznání problému. Bez uvědomění své diagnózy není možné pacienty vyléčit.

Dle příručky z organizace Anabell se léčba poruch příjmu potravy dělí na dvě části, a to za prvé na již zmíněné přiznání problému a za druhé na akci, která představuje *„jednotlivé kroky vedoucí ke změně chování, myšlení i pocitů.”*<sup>51</sup>

Tím, že jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy multifaktoriální, je potřeba se v léčbě nezaměřovat pouze na příjem potravy jako takový, nýbrž řešit problém komplexně. Dominantním jevem se zdá být zlepšení stravovacích návyků, avšak už v předchozích kapitolách bylo vysvětleno, že nezdravý příjem potravy je důsledkem jiných problémů. Je tedy zejména důležité řešit příčiny, které ke vzniku tohoto onemocnění vedly.

Poruchy příjmu potravy se léčí buď ambulantně, hospitalizací nebo docházením do speciálně zaměřeného stacionáře. Ambulantní lékařská péče je převážně pro chronické pacienty, kteří mají již zkušenost s hospitalizací, *„avšak dospěli do situace, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch.”*<sup>52</sup> Tato forma léčby však nezaručuje vyléčení z nemoci a zaměřuje se na somatickou stránku onemocnění.

---

<sup>49</sup> WOOLF, Emma. Jen jedno jablko denně: příběh lásky a uzdravení z anorexie. Praha: Mladá fronta, 2013. s. 13. ISBN 978-80-204-2818-9.

<sup>50</sup> SKALICKÁ, Andrea. *S poruchou příjmu potravy se musíte léčit, jinak se vrátí ještě v daleko horší formě* [podcast]. Český rozhlas. 2021

<sup>51</sup> ŠVĚDOVÁ, Jarmila. Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci. Online. 2012. Občanské sdružení Anabell, 2012. s. 16. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890\\_svepomocny-manual.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890_svepomocny-manual.pdf). [cit. 2024-01-04].

<sup>52</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. s. 125. ISBN 80-247-0840-x.

O hospitalizaci mluvíme v souvislosti s velkým nebezpečím spojeným se zdravotním stavem pacienta. Dále se hospitalizace využívá v případech, kdy pacient zatím nereagoval na dosavadní léčbu.<sup>53</sup>

Třetí forma léčby je takzvaná částečná hospitalizace neboli denní stacionář. „Tyto programy poskytují strukturu, pokud jde o jídelní režim, a současně umožňují intenzivní terapii, aniž by pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Nemocnému nabízejí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí.“<sup>54</sup> Denní stacionář je vhodnou formou léčby především pro ty, kteří mají z úplné hospitalizace strach, avšak vědí, že pouze ambulantní docházení k odborníkovi by k jejich léčení poruch příjmu potravy nebylo dostačující.

Podstatnou část léčby představuje i farmakoterapie. Ta by však měla správně pouze doplňovat psychoterapii a tím napomoci k uzdravě. Dle Krcha a dalších by nikdy neměly být léky hlavním způsobem terapie.<sup>55</sup>

U mentální anorexie se nejčastěji předepisují antidepresiva, antipsychotika a stabilizátory nálady. U mentální bulimie se nejčastěji spoléhá na předepsání antidepresiv, konkrétně na Fluoxetin (známý jako Prozac).<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. s. 125. ISBN 80-247-0840-x.

<sup>54</sup> KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. s. 125. ISBN 80-247-0840-x.

<sup>55</sup> Tamtéž

<sup>56</sup> THEINER, Pavel. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. Online. Psychiatrie pro praxi. 2011, s. 105-107. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>. [cit. 2024-01-07].

## 2 Návykové látky

### 2.1 Vymezení pojmu závislost

V současné době už závislost neznamena pouze užívání pervitinu či heroínu. Závislostí je celá řada a má mnoho forem. Člověk může být závislý například i na jídle či sexu.

Pojem závislost má mnoho definic, všechny však vycházejí z faktu, že věc/osoba/činnost, na které je dotyčný závislý, ovlivňuje jeho myšlení, prožívání, chování. Dle NZIP je závislost: „*dlouhodobý, trvalý vztah k někomu nebo k něčemu, vycházející z pocitu silné touhy nebo potřeby toto uspokojit.*“<sup>57</sup> Podle Křížové považujeme syndrom závislosti za „*takový soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na které se u člověka vytvořila závislost, má pro něj mnohem větší hodnotu než činnosti a hodnoty, které pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti.*“<sup>58</sup> Kraus definuje tento jev jako „*fyzický či psychický stav vyplývající z působení nějakého podnětu charakterizovaný změnami chování a reakcemi, které zahrnují nutkání brát danou látku (opakovat podnět) dál s cílem předejít negativním vlivům plynoucím z její absence*“<sup>59</sup>

Závislost je také charakterizovaná abstinčním syndromem, což je „*souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí, resp. nedostatku drogy, na niž je vytvořena závislost.*“<sup>60</sup> Objevuje se například v podobě neklidu, zimy, třesu, agresivity nebo halucinací.

Podle toho, na čem je uživatel závislý, se rozlišují závislosti na látkové nebo nelátkové. Do nelátkových závislostí patří například gamblerství, hypersexualita, kleptománie, netolismus, stalking anebo workoholismus.<sup>61</sup>

Mezi závislosti látkové, o kterých budou pojednávat následující podkapitoly řadíme především kofein, nikotin, alkohol, kanabinoidy, tlumivé látky, halucinogenní látky a stimulační látky.

Dále tyto látky můžeme dělit na legální, kam spadá kofein, nikotin, alkohol a léky na předpis a na nelegální, kam patří ostatní výše zmíněné.

---

<sup>57</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Závislost: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>. [cit. 2024-01-21].

<sup>58</sup> KRÍŽOVÁ, Ivana. *Závislosti: pro psychologické obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. s. 15. ISBN 978-80-271-1754-3.

<sup>59</sup> KRAUS, Blahoslav. *Závislosti* [přednáška]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 14.11.2022

<sup>60</sup> VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. Abstinční syndrom. Online. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/abstinencni-syndrom>. [cit. 2024-01-21].

<sup>61</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Závislost: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>. [cit. 2024-01-21].

Nelze nesouhlasit, že tyto látky poskytují svým uživatelům úlevu od stresu, spojenou s dalšími pozitivními benefity. Pokud by to látky nenabízely, nebyly by pro uživatele tolik atraktivní. Na otázku „Proč ty drogy berou, když jsou tak špatné?“ by mohly být odpovědi různé, avšak kdyby byl život lepší bez drog, nebyly by protidrogové léčebny plné (nejen) recidivistů. Konkrétně *„svými vlastnostmi přinášejí mnohým a mnohdy úlevu, euforii, odstraní bolest a nepříjemné tlaky, přispívají ke sblížení lidí, usnadňují komunikaci, rozpouštějí zábrany v sexuálních kontaktech.“*<sup>62</sup>

O uživatelích panují různé stereotypy. Například, že se jedná o ztroskotance bez peněz a práce, často dokonce bez domova. To však mnohdy není pravda. Často se závislým může stát rodič od zcela funkční rodiny, paní učitelka v mateřské škole nebo vysoce postavený ředitel firmy. Je tedy třeba mít na paměti, že v utváření profilu závislého jedince sociální postavení nehraje velkou roli.

Větší hodnotu bychom měli přisuzovat následujícím bodům, které syndrom závislosti popisují. O závislosti, tedy o diagnóze syndromu závislosti hovoříme, pokud se objeví alespoň tři z následujících bodů:

- a) Silná touha nebo pocit nucení užívat látku (craving, bažení)
- b) Potíže v kontrole užívání látky
- c) Somatický odvykací stav
- d) Změna tolerance
- e) Postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané látky
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků<sup>63</sup>

## 2.2 Alkohol

*„Úmrtnost způsobená konzumací alkoholu je vyšší než úmrtnost způsobená nemocemi jako např. tuberkulóza, HIV/AIDS a diabetes.“*<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. s. 8. ISBN 978-80-87258-62-0.

<sup>63</sup> HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. s. 22-23. ISBN 978-80-87258-62-0.

<sup>64</sup> MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbara; ČERNÍKOVÁ, Tereza et al. Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Online. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 2021, s. 15. Dostupné z: Praha: Úřad vlády České republiky, Zpráva o alkoholu v České republice 2021. [cit. 2024-01-17].



Na rozdíl od drog alkohol není tak populární a diskutované téma. Ve společnosti o škodlivosti drog už dávno víme. Již na většině základních škol začínají různé přednášky, které upozorňují na jejich nebezpečné dopady.

Drogy zkrátka máme celkově spojené s něčím špatným, co je společností odmítané a nežádoucí. Většina lidí si pod pojmem drogová závislost hned představí injekční stříkačku či šňupání prášku, avšak málokoho s tím napadnou destruktivní dopady pití alkoholu, které ničí lidské života stejně jako drogy, a to paradoxně kvůli jeho snadné dostupnosti a tolerujícímu nadměrnému konzumu. „*Největším problémem je v současné době společenská tolerance následků alkoholové intoxikace*“<sup>65</sup>, a to nejen u jedinců starších 18 let.

Alkohol má širokospektrý účinek. Hraje významnou roli na společenských akcích, odbourává napětí, ovlivňuje sexuální sféru, tiší bolesti, způsobuje změny nálady nebo má uspávací účinky.<sup>66</sup> Propadnout alkoholu tedy není nijak těžké právě z důvodu celé škály nabídek pro zpestření života.

Alkohol je tedy dobrý sluha, ale zlý pán. Jeho nadměrné užívání způsobuje somatické i psychické komplikace. Mezi somatické patří především poškození jater (které může vyústit v jaterní cirhózu), slinivky břišní (chronická a akutní pankreatitida), trávicího traktu (žaludeční vředy, rakovina žaludku), ledvin (u mužů ledvinové kameny, u žen záněty močových cest), srdce a krevní oběh, dýchací systém, hormonální regulaci, pohlavní systém nebo i komplikace na kůži pacientů.<sup>67</sup>

Co se týče psychických komplikací, řadíme mezi ně psychózy. „*K alkoholickým psychózám patří delirium tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, Korzakovova psychóza a alkoholická demence.*“<sup>68</sup>

### 2.3 Kanabinoidy

Kanabinoidy tvoří mezi drogami vlastní skupinu. Nepatří ani do stimulantů, ani do sedativ a ani do halucinogenů, avšak má od každého trochu. Působí sedativně jako barbituráty, zvyšuje excitaci jako amfetaminy a v některých případech způsobuje i halucinace.<sup>69</sup> Mezi

---

<sup>65</sup> HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. s.11. ISBN 978-80-87258-62-0.

<sup>66</sup> Tamtéž, s.10

<sup>67</sup> Tamtéž, s. 56-63

<sup>68</sup> Tamtéž, s. 71

<sup>69</sup> HESS, Ladislav a UZEL, Radim. Sex, drogy a násilí. Praha: Mladá fronta, 2018. s. 195. ISBN 978-80-204-4941-2

kanabinoidy řadíme marihuanu, která představuje listy a květy a dále hašiš neboli pryskyřici. Psychoaktivní látku v nich nazýváme THC neboli *tetrahydrokanabinol* a do těla se nejčastěji dostává kouřením. Kromě toho je dále možné THC získat z *vaporizování*, z kosmetiky, z konzumace konopného oleje anebo z potravin, které jsou k získání spíše v zahraničí (např. konopné koláčky).<sup>70</sup> Tyto formy však ve vědomí člověka nezpůsobí příliš razantní změny jako je tomu u kouření.

Množství THC v těle záleží na způsobu kouření. Při kouření cigarety, slangově *jointu* nebo *brka*, se do těla dostává 10-20 % THC. Při kouření vodní dýmky je to až 50 %. „*Vodní dýmka je vysoce účinným nástrojem pro transport THC do těla, protože zadržuje kouř tak dlouho, dokud jej kuřák nevdechne. Jakmile se THC ocitne v mozku, váže se na kanabinoidní receptory, kterých je nejvíc v hipokampu.*“<sup>71</sup>

Nebezpečí kouření marihuany, mimo jiné, je i v tom, že ho plno mladých lidí nepovažuje za škodlivé.<sup>72</sup> Kolem užívání této látky panuje plno mýtů o bezpečném užíváním. Zejména se jedná o informace, že je konopí prospěšná pro zdraví. O léčebných vlivech této látky se v lékařství nedá pochybovat. Například konopná mast či CBD kapky pomohli mnohým pacientům (CBD neboli kanabidiol je nepsychoaktivní látka získaná z konopí).<sup>73</sup> Avšak u mnoho začátečních uživatelů si získá marihuana oblibu pro své euforické účinky, které se dostaví až po inhalaci kouře.

Kouření marihuany však neškodí pouze plicím, kterým se dostává daleko více škodlivých látek než kouřením cigaret.<sup>74</sup> Vědci zjistili, že užívání marihuany má na člověka horší dopad než užívání alkoholu. „*Zvýšení spotřeby konopí bylo spojeno s horšími výsledky testů jak v daném roce, tak v roce následujícím – což by mohlo znamenat, že marihuana může mít na fungování mozku dlouhodobější dopady. Podobný jev se přitom neukázal u dospívajících, kteří pili alkohol.*“<sup>75</sup>

---

<sup>70</sup> WEEDSHOP. 6 způsobů jak užívat konopí bez kouření. Online. Dostupné z: <https://www.weedshop.cz/blog/6-zpusobu-jak-uzivat-konopi-bez-koureni/>. [cit. 2024-01-31].

<sup>71</sup> NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. s. 266, ISBN 978-80-262-0083-3.

<sup>72</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. s. 301. ISBN 80-7178-214-9.

<sup>73</sup> CBD olej. Online. Botanic.cz. 2018. Dostupné z: <https://botanic.cz/cbd-olej>. [cit. 2024-03-17].

<sup>74</sup> WILDOVÁ, Olga. Vyšší škodlivost kouření marihuany oproti tabáku. Online. Medicina. 2022. Dostupné z: <https://medicina.cz/clanky/14376/34/Vyssi-skodlivost-koureni-marihuany-oproti-tabaku-pruzkum/>. [cit. 2024-02-03].

<sup>75</sup> ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Užívání marihuany má zřejmě větší dopad na mozky dospívajících než alkohol, poukázala studie. Online. 2018. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/uzivani-marihuany-ma-zrejme-vetsi-dopad-mozky-dospivajicich-nez-alkohol-poukazala-studie/>. [cit. 2024-01-31].

I podle Psychologie Atkinsonové a Hilgarda „*kouř marihuany obsahuje dokonce více známých karcinogenů než tabákový kouř.*“<sup>76</sup>

Užívání je spojené se zhoršeným a zpomaleným vnímáním, ztrátou krátkodobé paměti, zmateností či apatií. Může přinášet i nepříjemné pocity v podobě úzkostí nebo halucinací. V somatické oblasti se objevuje tachykardie, dotýčný má sucho v ústech a překrvené spojivky.<sup>77</sup>

V odvykacím stavu konopí nevyvolává tak silnou tělesnou závislost jako ostatní drogy. Daleko silnější je zde závislost psychická, která se projevuje zejména *cravingem*, úzkostí, panickými ataky, depresí, podrážděností, insomnií či agresivitou.<sup>78</sup>

S rizikovostí užívání je spojený vznik psychóz a schizofrenie. Sice není jasně dáno, že užití marihuany způsobuje schizofrenii, avšak podněcuje rozvoj této nemoci u osob, které již k tomu mají nějaké predispozice.<sup>79</sup>

V roce 2016 skupina britských vědců prokázala čtyřikrát větší souvislost mezi užíváním konopí a vznikem schizofrenie než u těch, kteří marihuanu neužívali. Dále zjistili, že čím více lidí konopí kouří, tím je větší pravděpodobnost, že u nich vznikne psychóza.<sup>80</sup>

## 2.4 Stimulanty

Stimulační drogy neboli stimulanty jsou rozšířená skupina látek, které působí povzbudivě na organismus a vzniká na nich psychická závislost. „*Zvyšují množství monoaminových neurotransmiterů (noradrenalin, adrenalin, dopamin, serotonin) v synapsích a výsledkem je povzbuzení fyzických funkcí – zrychlení tepu a zvýšení krevního tlaku – i psychických funkcí organismu a jedinec se ocitá ve stavu hyperaktivace.*“<sup>81</sup>

---

<sup>76</sup> NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. s. 266. ISBN 978-80-262-0083-3.

<sup>77</sup> ŠUTA, Miroslav a ŠTOVÍČEK, Vladimír. Nové odrůdy marihuany podstatně zvyšují riziko vzniku psychické nemoci. Online. 2020. Dostupné z: <https://plzen.rozhlas.cz/nove-odrudy-marihuany-podstatne-zvysuji-riziko-vzniku-psychicke-nemoci-8143019>. [cit. 2024-01-31].

<sup>78</sup> VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKO, Ján. PSYCHICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI NA KANABINOIDECH. Online. Česká a slovenská psychiatrie. 2015, č. 111 (1), s. 14-22. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1002>. [cit. 2024-02-03].

<sup>79</sup> ENGELANDER, Marnie. Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí. Metodika (Úřad vlády České republiky). [Praha]: Úřad vlády České republiky, c2010. s. 18. ISBN 978-80-7440-041-4.

<sup>80</sup> ŠUTA, Miroslav a ŠTOVÍČEK, Vladimír. Nové odrůdy marihuany podstatně zvyšují riziko vzniku psychické nemoci. Online. 2020. Dostupné z: <https://plzen.rozhlas.cz/nove-odrudy-marihuany-podstatne-zvysuji-riziko-vzniku-psychicke-nemoci-8143019>. [cit. 2024-01-31].

<sup>81</sup> NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. s. 268. ISBN 978-80-262-0083-3.

Mezi stimulanty najdeme látky jak legální, jako například kofein nebo nikotin, tak látky nelegální, kam patří kokain, amfetaminy (nejznámější derivát je pervitin) a MDMA (extáze).

#### 2.4.1 Kofein

Kofein je nejrozšířenější stimulant na světě. Pod jeho názvem si většina z nás pravděpodobně představí jako první kávu. Pije jí většina lidí v našem okolí a je společností zcela tolerovaná. V České republice je pozitivní vztah ke kávě podporován kavárnami na každém rohu, které nabízejí nespočet kofeinových variant, aby uspokojili své zákazníky. Avšak ne pouze káva nabízí kofein. Ten dále můžeme nejčastěji nalézt například v energetických nápojích, čaji, Coca-Cole či Kofole, nebo v kofeinových tabletách či sáčcích. Kofein je bílý prášek a získává se z listů, semen a plodů více než 63 rostlin.<sup>82</sup>

Můžeme říci, že kofein, ze zmíněných návykových látek, zřejmě napáchá nejméně škody, avšak zcela bez rizika není. Přiměřené množství tedy lidskému tělu nevadí, ale to do určité míry můžeme říci i u alkoholu. „*Toxická dávka kofeinu se pohybuje od 0,5 g výše. Akutní smrtelná dávka je odhadována na 10 gramů čistého kofeinu*“<sup>83</sup>, což běžný člověk za den nevytře, ale už od tří až pěti šálků denně se objevují potíže jako nepravidelnost srdeční činnosti, třes a neklid, nervosvalová podrážděnost, poruchy trávení či nespavost.<sup>84</sup>

Většina literatury o závislostech kofein ve svém obsahu vynechává, avšak pacienti s poruchou příjmu potravy, zejména s mentální anorexií, mají nadprůměrný příjem kofeinových nápojů, kterými si nahrazují energii z normální potravy. V empirické části to potvrdila většina informantek.

#### 2.4.2 Nikotin

Nikotin je společností velmi dobře tolerovaná návyková látka, která se získává z tabáku. Tabák je rostlina z čeledi lilkovitých a do Evropy byla přivezena již v roce 1492.<sup>85</sup> Nejznámější forma vstřebávání nikotinu do těla je kouření především v podobě klasických cigaret. Dále se tabák kouří ve vodních dýmkách či doutnících. Mezi novější přísun nikotinu patří například nikotinové sáčky, nikotinové žvýkačky, žvýkací a šňupací tabák, a především

---

<sup>82</sup> Kofein I.: Kolik kávy můžeme vypít? Online. 2007. Dostupné z: <https://www.kava-online.cz/kava-obecne/pusobeni-kavy-a-jeji-ucinky/kofein-i-kolik-kavy-muzeme-vypit/>. [cit. 2024-01-21].

<sup>83</sup> Tamtéž

<sup>84</sup> Tamtéž

<sup>85</sup> NZIP. Užívání tabáku. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/431-uzivani-tabaku-zakladni-pojmy>. [cit. 2024-01-28].

se v poslední době rozmohl trend elektronických cigaret. Ty fungují na bázi zahřívání tabáku, což je speciálně upravený tabák, který se zahřívá na nižší teplotě, aby nevzniklo hoření tabáku.

Údajně se má jednat o méně škodlivé kouření než u normálních cigaret. Nejznámějšími značkami jsou u nás IQOS a GLO. Dále elektronické cigarety fungují na bázi takzvaného *vapování*, které představuje vdechování páry. Jedná se o proces zahřívání speciální tekutiny pomocí elektronického tělesa. Mechanismem je tedy odpařování, a ne spalování jako u klasických cigaret.<sup>86</sup> *Vapování* by mělo být ještě o něco méně škodlivé než kouření zahřívacího tabáku, avšak jeho nebezpečí představuje především popularitu u nezletilých kuřáků. Příchutí elektronických cigaret je obrovské množství, od těch méně aromatických až po příchuť například borůvkových palačinek či citronového koláče. Tyto příchutě jsou velkými lákadly i pro pacienty s poruchou příjmu potravy, kteří si jimi často nahrazují stravu a chuť na něco sladkého.

Nicméně i přes svou popularitu skrývá kouření spoustu škodlivých látek. Tabák obsahuje řadu toxických látek jako pyridin, arzenid, kysličník uhelnatý, kyanid a další, dráždivých látek jako například formaldehyd, sirovodík, dehet. Ale i nikotin samotný je pro tělo nebezpečný. Jedná se totiž o látku toxickou a karcinogenní.<sup>87</sup>

Mezi nejznámější negativní účinky patří onemocnění dýchacích cest, záněty a rakovina hrtanu, hltanu a plic, srdeční potíže a potíže zažívacího traktu. Tabák se podílí na vysoké úmrtnosti kuřáků, konkrétně v České republice zemře kvůli kouření až 16 tisíc lidí ročně.<sup>88</sup>

### 2.4.3 Kokain

Mezi nejznámější stimulanty patří i kokain, který je na rozdíl od nikotinu a kofeinu nelegální. I přesto si však mezi uživateli drží svou oblíbenost a říká se o něm, že je to droga bohatých. Především v dřívějších dobách to byla droga společenské smetánky, ale i dnes je v Česku považován za jednu z luxusnějších drog.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> FLORENCE - ODBORNÝ ČASOPIS PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY. Nové formy užívání tabáku: elektronické cigarety a zahřívání tabáku. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/nove-formy-uzivani-tabaku-elektronicke-cigarety-a-zahrivani-tabaku/>. [cit. 2024-01-28].

<sup>87</sup> KRAUS, Blahoslav. *Závislosti* [přednáška]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 14.11.2022

<sup>88</sup> Tamtéž

<sup>89</sup> PREVCENTRUM. Kokain. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/kokain/>. [cit. 2024-02-03].

Kokain je rostlinný tropanový alkaloid a získává se z keře koky. Jeho vzhled ve formě bílého prášku vzniká krystalizací. Užívá se především šňupáním, ale i injekčně anebo aplikací na genitálie při pohlavním styku, kdy působí jako silné afrodiziakum, za což si vysloužil pojmenování drogy prostitutek.<sup>90</sup>

Jednou z forem kokainu je *crack*, který se kouří přes hliníkovou fólii nebo ze speciálních skleněných trubiček a jeho účinek bývá velmi krátký, proto je potřeba ho aplikovat mnohem častěji než kokain, což způsobuje rychlejší závislost.<sup>91</sup> „*Uživatelé kouří crack i v 15-ti minutových intervalech, někdy až 72 hodin bez jídla či spánku*“<sup>92</sup>

Po užití kokainu se dostaví silná euforie, excitace a sebedůvěra. Mizí únava, hlad i žízeň. Kokain bývá proto považován za anorektikum. Člověk ztrácí zábrany a domnívá se, že zvládne všechno na světě, je daleko více společenský, kreativní a rychle se rozhoduje.<sup>93</sup> Po odeznění účinku u člověka nastává silná deprese, která vede k potřebě užít další dávku.<sup>94</sup>

Kokain nezpůsobuje tělesnou závislost, avšak svojí daň si bere u závislosti psychické, která bývá velmi silná, dle některých autorů nejsilnější.<sup>95</sup> U dlouhodobějších uživatelů nastává podráždění a zvýšená agresivita. Konzument je často necitlivý, neklidný a asociální. Při vysazení drogy dochází k depresím, psychózám, intenzivní agresivitě nebo sebevražedným myšlenkám.<sup>96</sup>

U kokainu dále hrozí snadné předávkování, pocity pronásledování, halucinace či úmrtí v důsledku selhání dýchacího systému, krvácení do mozku nebo infarktu.<sup>97</sup>

---

<sup>90</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Kokain. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/262-kokain>. [cit. 2024-02-03].

<sup>91</sup> PREVCENTRUM. Kokain. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/kokain/>. [cit. 2024-02-03].

<sup>92</sup> ŠEJVL, Jan. Kokain. Online, Výukový text. Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/437/kokain-uvod.pdf>. [cit. 2024-02-03].

<sup>93</sup> HESS, Ladislav a UZEL, Radim. Sex, drogy a násilí. Praha: Mladá fronta, 2018. s. 246. ISBN 978-80-204-4941-2

<sup>94</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Kokain. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/262-kokain>. [cit. 2024-02-03].

<sup>95</sup> Tamtéž

<sup>96</sup> HESS, Ladislav a UZEL, Radim. Sex, drogy a násilí. Praha: Mladá fronta, 2018. s. 246. ISBN 978-80-204-4941-2

<sup>97</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Kokain. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/262-kokain>. [cit. 2024-02-03].

#### 2.4.4 Pervitin

Pervitin neboli metamfetamin patří mezi jednu z nejvíce rozšířených drog v České republice. Jeho nebezpečí tkví ve velmi dobré dostupnosti a poměrně nízké ceně.<sup>98</sup>

Česká republika se proslavila výrobou pervitinu tak, že patříme do nejpřednějších evropských zemí v produkci dané drogy.<sup>99</sup> „V roce 2015 bylo v Evropě hlášeno 291 nelegálních laboratoří na výrobu metamfetaminu, z toho 263 v České republice.“<sup>100</sup>

Je známý jako krystalický bílý prášek a užívá se formou kouření, šňupání, nitrožilní aplikace a ústy.<sup>101</sup>

Pervitin má podobné účinky jako kokain. Uživatel má po aplikaci vysoké sebevědomí, zrychlené myšlení, je hyperaktivní, často mívá i opakující se podivné pohyby, má sníženou chuť k jídlu, a naopak zvýšenou chuť na sex, která vede k rizikovému sexuálnímu chování. Souvisí s tím především pohlavně přenosné nemoci anebo nechtěné těhotenství. Někteří uživatelé sice berou pervitin právě kvůli sexuálnímu apetitu, avšak po dlouhodobějším užívání není jedinec schopný provozovat jakékoli sexuální aktivity bez užití této drogy.<sup>102</sup>

Očekávání od užívání je rozdílné u mužů, kteří využívají stimulaci k sexuálnímu uspokojení, a u žen, které důsledkem brání ztrácí tělesnou hmotnost.<sup>103</sup> Fakt, že pervitin působí jako anorektikum je i důvodem proč se u pacientů mající poruchu příjmu potravy objevuje jeho abúzus.

Riziko užívání s sebou nese nenápadnou psychickou závislost. Po několika prvních dávkách má uživatel pocit, že dokáže být i bez látky, tudíž to budí dojem kontroly nad užíváním. Z počátku uživatel bere drogu pouze víkendově, postupně se však užívání zintenzivňuje.<sup>104</sup>

I pervitin v sobě skrývá spoustu nežádoucích účinků. Uživatel je náchylný k poškození srdce, plic, jater a mozku. Intenzivně působí na kognitivní funkce a i přesto, že ho lidé začínají brát pod záminkou, že zlepšuje soustředění a myšlení, paradoxně posléze působí

---

<sup>98</sup> PREVCENTRUM. Pervitin. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>. [cit. 2024-02-04].

<sup>99</sup> DVOŘÁK, Ondřej. Já, droga. Praha: Grada Publishing, 2023. s. 88. ISBN 978-80-271-3759-6.

<sup>100</sup> ČESKÁ TELEVIZE. Čeští studenti jsou v užívání marihuany na špičce Evropy. Online. ČT24. 2017. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/cesti-studenti-jsou-v-uzivani-marihuany-na-spice-evropy-95885>. [cit. 2024-02-13].

<sup>101</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Amfetaminy a jejich deriváty: speed, pervitin. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/261-amfetaminy-a-jejich-derivaty>. [cit. 2024-02-04].

<sup>102</sup> PREVCENTRUM. Pervitin. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>. [cit. 2024-02-08].

<sup>103</sup> Tamtéž

<sup>104</sup> Tamtéž

přesně naopak. Člověk má problém i s jednoduchými kognitivními funkcemi. Nemůže se soustředit, má zpomalené myšlení a problém s řečí.<sup>105</sup>

## 2.5 Benzodiazepiny

*„Jed od léku odlišuje pouze podávané množství.“<sup>106</sup>*

Benzodiazepiny jsou léky, které mají tlumící účinek. Odbourávají strach, úzkost a svalové napětí. Nejčastěji se užívají ústy, avšak někteří uživatelé je aplikují injekčně či šňupáním rozdrceného prášku.<sup>107</sup>

Dělí se na léky proti úzkosti (anxiolytika), léky na uklidnění (sedativa), léky na spaní (hypnotika) a léky na snížení svalového napětí (myorelaxancia).<sup>108</sup>

Z původního účelu, kdy měly tyto léky pomáhat v lékařství v anesteziologii a s akutními případy od ulevení bolesti, se mnoho změnilo a stal se z nich drogový fenomén. I přesto, že se jedná o legální látky, jejich zneužívání je nezákonné.<sup>109</sup>

Dle Hellera je zneužívání léků nejčastější závislostí hned po závislosti na alkoholu.<sup>110</sup> Nadměrné užívání by mělo být ošetřeno lékařskými předpisy, avšak realita bývá bohužel jiná. Mnoho psychiatrů tyto léky předepisuje nikoliv jako poslední možnost, nýbrž jako nejjednodušší formu léčby, a to i přes jejich vysokou návykovost. Doba léčby benzodiazepiny by měla trvat maximálně 4-6 týdnů. Závislost na těchto lécích se dá přirovnat k závislosti na tvrdých drogách či alkoholu.<sup>111</sup>

Kromě předepisování od psychiatra lze tyto léky sehnat na černém trhu či si je lze opatřit od více lékařů najednou.<sup>112</sup>

---

<sup>105</sup> Tamtéž

<sup>106</sup> DVORÁK, Ondřej. Já, droga. Praha: Grada Publishing, 2023. s. 32. ISBN 978-80-271-3759-6.

<sup>107</sup> PREVCENTRUM. Benzodiazepiny. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/benzodiazepiny/>. [cit. 2024-02-16].

<sup>108</sup> Tamtéž

<sup>109</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Závislost na lécích: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/254-zavislost-na-lecich-zakladni-informace>. [cit. 2024-02-14].

<sup>110</sup> HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. s.11. ISBN 978-80-87258-62-0.

<sup>111</sup> STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Závislost na lécích: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/254-zavislost-na-lecich-zakladni-informace>. [cit. 2024-02-16].

<sup>112</sup> LICHKOVÁ, Adéla. Rozhovor. In: Český rozhlas: Diagnóza F: Lidé ke mně přichází, když vidí na konci tunelu tmu a ta je vyděsí, říká psychiatr (Host: Jakub Minařík) [podcast]. 19.3.2021. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/lide-ke-mne-prichazi-kdyz-vidi-na-konci-tunelu-tmu-a-ta-je-vydesi-rika-psychiatr-8450445>



Nebezpečí benzodiazepinů se tedy paradoxně skrývá v jejich dostupnosti a v nenápadném začátku závislosti. Člověk si zprvu bere lék na odstranění aktuálního problému, kdy se mu po užití na chvíli uleví. Například užití hypnotik při potížích s usínáním. Tento proces, který pomůže, se stává velmi atraktivní svojí jednoduchostí, člověk pro své uspokojení nemusí vynaložit jakékoliv fyzické či psychické úsilí. Vzít si lék je daleko snazší variantou než chodit dlouhodobě na terapie či se překonat k nějaké fyzické aktivitě, která má na psychiku člověka dobrý vliv.

Časem se však navyšuje tolerance, tělo si na léky zvykne a dávka, která stačila dříve, již nepomáhá. Psychiatr Minařík v rozhovoru pro Český rozhlas uvádí, že Češi překračují doporučenou dávku těchto léků až padesátkrát.<sup>113</sup>

Tyto léky, stejně jako ostatní návykové látky, mají negativní účinky. Nejdominantnější je nadměrná únava a ztráta paměti. „Člověk si díky benzodiazepinům nemusí pamatovat týdny a měsíce svého života“<sup>114</sup>. Dále dochází k zhoršení pozornosti, paradoxně k zvýšené nespavosti, podrážděnosti až agresivitě.<sup>115</sup> V některých případech tyto léky zhoršují stav člověka natolik, že bývají důvodem suicidálního jednání.<sup>116</sup>

## 2.6 Opiáty

Opiáty jsou další skupinou nelegálních návykových látek, které mají tlumivé účinky. Nejčastější je forma bílého prášku, avšak dostupné jsou i tablety nebo tekutina. Užívají se šňupáním, kouřením, nitrožilně či perorálně.<sup>117</sup>

Opiáty způsobují celkový útlum. Dochází ke snížení vnímavosti, odstranění bolesti, k sedativním až euforickým stavům. Dále se uvádí, že uživatelé často zvrací, aniž by pociťovali nevolnost.<sup>118</sup>

Opium se získává z nezralých makovic. „Opium je zaschlá šťáva získávaná nařezáváním nezralých makovic máků setého (*Papaver somniferum*), která obsahuje několik

---

<sup>113</sup> Tamtéž

<sup>114</sup> PREVCENTRUM. Benzodiazepiny. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/benzodiazepiny/>. [cit. 2024-02-16].

<sup>115</sup> Tamtéž

<sup>116</sup> KONEČNÝ, Martin. Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. Online. Psychiatrie pro praxi. 2017, č. 18, s. 135-139. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/03/09.pdf>. [cit. 2024-02-23].

<sup>117</sup> STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Opiáty. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>. [cit. 2024-02-26].

<sup>118</sup> Tamtéž

*desítek alkaloidů, které se chemicky dělí do několika skupin*“<sup>119</sup> Tato bílá, či barevná šťáva se nazývá latexové mléko a slouží makovici jako ochrana při poškození rostliny.<sup>120</sup> Největšími distributory opia jsou Afganistán, Pákistán, Írán, Barma, Laos a Thajsko.<sup>121</sup>

V České republice je mák přirozenou ingrediencí, která se často přidává zejména do sladkého pečiva, avšak například ve Spojených státech jsou ohledně máku daleko striktnější. Mák zde naleznete velmi sporadicky, maximálně ve formě koření. „*Když budete jíst makový závin, mohou na vás hledět jako na narkomana.*“<sup>122</sup>

Opiáty můžeme nalézt v medicíně, kde se využívá zejména k utišení akutní bolesti. Například Kodein je součástí léku na kašel.<sup>123</sup> Avšak pro své euforické účinky se rozmohl na nelegálním trhu.

Dalším zástupcem je morfin a jeho derivát heroin, který si se svými účinky řadí mezi nejnebezpečnější drogy vůbec. Nástup účinku heroínu je velmi rychlý, zpravidla to bývá 1-2 minuty. „*Dochází k výraznému útlumu celého centrálního nervového systému, zpomalení tělesných funkcí, které je nebezpečné zejména útlumem dechového centra s následkem smrti.*“<sup>124</sup>

Na rozdíl od většiny návykových látek, opiáty a zejména heroin způsobují těžkou fyzickou i psychickou závislost a hrozí vysoké riziko předávkování.

Mezi abstinenční příznaky patří například pocení se, třes, zvracení, průjemy, svalové křeče nebo vážné poškození organismu.<sup>125</sup>

## 2.7 Halucinogeny

Mezi další psychotropní látky patří halucinogeny. Jedná se o látky, které nejvíce zasahují do smyslového vnímání jak okolí, tak i sebe samého, a to nejčastěji formou halucinací.<sup>126</sup> Změny vnímání doprovází například synestezie, což je takzvané slyšení barev anebo

---

<sup>119</sup> KRMENČÍK, Pavel (n.d.) Opiáty [Online výukový text]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/411/opiaty-charakteristika.pdf>

<sup>120</sup> DVORÁK, Ondřej. Já, droga. Praha: Grada Publishing, 2023. s. 141. ISBN 978-80-271-3759-6.

<sup>121</sup> STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Opiáty. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>. [cit. 2024-02-26].

<sup>122</sup> DVORÁK, Ondřej. Já, droga. Praha: Grada Publishing, 2023. s. 143. ISBN 978-80-271-3759-6.

<sup>123</sup> NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. s. 267. ISBN 978-80-262-0083-3.

<sup>124</sup> STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Heroin. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/247-heroin>. [cit. 2024-02-26].

<sup>125</sup> STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Opiáty. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>. [cit. 2024-02-26].

<sup>126</sup> KRÍŽOVÁ, Ivana. *Závislosti: pro psychologické obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. s. 33. ISBN 978-80-271-1754-3.

eidetismus neboli velmi živé vizuální představy, které se normálně vyskytují například u umělců nebo u dětí.<sup>127</sup>

Dle NZIP se dají halucinogeny rozdělit na pravé a nepravé. Pod nepravé se může řadit marihuana a hašiš, ty ale mají svoji kategorii kanabinoidů. Do pravých halucinogenů řadíme například známé LSD (diethylamid kyseliny lysergové) nebo psylocybin, který se nachází v lysohlávkách.<sup>128</sup>

Nejznámější halucinogen LSD se vyskytuje ve formě papírků nebo tabletek. Je známý pro svou, oproti jiným drogám, miniaturní dávkou. Na rozdíl od jiných návykových látek stačí uživateli extrémně malé množství. *„Zajistit správné dávkování malých množství sloučenin není v terénu úplně snadná záležitost. Proto se nejčastěji užívá jako zaschlá kapička roztoku na kousku pijáku, jako tabletky anebo kousky želatiny zatuhlé s roztokem LSD.“*<sup>129</sup>

Podle množství LSD se uživateli mění stav jeho vědomí. V malém množství užití působí příjemně, člověk se více dokáže vcítit do různých věcí jako například umění či hudba. Při větších dávkách se vše zintenzivňuje, vnímání bývá doprovázeno halucinacemi, někdy mohou nastat až pocity pronásledování. Při vysokých dávkách člověk naprosto ztrácí kontakt s realitou, přestává vnímat, že existuje čas nebo prostor. Zde hrozí riziko, že se po vystřízlivění mozek nemusí vrátit k normě.<sup>130</sup> Přesto LSD nepatří mezi velmi nebezpečné drogy, jelikož s ním většina uživatelů dokáže po pár dávkách přestat bez větších obtíží.

Celkově je pro halucinogeny typická absence fyzické závislosti. Dochází zde spíš k mírné psychické závislosti.<sup>131</sup>

Co se týká nežádoucích účinků, *„na začátku se mohou objevit závratě, nevolnosti až zvracení, zvýšená produkce slin, intoxikovaný se potí, má sucho v ústech, může se třást. Pseudohalucinace mohou být ponuré, strašidelné, může se objevit tzv. bad trip, který se vyznačuje nepříjemnými pocity, úzkostí až panickou hrůzou, paranoiou.“*<sup>132</sup>

---

<sup>127</sup> HESS, Ladislav a UZEL, Radim. Sex, drogy a násilí. Praha: Mladá fronta, 2018. s. 292. ISBN 978-80-204-4941-2

<sup>128</sup> STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Halucinogenní látky: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/303-halucinogenni-latky-zakladni-informace>. [cit. 2024-03-01].

<sup>129</sup> DVORÁK, Ondřej. Já, droga. Praha: Grada Publishing, 2023. s. 119. ISBN 978-80-271-3759-6.

<sup>130</sup> STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Halucinogenní látky: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/303-halucinogenni-latky-zakladni-informace>. [cit. 2024-03-05].

<sup>131</sup> Tamtéž

<sup>132</sup> PREVCENTRUM. LSD a jiné halucinogeny. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/lsd/>. [cit. 2024-03-06].

### 3 Psychiatrická komorbidita

Ačkoliv se jedná o velmi závažný problém, psychiatrická komorbidita bývá často podceňována. „V Evropě se odhaduje, že 30–50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševní chorobou a užívá návykové látky a 80 % pacientů s diagnózou drogové závislosti trpí zároveň komorbidními psychiatrickými poruchami.“<sup>133</sup>

Pod pojmem psychiatrická komorbidita se skrývá označení pro souběžný výskyt více duševních poruch u jednoho jedince.<sup>134</sup> V Mezinárodní klasifikaci nemocí tato komorbidita zatím své zastoupení nemá, ale dle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je komorbidita „dočasný souběžný výskyt dvou nebo více psychiatrických poruch definovaných Mezinárodní klasifikací nemocí, z nichž jednou je problematické užívání návykových látek.“<sup>135</sup>

Odborníci též používají slovní spojení duální diagnózy, ze kterého se dá logicky vyvodit charakter onemocnění. Duální diagnózy jsou nejčastěji spojované s komorbiditou psychiatrického onemocnění a závislosti na návykových látkách.<sup>136</sup>

Někdy je těžké říct, zda byla psychiatrická diagnóza u člověka jako první a závislost až na druhém místě, či naopak. V některých případech se duševní onemocnění vyskytne právě jako důsledek užívání návykové látky. To bývá často například u užívání marihuany, která zvyšuje riziko vzniku schizofrenie.<sup>137</sup> V druhém případě, kdy je primární psychiatrická diagnóza, bývá častým případem deprese, nebo bipolární porucha, kvůli které začal jedinec užívat nejčastěji alkohol nebo návykové léky, za účelem ztišení bolesti. Zpravidla je ale jedno onemocnění zodpovědné za vznik toho druhého.

V této bakalářské práci se zaměřuji na souběžný výskyt poruch příjmu potravy a adiktologických poruch. Torrense a spol. tvrdí, že „ve srovnání s 9 % v obecné populaci je prevalence abúzu drog a alkoholu u osob s poruchou příjmu potravy přibližně 50 % a mezi

---

<sup>133</sup> FRIDELL, Mats a NILSON, Margareta. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. Online. Úkol drogy. Č. 14. Dostupné z: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/357/Dif14CS\\_84983.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/357/Dif14CS_84983.pdf). [cit. 2024-03-10].

<sup>134</sup> TORRENS MÈLICH, Marta; MESTRE-PINTÓ, Joan-Ignasi a DOMINGO SALVANY, Antònia. Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2017]. s. 19. ISBN 978-80-7440-194-7.

<sup>135</sup> Tamtéž

<sup>136</sup> Duální diagnózy. [Http://www.bohnicebezhranic.cz](http://www.bohnicebezhranic.cz) [online]. 2014 [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/index.html>

<sup>137</sup> ŠUTA, Miroslav a ŠTOVÍČEK, Vladimír. Nové odrůdy marihuany podstatně zvyšují riziko vzniku psychické nemoci. Online. 2020. Dostupné z: <https://plzen.rozhlas.cz/nove-odrudy-marihuany-podstatne-zvysuji-riziko-vzniku-psychicke-nemoci-8143019>. [cit. 2024-01-31].

*osobami s adiktologickou poruchou uvádí nějakou poruchu příjmu potravy více než 35 % v porovnání s 1-3 % prevalencí v obecné populaci.*<sup>138</sup>

Nemocní mentální bulimií mají větší sklony k užívání drog nebo alkoholu než ti s mentální anorexií. Jde o kontrolu impulzů, která u mentální bulimie chybí.<sup>139</sup>

Bylo též zjištěno, že „*osoby s komorbiditou bulimie a problémů s užíváním návykových látek se častěji pokoušejí o sebevraždu, jsou impulzivnější a častěji trpí poruchou osobnosti.*“<sup>140</sup>

Dle výzkumu Chládkové a Miovského vyšlo, že v poruchách příjmu potravy a závislostech dochází nejčastěji ke shodě mezi mentální bulimií a alkoholem. Po bulimii se s alkoholovou závislostí pojí i tzv. psychogenní přejídání. Nejmenší spojitost s alkoholem, dle tohoto výzkumu, má mentální anorexie.<sup>141</sup>

Ačkoliv se to na první pohled nemusí zdát, poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách stojí na podobném principu. U obou dochází k naprosté obsesi daným produktem (ať už jídlo nebo návyková látka). Dochází k silnému bažení, kdy jedinec není pořádně schopný myslet na něco jiného. Dokonce i „*snaha ukryt problém před okolím vede k adiktivnímu chování*“.<sup>142</sup> Bulimici se snaží skrývat své záchvaty přejídání a následné zvracení. Anorektici zase naopak mají snahu tajně vyhazovat či schovávat jídlo a tím se vyhnout případné konfrontaci se svými blízkými.

Léčba duálních diagnóz je velmi složitý proces, jelikož je potřeba, aby se terapie zaměřovala na více cílů najednou, konkrétně na duševní problém a na návykovou poruchu. Často ale dochází k tomu, že je problém s návykovou látkou akutnější, a tak se duševní porucha dostává do pozadí.<sup>143</sup>

---

<sup>138</sup> TORRENS MÈLICH, Marta; MESTRE-PINTÓ, Joan-Ignasi a DOMINGO SALVANY, Antònia. Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2017]. s. 85. ISBN 978-80-7440-194-7.

<sup>139</sup> TORRENS MÈLICH, Marta; MESTRE-PINTÓ, Joan-Ignasi a DOMINGO SALVANY, Antònia. Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2017]. s. 85. ISBN 978-80-7440-194-7.

<sup>140</sup> Tamtéž

<sup>141</sup> CHLÁDKOVÁ a MIOVSKÝ. Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. Online. Adiktologie. 2017, article 17(1). Dostupné z: [https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova\\_cj-1.pdf](https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova_cj-1.pdf). [cit. 2024-03-01].

<sup>142</sup> HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. s. 87. ISBN 978-80-87258-62-0.

<sup>143</sup> KALINA, Kamil. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2008. s. 306. ISBN 978-80-247-2449-2.

Dle Kamila Kaliny jsou možné tři druhy léčby:

1. Následná (duševní porucha a návyková porucha se řeší odděleně, nejprve jedno, potom druhé)
2. Souběžná (poruchy se léčí souběžně ve dvou různých zařízeních)
3. Integrovaná (poruchy se léčí souběžně ve stejném zařízení)<sup>144</sup>

V každém případě je potřeba se ke všem pacientům chovat individuálně a dle toho také nastavit léčbu. Jako účinné se prokázalo spojení farmakoterapie s intenzivními individuálními terapiemi, avšak stále bohužel dochází k častým recidivám.<sup>145</sup> Za vysoký počet relapsů může i vysoká míra předčasného ukončení léčby ze strany pacientů.<sup>146</sup>

Léčbu výrazně komplikuje počet diagnóz. V terapii je tedy důležité se zaměřit na všechny diagnózy, a ne pouze na závislostní problematiku i přesto, že plná abstinence je nutná k úspěšné rekonvalescenci.

Výsledky léčby jsou také samozřejmě ovlivněny dodržováním terapeutických plánů, kvalitou podpory ze strany rodiny nebo i obecným zdravotním stavem jednotlivce. Klíčovou roli zde hraje i následná péče, která má minimalizovat rizika recidivy.

---

<sup>144</sup> Tamtéž

<sup>145</sup> Procházka, R., Dvořáková, K. (2020). Souvislost mezi typem závislosti a osobní psychopatií na základě strukturální diagnózy. Online. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 3(1), 10–20. Dostupné z: [https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/01/10-20\\_Proch%C3%A1zka.pdf](https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/01/10-20_Proch%C3%A1zka.pdf)

<sup>146</sup> Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Online. EMCDDA. 2004, article 3, s. 100. Dostupné z: [file:///C:/Users/42073/Downloads/sel2004\\_3-en\\_69860.pdf](file:///C:/Users/42073/Downloads/sel2004_3-en_69860.pdf). [cit. 2024-03-13].

## 4 Výzkumné šetření

Empirická část této bakalářské práce probíhala kvalitativní metodou, konkrétně pěti polostrukturovanými rozhovory. Výzkumným souborem byly informantky, které mají zkušenost s poruchou příjmu potravy a s látkovou závislostí.

Rozhovory byly prováděny samostatně, buď osobně anebo online formou. Strukturu rozhovoru zajišťovaly tazatelské otázky, které občas byly doplněné otázkami navíc pro větší přehled a hloubku odpovědí informantek.

Na začátku každého rozhovoru byly informantky seznámeny s jeho nahráváním, průběhem a cílem.

Výhodou kvalitativního výzkumného šetření je osobnější kontakt s informantkami, a tedy i přirozenější získání citlivých dat. Dále je výhodou možnost se dostat do hloubky daného problému. Jan Hendl ve své knize píše, že v kvalitativním přístupu „*nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy.*“<sup>147</sup> Naopak nevýhodou je časová náročnost a menší počet informantů. Na jednu stranu tedy kvalitativní metodou rozhovoru získáváme serióznější data, ale mnoho potenciálních informantů může tento přístup zavrhnout z důvodu strachu nedodržení anonymity.

### 4.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit spojitost mezi onemocněním příjmu potravy a užíváním návykových látek, konkrétně šlo o mentální anorexii, mentální bulimii a látkové závislosti.

Hlavní výzkumná otázka zní: ***K jaké návykové látce tíhnou lidé s poruchami příjmu potravy?***

Na hlavní výzkumnou otázku se pojí další tři dílčí otázky doplněné otázkami tázacími:

1. Jaký je vztah mezi specifickými typy poruch příjmu potravy (anorexie nervosa, bulimie nervosa) a preferencí konkrétních návykových látek?
  - V kolika letech ti začaly problémy s příjmem potravy a co tomu předcházelo?
  - Jaký typ poruchy příjmu potravy jsi měla a jak se to projevovalo?
  - V kolika letech jsi užila návykovou látku poprvé, a jaký druh to byl?

---

<sup>147</sup> HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 53. ISBN 80-7367-040-2.

- Užívala jsi pravidelně nějaké návykové látky před tím, než ti začala porucha příjmu potravy?
  - Jaké návykové látky si během poruchy příjmu potravy užívala?
  - Jak tyto návykové poruchu příjmu potravy ovlivňovaly?
  - Měnilo se užívání návykových látek v anorektickém a bulimickém období?
2. Jak probíhá terapie komorbidit poruch příjmu potravy a návykových látek a jak je účinná?
- Jakým způsobem jsi se léčila s poruchou příjmu potravy a se závislostí?
  - Které metody léčby podle tvého názoru prokázaly nejvyšší účinnost a naopak, které nebyly uspokojivé?
  - Jak hodnotíš současný vztah k vlastnímu tělu a postoj k užívání návykových látek?
  - V případě zhoršení tvého stavu, podstoupila bys léčbu poruchy příjmu potravy a závislosti znovu?
3. Doprovází komorbiditu poruch příjmu potravy a závislostí ještě další psychiatrické diagnózy?
- Byla ti diagnostikovaná případně další psychiatrická diagnóza?
  - Pokud ano, byla tato diagnóza primární nebo přidružená k poruše příjmu potravy?
  - Pokud ano, jak tato diagnóza ovlivňovala léčbu poruchy příjmu potravy a závislosti?
  - Je ještě něco, co bys chtěla doplnit?

## 4.2 Výzkumný soubor a sběr dat

Výzkumným souborem jsou dospělé ženy, které mají zkušenost s mentální anorexií nebo mentální bulimií a s užíváním nějaké návykové látky. Jedinou podmínkou byl věk nad osmnáct let a oficiální diagnostikování těchto duálních diagnóz odborníkem, tedy i zkušenost s nějakou formou léčby.

Tři informantky, které znám osobně jsem s výzkumným šetření oslovila a dvě informantky se mi ozvaly samy s reakcí na můj příspěvek na sociálních sítích ohledně výzkumu s lidmi s duální diagnózou.



Informantky jsem dopředu upozornila, že rozhovor bude nahráván na diktafon, tedy že potřebuji jejich nahráný souhlas. Dále jsem je seznámila s cílem mého výzkumného šetření, s jeho průběhem a nabídkou na případnou psychickou podporu po ukončení nahrávání. V neposlední řadě byly informovány o tom, že je rozhovor zcela anonymní a že o nich nezveřejňuji žádný osobní údaj včetně jména, věku nebo místa bydliště.

Rozhovory jsou nahrány buď při osobním setkání, anebo přes online síť. Informantky si samy vybírají způsob setkání, dle jejich preferencí, avšak většina z nich dává přednost online formě.

Tabulka č.1 : Údaje o informantkách

Informantka	Porucha příjmu potravy	Návyková látka
Č.1	MA + MB	Kofein, nikotin, alkohol, marihuana, benzodiazepiny
Č.2	MA + MB	Nikotin, Alkohol, marihuana, kokain, LSD
Č.3	MB	Nikotin, marihuana, alkohol
Č.4	MA	Kofein, Nikotin
Č.5	MA	Kofein, nikotin

Pozn: MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

### 4.3 Analýza dat

#### 4.3.1 DVO I

První dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na to, *jaký je vztah mezi specifickými typy poruch příjmu potravy (např. anorexie nervosa, bulimie nervosa) a preferencí konkrétních návykových látek.*

#### TVO I - V kolika letech ti začaly problémy s příjmem potravy a co tomu přecházelo?

Tato otázka se snažila zjistit, jaký byl průměrný věk informantek, když se jim objevila porucha příjmu potravy.

Informantky se shodují na věku v průměru čtrnácti let. I5 a I4 se shodují na začátku poruchy příjmu potravy v patnácti letech, I3 a I2 ve čtrnácti a I1 dokonce už ve třinácti s tím, že všechny informantky vykazují psychické problémy ještě před vznikem poruchy příjmu potravy. Na další část otázky odpověděly čtyři z pěti informantek. I1 na tuto otázku neodpověděla z osobních důvodů. U I2 poruchy příjmu potravy předcházely zejména rodinné problémy. I3 sdělila, že „*obecně trpím malým sebevědomím, pravděpodobně vyvolaným nějakou šikanou ve škole a taky ta situace s rodinou nebyla úplně ideální.*“ I4 odpověděla podobně, že její problémy začaly v neuspokojivé rodinné atmosféře. U I5 hrála velkou roli šikana ve škole.

Informantky na tuto část otázky odpovídaly velmi podobně, největšími předchůdci vzniku poruchy příjmu potravy jsou dle nich šikana ve školním prostředí a rodinné problémy.

#### TVO II - Jaký typ poruchy příjmu potravy jsi měla a jak se to projevovalo?

I1 a I2 se zde shodují se zkušeností jak s mentální anorexií, tak s mentální bulimií s tím, že se jim tyto poruchy během života střídaly. Prožívaly tak období anorektické nebo bulimické. I1 dále doplňuje, že „*ze začátku tam vždycky byly nějaký cykly, kdy bylo pár dnů, kdy jsem hodně omezila příjem kalorií, abych se nakonec přejedla a dopřála si co jsem si za ty dny odpírala a samozřejmě pak skrz nějaký pocit provinilosti a selhání jsem se potom naučila zvracet, takže to byly vždycky cykly pár dnů nejedení, pak záchvat přejedení, pak záchvat zvracení...až teda pak v devatenácti jsem měla úplně naplno projevující anorexii.*“

I3 odpovídá, že primárně řešila mentální bulimii, která následovala po záchvatovitém přejídání. I4 a I5 se shodují na mentální anorexii, projevující se významným snížením potravy a nadměrným cvičením. I4 doplňuje „*jídlo jsem brala jako nucený zlo, po kterým se musím hýbat.*“

#### TVO III – V kolika letech jsi užila návykovou látku poprvé a jaký druh to byl?

Dle výpovědi I1 byla první návyková látka alkohol kolem dvanáctého roku. U I2 to byl alkohol společně s cigaretami ve čtrnácti letech. I3 měla poprvé cigaretu, kterou ukradla ve dvanácti letech svým rodičům. I4 začala v patnácti letech rovnou nadužívat kofein a kouřit cigarety. Taktéž I5 se přiznává k prvnímu užití nikotinu v patnácti letech formou kouření.

TVO IV – Užívala jsi pravidelně nějaké návykové látky před tím, než ti začala porucha příjmu potravy?

Všechny informantky se v této odpovědi shodují, že žádná z nich neužívala pravidelně návykové látky před poruchou příjmu potravy a že maximálně docházelo k občasnému experimentování s cigaretami nebo alkoholem.

TVO V – Jaké návykové látky jsi během poruchy příjmu potravy užívala?

I1 a I2 se opět shodují, a to konkrétně ve větší rozmanitosti užívání návykových látek. Shodují se v nikotinu, marihuaně, alkoholu, I1 však dále preferovala benzodiazepiny a I2 kokain a LSD. I3 také užívala nikotin a alkohol, občasně marihuanu. U této otázky došlo ke shodě u I1, I2 a I3, kdy všechny ze začátku užívaly i marihuanu z důvodu depresivně-úzkostných stavů, avšak jelikož tato látka způsobuje hlad, a především chutě na nezdravá jídla, její preference se u všech těchto informantek velmi snížila. Dále se odpovědi shodují u I4 a I5 kdy obě informantky nadužívaly kofein a nikotin.

TVO VI – Jakou tyto návykové látky hrály roli v poruše příjmu potravy?

U I1 docházelo k ještě většímu omezení potravy, téměř k hladovkám, kvůli pití alkoholu, který by si jinak nemohla dovolit. Paradoxně však kvůli alkoholu někdy ztratila zábrany, přejedla se a následně zvracela. I2 to s alkoholem měla podobně, vypověděla, že „*často jsem celý den hladověla kvůli tomu, abych se pak večer mohla úplně sundat, anebo když jsem chodila do školy, tak jsem si k snídani dala pivo, k obědu jsem si dala pivo a k večeři vlastně taky a jinak jsem nejedla vůbec nic.*“ Dle I3 jí marihuana pomáhala vyřešit nejtěžší období, ale způsobovalo jí to častější přejedení a zvracení a s užíváním přestala. Naopak alkohol byl podle ní „*kámoš, v tom smyslu, že s tím pitím to bylo o dost jednodušší, takže jsem se tím zaplácla, nepotřebovala jsem jíst a neměla jsem tak velký výčitky.*“

I4 nahrazovala jídlo a energii z něj kofeinem, konkrétně energetickými nápoji, a cigarety jí pomáhaly se soustředěností a díky nim tolik nepociťovala hlad. Taktéž I5 si místo hlavního jídla dala kávu a k tomu pár cigaret.

TVO VII – Měnilo se užívání návykových látek v anorektickém a bulimickém období?

Tato otázka směřuje na informantky I1 a I2, které vypověděly, že mají zkušenost jak s anorexií, tak s bulimií. I1 v anorektickém období začala vynechávat alkohol z důvodu

počtu kalorií a největší preference měla v kofeinu, nikotinu a benzodiazepinech. Naopak u bulimického období se jí množství příjmu alkoholu rapidně zvýšilo.

I2 vypověděla, že nepocítovala příliš velké změny v preferencích návykových látek během těchto dvou období.

#### 4.3.2 DVO II

Druhá dílčí otázka se zaměřovala na terapii, konkrétně jak probíhá terapie komorbidity poruch příjmu potravy a návykových látek a jak je účinná.

##### TVO I – Jakým způsobem jsi se léčila s poruchou příjmu potravy a se závislostí?

I1 se léčila ambulantně i byla několikrát hospitalizovaná. I2 taktéž, navíc k tomu doplnila jednu hospitalizaci v zahraničí a následně denní stacionář v ČR. I3 docházela k psychiatrovi, poté na individuální terapie, po nich nastoupila do denního stacionáře, a nakonec na hospitalizaci. I4 se léčila ambulantně u psychiatra a poté na skupinových terapiích. I5 se léčila ambulantně u psychiatra a docházela na individuální terapii.

##### TVO II – Které metody léčby podle tvého názoru prokázaly nejvyšší účinnost a naopak, které nebyly uspokojujivé?

U I1 nejvíce zafungovala kombinace individuální psychoterapie s farmakologickou léčbou. Naopak hospitalizace účinné nebyly, naopak z nich informantka odcházela se zhoršenou poruchou příjmu potravy a s návykem na benzodiazepiny. I2 nejvíce zafungovaly centrální terapie, jako například arteterapie. Záporně hodnotí přístup personálu k pacientům. I3 nejvíce pomohly vhodně zvolené léky a podpora spolupacientů. Záporně hodnotí, stejně jako I2 přístup personálu. I3 záporně hodnotí zkušenosti s psychiatrem, a naopak pozitivně skupinové terapie s ostatními spolupacienty.

##### TVO III – Jak hodnotíš současný vztah k vlastnímu tělu a máš postoj k užívání návykových látek?

Informantky se shodují na tom, že se v současnosti učí přijímat své tělo a že je to cesta na dlouhou trať. I1 například o svém těle říká, že „místo toho, že by mělo působit nějakým estetickým dojmem ho беру spíš jako takový stroj, který pro mě pracuje a já ho teda musím

*živit, takže se snažím jíst vyváženě, občas to jde, občas ne, ale už to nezabíhá do extrémů jako kdysi.*“ Dále přiznává užívání nikotinu v podobě cigaret nebo žvýkaček. I2 se nyní nachází se svým synem v dětském centru, ve kterém se musí pravidelně testovat a kvůli tomu drží plnou abstinenci. I3 alkohol přestala zcela užívat, ale sama říká, že „*jednou alkoholik, navždy alkoholik, člověka to samozřejmě láká*“ a k tomu dodává, že stále kouří cigarety jako „*takové nejmenší zlo*“. I4 k závislostem dodává, že se snaží hodně posilovat a držet si svaly, kofein vyměnila za protein a cigarety užívá v menším množství. I5 vyměnila cigarety za *vapování*.

#### TVO IV – V případě zhoršení tvého stavu, podstoupila bys hospitalizaci znovu?

Z předešlé výpovědi I1 vyšlo, že by hospitalizaci z důvodu neúčinnosti znovu nepodstoupila, ale že momentálně stále dochází na terapie a bere léky, které jí pomáhají. I2 přiznává, že „*kdyby nebylo zbylí, tak co by se dalo dělat*“. I3 by znovu podstoupila léčbu pouze v akutním stádiu, kdyby nebyla jiné možnost.

#### 4.3.3 DVO III

Třetí dílí výzkumná otázka pojednává o dalších psychiatrických diagnózách. V mnoha případech mají uživatelé návykových látek současně více psychických poruch. V této části se všechny informantky téměř shodují.

#### TVO I - Byla ti diagnostikovaná (k poruše příjmu potravy a závislosti) případně další psychiatrická diagnóza?

U této otázky se shodují všechny informantky. Každé z nich byla diagnostikovaná ještě další psychiatrická diagnóza. I1 byla diagnostikovaná úzkostná porucha, I2 depresivně-úzkostná porucha a hraniční porucha osobnosti. Taktéž I3 přiznává výskyt depresivně-úzkostné poruchy, ještě společně s obsedantně kompulzivní poruchou. I4 měla jako další diagnózu bipolární poruchu. I5 zakončuje tuto tazatelskou otázku s odpovědí, že se jednalo o depresivní poruchu.

#### TVO II - Pokud ano, byla tato diagnóza primární nebo přidružená k poruše příjmu potravy?

I u této otázky se většina informantek shodují s tím, že jejich další diagnóza vznikla ještě před poruchou příjmu potravy. Pouze I2 vypověděla, že dle jejího názoru vznikly všechny

poruchy víceméně najednou, ale upozornila, že si na to období velmi dobře nepamatuje, takže její představy mohou být trochu zkreslené.

#### TVO III - Pokud ano, jak tato diagnóza ovlivňovala léčbu poruchy příjmu potravy a závislosti?

I1 vypověděla, že jí úzkostí stěžovaly léčbu v tom smyslu, že nemohla mluvit s lidmi, což je na terapii klíčové. I2 se svěřila, že se kvůli hraniční poruše osobnosti pokusila spáchat sebevraždu a dodává, že „*pro mě je ta hraniční porucha takový pavouk, který do sebe objímá spoustu věcí, a to je pro mě to centrum toho, že z toho podle mě pramení jak ty poruchy příjmu potravy, tak ty závislosti.*“ Podle I3 výrazně stěžovalo její terapii depresivní období, kvůli kterému nemohla nikam docházet a zároveň popisuje absenci jakékoliv motivace. Při úzkostném období přiznává problém především s alkoholem a neúspěšnou abstinencí. I4 se přidává k názoru, že jí bipolární porucha velmi stěžovala léčení z poruchy příjmu potravy a závislosti.

#### TVO IV - Je ještě něco, co bys chtěla doplnit?

Tato otázka sloužila k doplnění informací, které bylo ještě mohly na závěr informantky napadnout a případně tím oficiálně ukončit rozhovor. Většina z nich už nic doplnit nechtěla pouze I3 znovu upozornila na propojenost duálních diagnóz a že se vzájemně silně ovlivňují.

## 4.4 Shrnutí dat a závěr

### DVO I

První dílčí výzkumná otázka měla odpovědět na to, jaký je vztah mezi specifickými typy poruch příjmu potravy (anorexie nervosa, bulimie nervosa) a preferencí konkrétních návykových látek.

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že všechny informantky užívaly tabákové výrobky, zejména cigarety. U všech informantek byl nikotin prvotní návykovou látkou, kterou užíly. Čtyři z pěti kouří i v současnosti, jelikož to nepovažují za vážný problém. Pouze jedna informantka (konkrétně I2) přestala i s užíváním nikotinu, a to kvůli svému synovi.

Další preference návykových látek se dle výpovědí lišila u mentální anorexie a mentální bulimie. U slečen s bulimií doplňoval nikotin alkohol a s anorexií to byl především kofein v podobě kávy a energetických nápojů.

Zajímavé byly odpovědi dvou informantek, které mají zkušenost jak s anorexií, tak s bulimií s tím, že se jejich životní hodnoty a postoje mění v souvislosti s aktuálním obdobím poruchy příjmu potravy. Zde obě informantky potvrdily, že v bulimickém období nejvíce užívaly alkohol. V období anorektickém I1 přestala pít úplně z důvodu strachu z kalorií, které alkohol má. I2 pít sice v tomto období nepřestala, ale kvůli pití držela hladovky, aby si ho mohla dovolit pozřít. Obě informantky se dále shodují svým rozmanitým výběrem návykových látek v podobě návykových léků, kokainu, marihuany a LSD.

Tyto dvě informantky společně se slečnou, která měla pouze mentální bulimii se shodují na užívání marihuany, ale zároveň potvrzují konec užívání z důvodu záchvatů přejídání po aplikaci THC.

Naopak slečny, které měly pouze mentální anorexií žádné zkušenosti s ostatními látkami neměly. Před projevy mentální anorexie občasně užívaly alkohol, ale z důvodu počtu kalorií si ho zakázaly. Hlavními návykovými látky v tomto případě byl nikotin a kofein.

Z toho plyne, že dívky s mentální bulimií preferují především alkohol a marihuanu a dívky s mentální anorexií kofein a nikotin, především z důvodu absence kalorií.

U obou typů poruch příjmu potravy je shoda na nejvíce nadužívanou látku v podobě cigaret – nikotin.

## DVO II

Z druhé dílčí výzkumné otázky vyšly odpovědi týkající se terapie poruch příjmu potravy a závislostí. Některé informantky mají zkušenost přímo s hospitalizací, některé docházely do denního stacionáře nebo se léčily pouze ambulantně u psychiatra a docházely na skupinové či individuální terapie.

Tři informantky, které byly hospitalizované, se shodují, že pro ně hospitalizace nebyla velmi účinná. Jedna informantka se dokonce přiznala, že si z hospitalizace odnesla závislost navíc, konkrétně na benzodiazepinech, které jí byly během léčby podávány. Navíc k tomu dodává, že se jí pobytem na oddělení výrazně zhoršila porucha příjmu potravy. Další dvě informantky vypověděly, že jim pobyt velmi znepríjemňoval vyhořelý personál, který se nechoval profesionálně. Co naopak hodnotí kladně jsou vztahy se spolupacienty, se kterými

byly na oddělení a dále byla několikrát zmíněná arteterapie jako výborný prostředek k sebevyjádření i pro ty, kteří mají problém s verbální komunikací.

Informantky s mentální anorexií měly podobné zkušenosti. Obě nejdříve docházely ambulantně k psychiatrovi, který jim napsal antidepresiva. Po neúspěšné farmakologické léčbě obě docházely na skupinové či individuální terapie. Jedna informantka si velmi chválí skupinovou terapii, kde se sdílely příběhy a problémy různých pacientů a dle jejích slov mohla vidět odstrašující případy. Obě se shodují však na tom, že nejvíce si pomohly ony samy, když se ocitly v nejhorší fázi anorexie.

Z těchto výpovědí vyplývá, že informantky, které měly buď bulimii nebo kombinaci bulimie a anorexie a byly hospitalizované, se shodují, že hospitalizace na problémy s jídlem či se závislostí účinná příliš není, avšak pomůže přečkat ty nejintenzivnější stavy, kdy by si mohl člověk ublížit. Dále dle dotyčných nejvíce funguje vhodná farmakologická léčba doplněná skupinovými a individuálními terapiemi.

Tuto skutečnost doplňují i výpovědi informantek s mentální anorexií s tím, že upřednostňují docházení na terapie a sportovní vyžití, které jim pomáhá s vyvážeností jídelníčku.

Všechny informantky se dále shodly na tom, že pro ně aktuální vztah s vlastním tělem není ideální. Učí se ho mít rády a čeká je ještě dlouhá cesta k duševní pohodě.

### DVO III

Třetí dílčí výzkumná otázka zkoumá problematiku dalších diagnóz, které doplňují poruchu příjmu potravy a závislosti.

Prekvapujícím faktem bylo to, že každá z informantek měla k duální diagnóze ještě minimálně jednu další psychiatrickou poruchu. Informantky se shodly na depresi, úzkostné poruše anebo depresivně-úzkostné poruše. Navíc ještě k tomu měla jedna informantka hraniční poruchu osobnosti, jedna obsedantně kompulzivní poruchu a jedna bipolární poruchu.

Z výpovědí dále můžeme říci, že všechny informantky, kromě jedné, mají depresivní či úzkostnou poruchu jako primární diagnózu, tedy předcházely u nich poruchy příjmu potravy.

Všechny tyto diagnózy navíc informantkám velmi stěžovaly průběh léčby. U depresivních stavů dotyčné nebyly schopné na terapie docházet a neměly žádnou motivaci



ke zlepšení. Při úzkostných stavech měly slečny velký problém s komunikací s lidmi, a navíc jim úzkosti často bránily v úspěšné abstinenci.

## HVO

Na hlavní výzkumnou otázku, *k jaké návykové látce tíhnou lidé s poruchami příjmu potravy* by bylo potřeba sehnat více informantů a provést detailnější výzkum. Z mého výzkumného šetření vyšla jako hlavní látka nikotin, avšak ve všech případech k němu byla přidružena ještě další návyková látka, a to kofein nebo alkohol. Nikotin, zejména ve formě kouření cigaret, si získal svojí preferenci především svou absencí kalorií a zahnáním hladu. Dále údajně podporuje soustředění a informantkám pomáhá jako část svého rituálu.

Na druhém místě je kofein a alkohol. Kofein vyhrává u informantek s mentální anorexií, a to z důvodu malého počtu kalorií (káva bez cukru) a z dostání energie do těla bez příjmu jídla. Naopak k alkoholu tíhnou více informantky s mentální bulimií či v bulimickém období i přesto, že jeho konzumace často vede k přejedení a následnému zvracení.

Jako třetí je marihuana, kterou stejně jako alkohol preferují informantky s bulimií nebo v bulimickém období i přes její účinky, které výrazně zvyšují chuť k jídlu.

Do dalších návykových látek dle výpovědí patří zmíněné benzodiazepiny, kokain a LSD s největší preferencí u informantek, kterým se anorektické a bulimické období střídá.

## Závěr

Teoretická část bakalářské práce se zabývala tématem poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexií a mentální bulimií a závislostní problematikou. Dle dostupné literatury mají tyto dva jevy mnoho společného a zároveň se prolínají. Proto mnoho žen s poruchami příjmu potravy doprovází závislost, která je nejen na jídle nebo případně na hladu.

V praktické části bylo hlavním cílem získat informace o tom, k jaké návykové látce tíhnou osoby s poruchami příjmu potravy nejvíce. Sběr dat probíhal kvalitativní metodou s pěti informantkami formou polostrukturovaných rozhovorů. Z výpovědí informantek se jedná o nikotin, kofein, alkohol a marihuanu. U slečen s mentální anorexií jednoznačně dominoval nikotin a kofein. U slečen s mentální bulimií to byl nikotin, alkohol a marihuana. Dále z výsledků vyšlo, že dotyčné s mentální bulimií více experimentují s návykovými látkami než ty s mentální anorexií.

Během výzkumného šetření se však objevila skutečnost, že některé slečny mají zkušenost s více než jedním typem poruchy příjmu potravy a že si dlouhodobě prochází životními cykly, které se střídají na anorektické a bulimické období. Zde tedy bylo potřeba pracovat navíc s těmito informacemi a dále rozdělit preferenci užívání návykových látek během těchto dvou období. Z výpovědí vyšlo, že i informantky, kterým se střídají anorektické a bulimické období mají v tom bulimickém větší preference v alkoholu a v tom anorektickém v látkách, které neobsahují kalorie navíc. Tedy nikotin, kofein, případně návykové léky či kokain.

Během výzkumného šetření byly dále zjištěny i další skutečnosti, které původně v rozhovorech neměly prioritní zaměření. Z výpovědí všech informantek vyšlo, že mají ještě k poruše příjmu potravy a k závislostní problematice minimálně jednu další psychiatrickou poruchu. Nejčastěji se jedná o depresivní a úzkostné poruchy, které u informantek začaly v raném věku ještě před plně se projevující poruchou příjmu potravy či užíváním návykových látek.

Tento fakt by si zasloužil provedení dalšího a detailnějšího výzkumu, který by se zaměřoval na komorbiditu poruch příjmu potravy a dalších psychiatrických onemocnění. Do výzkumu doporučuji sehnat větší počet informantek, ideálně ve spolupráci se sdružením Anabell nebo s Centrem pro poruchy příjmu potravy Ke Karlovu, kde student s bakalářskou prací není ke sběru dat připuštěn.

## Seznam použitých zdrojů

### Knihy:

DVOŘÁK, Ondřej. Já, droga. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3759-6.

ENGELANDER, Marnie. Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí. Metodika (Úřad vlády České republiky). [Praha]: Úřad vlády České republiky, c2010. ISBN 978-80-7440-041-4.

HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HESS, Ladislav a UZEL, Radim. Sex, drogy a násilí. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4941-2

KALINA, Kamil. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

KOCOURKOVÁ, Jana; LEBL, Jan a KOUTEK, Jiří. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Folia practica. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KŘÍŽOVÁ, Ivana. Závislosti: pro psychologické obory. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1754-3.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

TORRENS MÈLICH, Marta; MESTRE-PINTÓ, Joan-Ignasi a DOMINGO SALVANY, Antònia. Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2017]. ISBN 978-80-7440-194-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VANÍČKOVÁ, Eva. Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.

WOOLF, Emma. Jen jedno jablko denně: příběh lásky a uzdravení z anorexie. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2818-9.

### **Online**

Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Online. EMCDDA. 2004, article 3, s. 100. Dostupné z: [file:///C:/Users/42073/Downloads/sel2004\\_3-en\\_69860.pdf](file:///C:/Users/42073/Downloads/sel2004_3-en_69860.pdf). [cit. 2024-03-13].

BENCKO, Vladimír. 2015. Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena* [online].60(2) [cit. 24.04.2023]. Dostupné z: Psychosomatic Eating Disorders: Incidence, Risk Factors, Obstacles and Potential in Prevention (szu.cz)

BUREŠOVÁ, Lenka. Fenomén „pro-ana blogů“ a jeho nebezpečí. Online. 2018. Dostupné z: [https://www.deti-a-media.cz/art/2865/fenomen-.htm?page\\_idx=70](https://www.deti-a-media.cz/art/2865/fenomen-.htm?page_idx=70). [cit. 2023-12-02].

CBD olej. Online. Botanic.cz. 2018. Dostupné z: <https://botanic.cz/cbd-olej>. [cit. 2024-03-17].

ČESKÁ TELEVIZE. Čeští studenti jsou v užívání marihuany na špičce Evropy. Online. ČT24. 2017. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/cesti-studenti-jsou-v-uzivani-marihuany-na-spicce-evropy-95885>. [cit. 2024-02-13].

Duální diagnózy. [Http://www.bohnicebezhranic.cz](http://www.bohnicebezhranic.cz) [online]. 2014 [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/index.html>

epidemiologie - ABZ.cz: slovník cizích slov. ABZ.cz: slovník cizích slov - online hledání [online]. Copyright © [cit. 11.04.2023]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/epidemiologie>

F50 - Poruchy příjmu potravy | Číselník diagnóz MKN-10. Číselník diagnóz MKN-10 [online]. Copyright © 2023 [cit. 18.03.2023]. Dostupné z: <http://www.ciselnikdiagnoz.cz/mkn-10/f50-poruchy-prijmu-potravy/>

FLORENCE - ODBORNÝ ČASOPIS PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY. Nové formy užívání tabáku: elektronické cigarety a zahřívání tabák. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/nove-formy-uzivani-tabaku-elektronicke-cigarety-a-zahrivany-tabak/>. [cit. 2024-01-28].

FRIDELL, Mats a NILSON, Margareta. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. Online. Úkol drogy. Č. 14. Dostupné z: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/357/Dif14CS\\_84983.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/357/Dif14CS_84983.pdf). [cit. 2024-03-10].

CHLÁDKOVÁ a MIOVSKÝ. Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. Online. Adiktologie. 2017, article 17(1). Dostupné z: [https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova\\_cj-1.pdf](https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova_cj-1.pdf). [cit. 2024-03-01].

Kofein I.: Kolik kávy můžeme vypít? Online. 2007. Dostupné z: <https://www.kava-online.cz/kava-obecne/pusobeni-kavy-a-jeji-ucinky/kofein-i-kolik-kavy-muzeme-vypit/>. [cit. 2024-01-21].

KONEČNÝ, Martin. Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. Online. Psychiatrie pro praxi. 2017, č. 18, Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/03/09.pdf>. [cit. 2024-02-23].

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, 14-16 [cit. 2023-11-11].

Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>

KRMENČÍK, Pavel (n.d.) Opiáty [Online výukový text]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/411/opiaty-charakteristika.pdf>

Léblová, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. E-psychologie [online], 4 (3), 1-12 [cit. 11.4.2023].

Dostupný z <http://e-psycholog.eu/pdf/leblova.pdf>. ISSN 1802-8853

Lékařské slovníky [online]. [cit. 2023-10-27]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/anorektika-10>

LICHKOVÁ, Adéla. Rozhovor. In: Český rozhlas: Diagnóza F: Lidé ke mně přichází, když vidí na konci tunelu tmu a ta je vyděsí, říká psychiatr (Host: Jakub Minařík) [podcast]. 19.3.2021. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/lide-ke-mne-prichazi-kdyz-vidi-na-konci-tunelu-tmu-a-ta-je-vydesi-rika-psychiatr-8450445>

Mentální anorexie [online]. [cit. 2023-11-02]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/mentalni-anorexie/>

Mentální anorexie. Online. In: Wikipedia: the free encyclopedia. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_anorexie](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie). [cit. 2023-12-02].

Mentální anorexie. Online. Šance dětem. 2018. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/o-cem-se-mluvi/mentalni-anorexie>. [cit. 2023-12-02].

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Online. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.3>. [cit. 2024-04-03].

MIKOLANDOVÁ, Anna. Kouř z marihuany může ničit plíce kuřáků tabákových výrobků, zjistila studie. Online. 2022. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/kour-z-marihuany-muze-nicit-plice-kuraku-tabakovych-vyrobku-zjistila-studie-8871987>. [cit. 2024-02-03].

MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbara; ČERNÍKOVÁ, Tereza et al. Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Online. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 2021, s. 15. Dostupné z: Praha: Úřad vlády České republiky, Zpráva o alkoholu v České republice 2021. [cit. 2024-01-17].

NZIP. Užívání tabáku. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/431-uzivani-tabaku-zakladni-pojmy>. [cit. 2024-01-28].

PREVCENTRUM. Benzodiazepiny. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/benzodiazepiny/>. [cit. 2024-02-16].

PREVCENTRUM. Kokain. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/kokain/>. [cit. 2024-02-03].

PREVCENTRUM. LSD a jiné halucinogeny. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/lsd/>. [cit. 2024-03-06].

PREVCENTRUM. Pervitin. Online. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>. [cit. 2024-02-04].

Procházka, R., Dvořáková, K. (2020). Souvislost mezi typem závislosti a osobní psychopatologií na základě strukturální diagnózy. Online. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 3(1), 10–20. Dostupné z: [https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/01/10-20\\_Proch%C3%A1zka.pdf](https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/01/10-20_Proch%C3%A1zka.pdf)

THEINER, Pavel. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. Online. Psychiatrie pro praxi. 2011, s. 105-107. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>. [cit. 2024-01-07].

THINSPO. Online. Webnode. 2020. Dostupné z: <https://pro-ana-web5.webnode.cz/thinspo/>. [cit. 2023-12-02].

SKALICKÁ, Andrea. *S poruchou příjmu potravy se musíte léčit, jinak se vrátí ještě v daleko horší formě* [podcast]. Český rozhlas. 2021

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Amfetaminy a jejich deriváty: speed, pervitin. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/261-amfetaminy-a-jejich-derivaty>. [cit. 2024-02-04].

STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Halucinogenní látky: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/303-halucinogenni-latky-zakladni-informace>. [cit. 2024-03-01].

STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Heroin. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/247-heroin>. [cit. 2024-02-26].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Kokain. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/262-kokain>. [cit. 2024-02-03].

STÁTNÍ NÁRODNÍ ÚSTAV. Opiáty. Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>. [cit. 2024-02-26].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Závislost: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>. [cit. 2024-01-21].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Závislost na lécích: co to je? Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/254-zavislost-na-lecich-zakladni-informace>. [cit. 2024-02-14].



ŠEJVL, Jan. Kokain. Online, Výukový text. Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/437/kokain-uvod.pdf>. [cit. 2024-02-03].

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci. Online. 2012. Občanské sdružení Anabell, 2012. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890\\_svepomocny-manual.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890_svepomocny-manual.pdf). [cit. 2024-01-04].

ŠUTA, Miroslav a ŠTOVÍČEK, Vladimír. Nové odrůdy marihuany podstatně zvyšují riziko vzniku psychické nemoci. Online. 2020. Dostupné z: <https://plzen.rozhlas.cz/nove-odrudy-marihuany-podstatne-zvysuji-riziko-vzniku-psychicke-nemoci-8143019>. [cit. 2024-01-31].

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. Abstinenční syndrom. Online. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/abstinenčni-syndrom>. [cit. 2024-01-21].

VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKO, Ján. PSYCHICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI NA KANABINOIDECH. Online. Česká a slovenská psychiatrie. 2015, č. 111 (1), Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1002>. [cit. 2024-02-03].

WEEDSHOP. 6 způsobů jak užívat konopí bez kouření. Online. Dostupné z: <https://www.weedshop.cz/blog/6-zpusobu-jak-uzivat-konopi-bez-koureni/>. [cit. 2024-01-31].

WILDOVÁ, Olga. Vyšší škodlivost kouření marihuany oproti tabáku. Online. Medicina. 2022. Dostupné z: <https://medicina.cz/clanky/14376/34/Vyssi-skodlivost-koureni-marihuany-oproti-tabaku-pruzkum/>. [cit. 2024-02-03].

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Užívání marihuany má zřejmě větší dopad na mozky dospívajících než alkohol, poukázala studie. Online. 2018. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/uzivani-marihuany-ma-zrejme-vetsi-dopad-mozky-dospivajicich-nez-alkohol-poukazala-studie/>. [cit. 2024-01-31].

## **Přednášky:**

KRAUS, Blahoslav. *Závislosti* [přednáška]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 14.11.2022

## Přílohy

Přepis rozhovoru s informantkou č.1

**T: V kolika letech ti začaly problémy s příjmem potravy a co tomu předcházelo?**

*I: Řekla bych kolem třinácti, čtrnácti, i když nějaký problematický vzorce tam byly už od předškolního věku a nejvyšší intenzity to dosáhlo asi v devatenácti.*

**T: Jaký typ poruchy příjmu potravy jsi měla a jak se to projevovalo?**

*I: Asi co se v zahraniční psychiatrii označilo jako EDNOS, takže nějaká kombinace anorexie a bulimie.*

**T: To propojení té anorexie a bulimie bylo rozděleno na anorektické a bulimické období?**

*I: Ze začátku tam vždycky byly nějaký cykly, kdy bylo pár dnů, kdy jsem hodně omezila příjem kalorií, abych se nakonec přejedla, dopřála si všechno co jsem si za ty dny odpírala a samozřejmě skrz nějaký pocit provinilosti a selhání jsem se pak naučila zvracet, takže to vždycky byly cykly pár dnů nejedí, pak záchvat přejídání, pak teda záchvat zvracení, a protože jako ta váha sice kmitala pět kilo nahoru, pět kilo dolu, ale furt jsem se držela v nějaká zdravý mezi, tak to nikdy nebylo moc bráno jako problém. Až teda v devatenácti jsem měla pak úplně naplno projevující se anorexii a tam pak šla ta váha kriticky dolu, takže to bylo takový jako období, kdy to bylo takhle hodně specifický.*

**T: To, jak se to projevovalo, tak to si nějakým způsobem řekla, že teda tam bylo hodně omezování potravy, co se týče té anorexie a u té bulimie jsi nějakým způsobem začala zvracet kvůli tomu pocitu viny?**

*I: Ano.*

**T: V kolika letech jsi užila návykovou látku poprvé, a jaký druh to byl?**

*I: Jo, řekla bych, že první návyková látka byl u mě alkohol a kolem dvanáctého roku.*

**T: Užívala jsi pravidelně nějaké návykové látky před tím, než ti začala PPP?**

*I: No, to je otázka, co bereš jako pravidelně, ale občas jsem experimentovala s alkoholem a cigaretami právě před tím propuknutím poruchy příjmu potravy. Ale třeba tak dvakrát za měsíc.*

**T: Jaké tyto návykové látky hrály roli v poruše příjmu potravy ?**

*I: V těch anorektických oknech, v těch dnech, kdy jsem omezovala příjem těch kalorií tak jsem ten alkohol vynechávala, teď teda nemluvím jako když jsem u sebe začala poprvé rozpoznávat ty příznaky té poruchy příjmu potravy, ale spíš až třeba tak kolem patnácti,*

*šestnácti, protože předtím jsem přece jenom byla hodně mlad'oučká. Tak právě v těch anorektických oknech jsem ten alkohol často vynechávala, nebo si na něj udělala místo, abych si i před jeho konzumací zachovala nějaký ten výrazný kalorický deficit. Což vypadalo tak, že jsem třeba několik dní jedla jen velmi málo nebo jako skoro vůbec, když jsem věděla, že budu pít a taky jsem to někdy s tím alkoholem přehnala a pod jeho vlivem jsem se přejedla, což právě vedlo k překlopení toho anorektického okna do toho bulimického*

**T: Měnilo se užívání návykových látek v anorektickém a bulimickém období?**

*I: Řekla bych, že asi jo. V bulimickém období u mě jel hodně alkohol a taky marihuana. Marihuana samozřejmě podporuje chuť k jídlu, takže toho jsem se bála v těch anorektických oknech. V anorektickým období jsem hodně kouřila a taky pila kafe, abych zahnila chuť a utěšila ten kručící žaludek a později jsem taky hodně nadužívala benzodiazepiny, protože ve mně vyvolávaly podobný pocity, jako ten alkohol a samozřejmě se mi u nich líbilo ta absence kalorií.*

**T: Jakým způsobem si se léčila s poruchou příjmu potravy a se závislostí?**

*I: Tak tady je důležitý zmínit, že já se primárně léčila s úzkostmi a depresí, několikrát jsem na to byla i hospitalizovaná a pak se léčila u psychiatra, ale až když jsem začala s individuální terapií, tak se pro mě začalo otevírat to téma závislostí a těch poruch příjmu potravy*

**T: Které metody léčby podle tvého názoru prokázaly nejvyšší účinnost a naopak, které nebyly uspokojujivé?**

*I: No, u mě zafungovala asi nejvíc ta kombinace individuální psychoterapie s farmakologickou léčbou. Když jsem dřív brala a často měnila jenom ty léky právě tak to k ničemu moc nevedlo, stejně jako ty hospitalizace mi jako pomohly překonat nějaký už krizový situace, ale konkrétně u mě s těmi závislostmi nebo s tou poruchou příjmu potravy moc nehly.*

**T: Ty jsi se teda léčila jak ambulantně, tak hospitalizací a mě by zajímalo, jak hodnotíš tu hospitalizaci?**

*I: No, jako těžko vlastně říct jaký tam byl ten hlavní účel. Já jsem tam často byla jenom kvůli přenastavení té farmakologický léčby, ale co musím říct, že teda většinou jsem si tam odnesla ještě horší problém s tou poruchou příjmu potravy. Nevím jako úplně proč, ale vlastně po mé první hospitalizaci v dospělosti, tak právě přišlo hodně dlouhý anorektický období u mě. Kdy teda pak už to bylo takový kritický. Takže asi ty hospitalizace mě v něčem*

*pomohly, ať už teda nějaká medikace nebo pomoc s tou krizí, ale jakoby s tou poruchou příjmu potravy ne.*

**T: Pomohlo ti to třeba jako nějaká částečná abstinence od těch látek?**

*I: Jo, no dá se to tak říct, ale na druhou stranu tam do mě rvali horem dolem benzodiazepiny, takže jako jsem upustila od alkoholu, ale pak právě jsem zase byla hodně na těch benzodiazepinech.*

**T: Jak hodnotíš současný vztah k vlastnímu tělu a postoj k užívání návykových látek?**

*I: Jo, tak já ti nejdřív odpovím na ten vztah k vlastnímu tělu. Pořád se ho tak nějak učím přijmout a mít ho ráda a nelekat se toho, že se občas mění, ale místo toho, že by mělo působit třeba nějakým estetickým dojmem ho beru spíš jako takový stroj, který pro mě pracuje a já ho musím živit. Takže proto se snažím jíst vyváženě, občas to jde, občas ne, ale už to nezabíhá do extrémů, jako kdysi. A co se užívání těch návykových látek týče, tak stále kouřím nebo žvýkám ty nikotinový žvýkačky, ale alkohol jsem musela úplně vyškrtnout z mého života, protože to nedělalo dobrotu. Dokonce zítra to bude přesně rok, co jsem střízlivá.*

**T: V případě zhoršení tvého stavu, podstoupila bys léčbu poruchy příjmu potravy a závislosti znovu?**

*I: Tak já se na terapii stále léčím, stále na ní docházím. Ty prášky, který já, podle mě, musím brát, aby ta chemie v mozku byla optimální, tak je taky stále beru a tím že docházím na tu terapii tak si myslím, že kdyby se můj stav zhoršil tak se to nějak včas podchytí, kdyby to jako bylo nějak neúnosný, tak bych asi souhlasila s nějakou hospitalizací, ale myslím, že by se to podchytilo jako včas, protože jsem v tomhle ohledu taková hlídaná i já sama, jako hlídám sama sebe.*

**T: Byla ti diagnostikovaná případně další psychiatrická diagnóza?**

*I: Ano, úzkostná porucha, kromě ní tam teď nic navíc nemám. V minulosti mi teda na chvíli diagnostikovali hraniční poruchu osobnosti, ale pak jsem šla na nějaký přetestování a úplně mi to vyškrtili.*

**T: Pokud ano, byla tato diagnóza primární nebo přidružená k PPP?**

*I: Myslím si, že jsem tu generalizovanou úzkostnou poruchu měla tak nějak už od dětství a ta porucha příjmu potravy a vlastně i ta závislost vznikla v návaznosti na to spíš.*

**T: Pokud ano, jak tato diagnóza ovlivňovala léčbu PPP a závislosti?**

*I: Mě trvalo hodně dlouhou dobu zvyknout si na to pracovat s lidmi, něco jim o sobě říkat třeba na té terapii, takže samozřejmě ty úzkosti tam hrály nějakou roli. Ale zase na druhou stranu to , že mi tohle bylo diagnostikovaný ta generalizovaná úzkostná porucha tak to bylo vlastně takový klíč k té léčbě té poruchy příjmu potravy i té závislosti na alkoholu. Protože jakmile se u mě začaly zmírňovat ty příznaky té úzkostné poruchy, tak ty trable s jídlem tak nějak jako postupně odeznívaly a pak už jsem měla právě sílu právě opustit i ten alkohol s pomocí té individuální terapie.*

**T: Je ještě něco, co bys chtěla doplnit?**

**I: Ted' mě nic nenapadá.**