

# UNIVERZITA KARLOVA

## 1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Radek Němec**

### **Rozvoj sekundární závislosti v období abstinence z pohledu uživatele**

Development of secondary addiction in the period of abstinence from the user's point  
of view

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Praha, 2021

### **Prohlášení**

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

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

V Praze dne 28.4.2021

Radek Němec

.....

**Identifikační záznam:**

NĚMEC, Radek. *Rozvoj sekundární závislosti v období abstinence z pohledu uživatele.* [Development of secondary addiction in the period of abstinence from the user's point of view]. Praha, 2021. 59 stran, bez příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

### **Poděkování**

Rád bych poděkoval Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D. za odborné vedení, profesionální rady, podporu v nesnázích a drahocenný čas, který mi poskytl při psaní bakalářské práce. Velké poděkování patří samozřejmě také respondentce této bakalářské práce, za její ochotu, upřímnost a otevřenost při účasti v našem výzkumu.

**Abstrakt:**

**Východiska:** Léčba závislosti bývá v období abstinence od primární drogy relativně často komplikována rozvojem sekundární závislosti. Pochopení opakujícího se vzorce chování takto závislého jedince na teoretické úrovni podporuje jednotnou teorii závislosti a z praktického hlediska může představovat účinnou pomoc a naději pro závislé. Přesmyk závislosti z jednoho závislostního chování do jiného závislostního chování není dosud teoreticky dostatečně popsán.

**Cíl:** Cílem výzkumu je popsat rozvoj sekundární závislosti v období abstinence z pohledu uživatele. Zda a za jakých okolností vnímá nastupující závislostní chování. Jaké jsou příčiny rozvoje a jak podobné je nastupující chování s primární diagnostikovanou závislostí.

**Metody:** Jedná se o případovou studii jediné účelově vybrané osoby, u níž se rozvinula sekundární závislost po překonání primární závislosti. Data byla tvořena narativním nestrukturovaným rozhovorem (životní příběh), systematizována a následně interpretována dle dostupné odborné literatury.

**Výsledky:** Bakalářská práce nám zmapovala pomocí respondentky vývoj jejího závislostního chování, které nastupuje po abstinenci. Výsledky směřují k odborným poznatkům v literatuře, kdy za vznik závislostního chování dle bio-psycho-sociálního modelu je převážně zodpovědná psychická a sociální oblast jejího života. Především v dětství a při budování vlastní identity. Respondentka vnímá plně svůj problém při každodenních životních situacích. Je si vědoma příčin vzniku závislosti, které podnítil nedostatečný attachment v jejím životě, slabé protektivní faktory a nenasycené dětské potřeby. Nastupující závislostní chování v podobě ortorexie, ale i minulé závislostní vztahy mají velmi podobné výsledky diagnostiky, které měla její pervitinová závislost.

**Závěr:** Bakalářská práce mapuje a popisuje problematiku přesmyku závislostního chování z pohledu abstinujícího uživatele, který vstupuje do následujícího závislostního chování, kdy se objevuje toto chování v jiné formě. Zdůrazňuje vývoj závislosti a její příčiny, které se objevují v ranném dospívání, kdy se formuje vnímání a prožívání jedince. Toto téma vnímáme jako velmi důležité z pohledu jednotlivce, protože závislost vstupuje do života jako důsledek něčeho. To by zasluhovalo větší pozornost a časový prostor pro jednotlivce, kteří si neprošli ideální a zdravou etapou dospívání. Tak aby se následně závislost neobjevovala v jiných formách u abstinujících jedinců.

**Klíčová slova:** abstinence - bažení – sekundární – závislost – prevence – přesmyk závislosti

**Abstract:**

**Background:** Treatment of addiction during the period of abstinence from the primary drug is often complicated by the development of secondary addiction. Understanding the recurring pattern of behavior of such an addicted individual on a theoretical level supports a unified theory of addiction and from a practical point of view can represent effective help and hope for addicts. The shift of addiction from one behavior addiction to another one is not yet theoretically sufficiently described.

**Aims:** The aim of the research is to describe the development of secondary addiction in the period of abstinence from the user's point of view. Whether and under what circumstances he perceives the onset of addictive behavior. What are the causes of development and how similar is the onset of behavior with the primary diagnosed addiction.

**Methods:** This is a case study of a single purposefully selected person who developed secondary addiction after overcoming primary addiction. The data were created by a narrative unstructured interview (life story), systematized and subsequently interpreted according to the available professional literature.

**Results:** The Thesis mapped the use of respondent development of their addictive behavior, which begins after abstinence. The results lead to professional knowledge in the literature, where the psychological and social area of his life is mainly responsible for the emergence of addictive behavior according to the bio-psycho-social model. Especially in childhood and in building one's own identity. The respondent fully perceives his problem in everyday life situations. He is aware of the advent of addictions, which encourage insufficient attachment in life, weak protective factors and unsaturated children's needs. The onset of addictive behavior in the form of orthorexia, as well as past addiction relationships, have a very similar diagnosis to her methamphetamine addiction.

**Conclusion:** The Thesis describes the issue of shift addiction behavior from the perspective of an abstinent user who enters the following addiction behavior, when this behavior appears in another form. It emphasizes the development of addiction and its causes, which appear in early adolescence, when the perception and experience of the individual is formed. We perceive this topic as very important from the individual's point of view, because addiction enters life as a consequence of something. This would deserve more attention and time for individuals who have not gone through an ideal and healthy stage of adolescence. So that the addiction does not subsequently appear in other forms in abstinent individuals.

**Key words:** abstinence – craving – secondar – addiction – prevention - shift of addiction object,



## **OBSAH**

1	Úvod.....	12
2	Teoretická část .....	14
2.1	Definice závislosti .....	14
2.2	Znaky závislosti.....	14
2.3	Teorie závislosti .....	16
3	Přehled návykových látek a závislostí.....	16
3.1	Látkové závislosti.....	17
3.2	Nelátkové závislosti .....	19
4	Vznik a vývoj závislosti .....	23
4.1.1	Biologické faktory .....	23
4.1.2	Psychologické faktory.....	24
4.1.3	Sociální faktory .....	24
4.2	Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku.....	24
4.2.1	Rodinné faktory .....	24
4.2.2	Psychologické faktory.....	26
4.3	Rizikové činitele užívání.....	28
4.4	Přechod mezi drogovou závislostí a závislostním chováním .....	29
5	Relaps.....	30
6	Osobnost – poruchy osobnosti.....	32
6.1	Definice .....	32
6.2	Osobnostní rysy.....	32
6.3	Poruchy osobnosti .....	32
7	Ortorexie .....	35

8	Výzkumná část.....	36
8.1	Cíle výzkumu a metodika.....	36
8.2	Etika výzkumu.....	36
8.3	Výzkumný soubor .....	37
8.4	Výzkumné metody, metodika .....	37
9	Interpretace výsledného šetření .....	38
9.1	Osobní anamnéza .....	38
9.2	Rodinná anamnéza .....	41
9.2.1	Rodinní členové .....	41
9.2.2	Rodinné prostředí.....	43
9.3	Zdravotní anamnéza .....	43
9.4	Sociální anamnéza.....	43
9.5	Drogová anamnéza.....	44
9.6	Léčebná anamnéza .....	46
10	Vyhodnocení stanovených cílů.....	47
10.1.1	Vzniká u abstinujícího uživatele sekundární závislost? Pokud ano, jak ji lze charakterizovat z hlediska dynamiky, jejího objektu, projevů a důsledků? .....	47
10.1.2	Za jakých okolností si postižený rozvoj sekundární závislosti uvědomuje a jakým způsobem s ní pracuje?.....	50
10.1.3	Jaké příčiny rozvoje sekundární závislosti postižený udává?.....	50
10.1.4	Jaký vliv na sekundární závislost měla rodina, případně rodinné prostředí? .....	51
10.1.5	Jaké životní události považujete za klíčové v rozvoji Vaší závislosti? Spojujete tyto momenty/tento moment s následnou závislostí?.....	51
10.1.6	Jaké charakteristiky momentálního závislostního chování jsou z hlediska diagnostiky shodné se závislostním chováním primárním? .....	51

10.1.7	Je možné identifikovat nějaká protektivní opatření či faktory, případně jaké? .....	52
11	Diskuze a závěr .....	52
11.1	Diskuze.....	52
11.2	Závěr.....	55
12	Seznam použité literatury .....	56

# 1 Úvod

Tato bakalářská práce se věnuje tématu sekundární závislosti, respektive tématu náhradní drogy. Věnuje se rozvoji závislostního či návykového chování po překonané primární závislosti. Tato problematika, kterou můžeme nazývat přesmykem závislosti je v literatuře zmiňována, ale ne dopodrobna popsána. Nevíme toho mnoho tedy ani o prevalenci. Sama o sobě by zasluhovala větší prostor pro výzkumné šetření. My se alespoň pokoušíme danou oblast popsat touto bakalářskou prací, pomocí případové studie. Ta vychází ze zkušeností respondentky, která si závislostí prošla a tedy ví, jaké má dopady a důsledky primární závislost. Sledujeme respondentův následný stav, kdy nás zajímá, jestli závislostní chování vymizelo nebo jej respondent vnímá v jiné části života a vytvořil si nové závislostní chování. To by znamenalo, že se závislost přesunula do jiného aspektu v životě, vyústěním může být závislost látková či nelátková. Návykové chování, které respondent vnímá v naprosto jiné podobě.

V této práci ji chceme identifikovat a porozumět, zda ji lze uchopit z hlediska dynamiky, projevu a důsledků. Zda ji respondentka vnímá. Tedy jak velké je uvědomění respondentky na její chování. Při jakých okolnostech si toto návykové chování respondent uvědomuje, případně jak s ním pracuje. To vše v závislosti na příčinách, které odrývají vznik této sekundární závislosti. Postupně budeme odkrývat činitele vzniku závislosti, příčiny, které se odráží jak v primární, tak sekundární závislosti.

Práce je formována do dvou částí, kdy v první části, která je teoretická, se věnujeme pojmu závislosti v obecné rovině a seznámíme se s teorií závislosti či s diagnostikou závislosti. Výčet mnohých druhů závislostí rozdělíme na látkové závislosti a závislostní chování. V závěru se věnujeme problematice osobnosti, která je úzce spjata se závislostí. Poruchy osobnosti bývají velkým činitelem ve vzniku závislostního chování.

V praktické, tedy empirické části se věnujeme případové práci, která nám transparentně ukáže výsledky našich stanovených cílů. Popisujeme z pohledu respondentky její anamnézy, které nám odhalují její příběh a její životní cestu. Pojmenováváme tedy nově vzniklé závislostní chování, které se odvíjelo od primární závislosti. Metodu sběru dat jsme zvolili narativní rozhovor, tedy nestrukturované interview. Byly dodrženy všechny etické zásady, které podléhají přísným kritériím výzkumu a ochraně osobních údajů. Použitá diagnostická tvrzení jsou odvozeny z teoretické části, která podepírá závěry ve výzkumné práci.

Díky této bakalářské práci bychom chtěli poukázat na proces závislostního chování, který většinou bývá důsledkem a ne příčinou. Je tedy důležité se zaměřit na vznik závislosti a všechny důvody či faktory, které předcházejí vzniku primární závislosti. Ty následně mohou stále v jedinci přetrvávat a podněcují tak nová ohniska pro nová závislostní chování v jiných podobách.

## 2 Teoretická část

Vzhledem k problematice bakalářské práce budeme nejprve pracovat s určitými pojmy, pro lepší uchopení daného tématu. Projdeme základní pojmy, kterými jsou například stručné rozdělení drog, znaky závislosti, tak se samozřejmě dotkneme základů, jako jsou definice závislosti či jak se závislost vyznačuje.

### 2.1 Definice závislosti

Stav závislosti je vyvozen z opakujícího se užívání drogy, která je návyková. Zde se objevují změny v prožívání a chování. Nekončící nutkání uživatele látku či chování opakovat. Můžeme tento jev rozdělit na dva, tím je myšlena *závislost psychická* či *závislost fyzická*. To je klasické rozdělení, kdy *závislost psychická* funguje na bázi potřeby, kdy jedinec neví, co si v životě počít. Její odvykací stav nemá tělesné známky. V případě *fyzické závislosti* je situace opačná, tělo si drogu žádá vzhledem k jejím abstinčním příznakům. Ty se projevují různými příznaky, v okolnostech, o kterých drogách mluvíme. K tomu se ještě přiblížíme v nadcházejících částech v detailně popsaných variantách drog. (Nešpor, 2011)

Formálně Nešpor (2011) poukazuje na definici závislosti dle MKN – 10, tedy Mezinárodní klasifikaci nemocí. Její definice, kterou Nešpor (2011) vzápětí demonstruje, zní takto: „*Syndrom závislosti: Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.*“

Své místo mají závislosti v MKN-10. Zde spadají do tabulky duševních poruch a poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). Zde působí jako odměny na biochemické úrovni. To způsobuje zvyk a návykové chování, které nemusejí ovšem způsobit všechny látky. Primární roli hraje bažení neboli craving (Raboch & Zvolský, 2001).

### 2.2 Znaky závislosti

Při vytváření diagnostiky je většinou použita metoda výskytu alespoň tři jevů z následujících šesti. A to konkrétně v období jednoho roku. Jsou jimi *velká touha a pocit*

*puzení látku užívat*. Na to navazuje druhý jev *problémy v kontrole užívání látky*. Zde je definováno, pokud jde o začátek či ukončení a množství látky. *Somatický odvykací stav*, o kterém jsme se zmiňovali výše. *Zvětšení tolerance*, klasicky opětovné zvětšování množství, se záměrem vyvolat účinky, které dřív vyvolaly menší dávky. *Zanedbávání jiných potěšení a zájmů*, které jde na úkor užívané látky. *Stálé užívání a pokračování*, i přes všechny známky škodlivosti užívání či provozování. (Kalina et al., 2015)

To je ve stručnosti šest základních jevů, dle kterých se diagnostikuje závislost, respektive **syndrom závislosti**, při výskytu alespoň tři znaků za rok. Nyní se na ně zaměříme trochu konkrétněji.

### **Touha a pocit puzení látku užívat**

Zde se aktivují určité části mozku, například jako limbický systém, mozeček či amygdala. Paměť se postupně oslabuje a zvyšuje se čas reakcí. To může znamenat i horší reakční schopnosti, které jsou důležité například u řízení. Tepová frekvence má stoupající tendenci. Projevy, které se mohou podobat projevům stresovým. To také znamená, že se zhoršují rozhodovací funkce.

### **Problém s kontrolou užívání**

Tento druhý znak souvisí se znakem předešlým. Toto zhoršené sebeovládání se primárně týká chování. Jedinec si špatně uvědomuje sám sebe a svoje emoce, zhoršená seberegulace. Je zde velmi užitečné se naučit vnímat své tělo, psychiku a své emoce. Nepomáhá zde kombinace závislostí, například závislost na heroinu v kombinaci s alkoholem. Toto zhoršené sebeovládání není dobré popírat či potlačovat, to může oslabit sebeovládání daleko více. Pro zlepšení se uvádí například psychoterapie, relaxace nebo meditace.

### **Somatický odvykací stav**

U somatického odvykacího stavu se splňují další konkrétní kritéria, která se definují dle těchto specifíků. *Nedávné vysazení či redukce látky*, a to hlavně po dlouhodobém užívání. *Příznaky jsou v souladu se stanovenými příznaky, konkrétních odvykacích syndromů* a jako poslední kritérium jsou *příznaky, které nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky*. Tedy nelze je lépe vysvětlit jinou psychickou či behaviorální poruchou. Mohli bychom napsat zde diagnostická kritéria pro některé odvykací syndromy, ale pro jejich různorodost a velkou škálu se jim nebudeme dopodrobna věnovat.

### **Rostoucí tolerance**

Narůstající tolerance znamená, že k dosažení stejného účinku, ke kterému stačila menší dávka, je zapotřebí dávka větší. Respektive stejná dávka znamená snižující účinek.

### **Zanedbávání potěšení a jiných zájmů**

Volný čas nahrazují aktivity spojené s návykovým chováním či závislostí. Ať už získávání či užívání.

### **Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků**

Důležitý aspekt tohoto jevu je v informovanosti, že dané chování je nebezpečné a ohrožuje zdraví. Například při stálém užívání alkoholu i přes varování, že mohou být poškozeny játra.

Těchto šest znaků popsal Nešpor (2011) dle definice MKN – 10.

## **2.3 Teorie závislosti**

Pojem závislost v proudu času podléhá změnám a formuje se. V určitých místech na světě mohou být teorie oblíbenější a jiné méně oblíbené. Zde je důležité, kde se diagnostikovaný nachází, v jaké instituci či organizaci. My si teoreticky ukážeme pouze model bio-psycho-sociální, který můžeme označit pro nás jako nejdůležitější a nejaktuálnější, jelikož se dle něj nejčastěji řídíme v praxi.

### **Bio-psycho-sociální model**

Tento komplexní přístup k závislosti vychází z pojetí člověka jako kompletní osoby, který sleduje u daného jedince dopad biologických faktorů na psychologické aspekty a zároveň na sociální aspekty v průběhu jeho života.

Prolíná vznik závislostního chování, setrvání v něm a rozhodnutí pro abstinenci. Na všechny tři faktory můžeme pohlížet konkrétněji jakožto na stránku biologickou, kdy sledujeme například poškození nitroděložní, povahové vlastnosti či rozdíly. Na psychologické a sociální faktory pohlížíme v interakci jedince v prostředí rodinném, školním, pracovním nebo vrstevnickém (Miller, 2011)

## **3 Přehled návykových látek a závislosti**

Rozdělení drog je všeobecně velký fenomén, kdy drogy rozdělujeme na *tlumivé látky*, *psychomotorická stimulantia*, *halucinogeny*. Jejich vlastnosti mohou být spojené s psychotropním efektem či závislostním potencionálem. *Tlumivé látky* obecně zpomalují psychomotorické tempo. V menších dávkách to znamená, že uklidňují. S vyšším dávkováním



přichází spánek či v krajním případě selhání životních funkcí. Psychomotorická stimulancia umí odstranit únavu a navodit pocit nabuzení. Halucinogeny mění vnímání od menších změn jako jsou zaostření, až po stavy, které mohou připomínat schizofrenii (Kalina et al., 2015). Dovolit si můžeme rozdělení na *měkké a tvrdé* nebo *látkové a nelátkové*. To vše ale není tolik podstatné, my si pro lepší přehled ukážeme průřez látkami a návykovým chováním, se kterými se nejčastěji setkáváme. A stručně si je představíme. Rozdělení uvedeme na látkové a nelátkové.

### **3.1 Látkové závislosti**

#### **Alkohol**

Odborně chemicky etylalkohol, kdy etanol vzniká kvašením cukrů. Již od nepaměti známá látka pro svět. Společně s nikotinem ji považujeme za látku legální. Již WHO stanovila pro jedince závislého na alkoholu definici, kde se uvádí, že tento člověk je v takovém stupni rizika, že mu to působí viditelné poruchy a újmy v životě sociálním, respektive společenském. A také zasahuje oblast tělesného a duševního zdraví (Nešpor K., Marhounová J., 1995).

#### **Opioidy a opiáty**

Tlumivé látky, euforické stavy. Tak lze popsat tyto látky, které mohou být syntetické či polosyntetické. Jejich formy mohou být různorodé, forma tablet, prášku či roztoků do injekcí. Z toho vyplývá, že se mohou užívat vpichem nitrožilně, šňupáním a inhalací. Vyvolávají psychickou i fyzickou závislost. (Hajný, 2011)

Nejznámější z nich jsou heroin, braun, metadon, buprenorphin. Heroin se v 19. století začal prodávat jako lék proti kašli a také, jako náhrada a alternativa k morfinu. Velké úskalí je v jeho rychlém poklesu tolerance při abstinenci. Vytváří proto velké riziko pro následovné užití, a tudíž předávkování a ohrožení na životě (Kotulán, 2012).

#### **Konopné drogy**

Přírodní drogy s halucinogenním účinkem. Užívá se převážně kouřením případně vaporizací. Účinek se dostavuje prakticky ihned během 20 minut, s klesající tendencí do 3 hodin. Zástupci této skupiny látek jsou *marihuana, hašiš a hašišový olej* (Kalina et al., 2015).

#### **Halucinogeny**

Tvoří je přírodní a syntetické látky, které mění vnímání od zaostření po halucinace. Mezi přírodní halucinogenní látky patří *psilocybin, meskalin, atropin a skopolamin* (durman,

blín). Přírodní látky, ale již dokážeme nahradit syntetickými látkami, které byly vytvořeny již v minulém století, jedná se konkrétně o *LSD*, *PCP*, *ketamin* (Kalina et al., 2015).

Jak uvádí Miovský (1996) průběh intoxikace je specifický, kdy somatické změny přicházejí jako první, pocity vln, které probíhají tělem. Délku intoxikace stanovuje na zhruba 4–6 hodin. Následují psychické známky intoxikace. Bere velký zřetel na nastavení a momentální pohodu jedince před užitím, jelikož jeho chování a jednání jsou zesíleny pomocí látky. Které se formovalo již dávno před užitím a intoxikací. Jako další pojítka uvádí vztah k lidem, se kterými užívá látku. To jde ruku v ruce se settingem, který jedinec v danou chvíli má. V neposlední řadě hraje velkou roli očekávání od navozeného stavu a celkově stavu po užití drogy.

### **Psychomotorická stimulancia**

Látky povzbuzující celkový organismus. Zvyšují psychický i tělesný výkon jedince. Zvedá se hladina biogenních aminů, těmi jsou serotonin, dopamin či noradrenalin. Mezi nejznámější látky patří *amfetamin*, *metamfetamin*, *MDMA* nebo *kokain*. Nejrozšířenější látkou v ČR je *metamfetamin* (*pervitin*). Zde se počítá s přibližně 20 500 užívajících osob. Užívání *kokainu* není v ČR tolik rozšířené (Kalina et al., 2015).

### **Těkavé látky**

Chemické látky, které mají společnou vlast, že rozpouštějí tuky a lipoidní látky. Mají narkotický účinek a jejich zástupce jsou *toulen*, *trichloretylen*, *aceton*, *éter*, *chloroform* a další rozpouštědla či lepidla. Řadíme je mezi doplňkové drogy, které mají tendenci působit spíše experimentálně, proto se s ní setkávají uživatelé jako s drogou iniciační. Nutno dodat, že díky své finanční nenáročnosti bývá viděna převážně u sociálně slabších. Užívá se takřka výhradně inhalací (Kalina et al., 2015).

### **Tabák**

Kouření obsahuje obě závislostní chování, kterými je fyzické a psychosociální. Zde u kuřáků je míra intenzity každé z nich velice různorodá.

Jak již víme, důležitá je spojitost s nikotinovými acetylcholinovými receptory v mozku. Zde nikotin množí tyto receptory a stoupá síla fyzické závislosti. Nedostatek nikotinu vyvolá abstinenní příznaky. Ty jsou u této závislosti craving, nervozita, stres, agrese, podráždění (Králiková & Langrová, 2005)

Králiková (2013) uvádí dvě jednoduché otázky v souvislosti zjištění závislosti jako směrodatné. Jsou jimi: „Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?“ a „Kolik cigaret za den vykouříte?“. Dále se pak může postupovat pro detailnější vyhodnocení pomocí testů, například Fagerstömova.

Psychosociální závislost pojednává o situacích, kdy jedinec má v ruce cigaretu. Vyskytuje se zde velká potřeba ji mít v ruce. Zde je to primárně závislost na konkrétní věci, jakou cigareta je. Nedbá se zde na její účinky. Jsou to naučené vzorce chování, na které se kuřák zaměří a snaží se je změnit či se jich vyvarovat. Cigareta u kávy, cigareta s přáteli apod (Králíková, 2015).

### 3.2 Nelátkové závislosti

Převážně jsme se teď věnovali látkovým závislostem. Ty jsou přehledně a jasně definované v MKN-10 v kategorii Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). Výjimku tvoří patologické hráčství, respektive gamblerství, které je zařazeno v Poruchách osobnosti a chování dospělých, a to konkrétně pod kódem F63.0 jako zmiňované Patologické hráčství.

Je velmi důležité se podívat na nelátkové závislosti jako na faktický problém dnešní doby. Internet, sociální sítě a další, nejsou konkrétní látkou, která způsobuje závislost, je třeba vše brát ze širšího sociálního kontextu. Fenomén dnešní doby, který s nástupem technologií je veliké téma, o kterém je potřeba mluvit. (Lečbých, 2013)

V této kapitole nelátkových závislostí mluvíme o neschopnosti jedince kontrolovat své jednání. Chování je kompulzivní a je v něm pokračováno i přes prokazatelné škodlivé důsledky. To je typické pro látkovou závislost, které mění chemické prostředí v těle natolik, že je to pro jedince příjemné a chování se opakuje, do takové míry, že se vytváří závislost. Především u jedinců méně odolných se vyskytuje ztráta kontroly (Nestler, 2005).

Výše uvedené se nyní vyskytuje i v chování a jednání a v odborné veřejnosti začíná panovat shoda, že se jedná o závislosti, respektive *závislostní chování*. Můžeme zde vyjmenovat například *závislost na internetu, na počítačových hrách, nakupování, sexuální závislost*, nebo jak uvádí Grant (2015) i *opalování*.

Tento výčet závislostního chování je samozřejmě delší, můžeme zde najít závislost na *sociálních sítích, přejídání, nutkavé vytrhávání vlasů, ortorexii – posedlost zdravou výživou, závislost na lásce, závislost na vztahu*. Je zřejmé, že některé patří do impulzivních poruch a některé nejsou diagnostikovány zcela vůbec. Debaty o rozlišení behaviorální závislostí a impulzivní poruchou jsou na poli odborníků stále v hlavní roli debat. Největší podobnost mezi behaviorálními závislostmi a látkovými je viditelná u gamblingu, tedy hráčské poruchy. Má stejné symptomy, jen farmakologie není zde zavedena. Na základě těchto podobností mezi látkovými závislostmi, patologickým hráčstvím a ostatními

behaviorálními závislostmi sestavil Mark M. Griffiths (2005) definici závislosti, která obsahuje šest položek. Konkrétně *salience*, *změny nálad*, *tolerance*, *syndrom odnětí*, *konflikt*, *relaps*.

*Salience* je stav, kdy dané chování či aktivita je pro jedince primární složka života. Přemýšlí nad ní, vykonává ji a podobně.

*Změny nálad* souvisí s prožitky, které má jedinec v souvislosti s účinky daného chování. Zažívá euforii, pocity úlevy.

*Tolerance* je významově stejná, tak jako ji známe. Více aktivity pro stejný účinek jako na začátku.

*Syndrom z odnětí* zahrnuje podráždění, úzkostné stavy, vztek, agrese. Zde je absence fyzických abstinčních projevů závislosti.

*Konflikt* se vyskytuje ve dvou rovinách. První je interpersonální, kdy má jedinec problémy v práci nebo ve vztazích. Druhou rovinou je intrapsychické problémy, které pociťuje ve ztrátě kontroly a výčitky svědomí.

*Relaps* je návrat do starých kolejí v chování či užívání po abstinenci.

Pokud chování dosahuje výše zmíněných bodů, lze jej považovat za závislostní. Pokud se nevyskytuje bod *konflikt*, je třeba jej považovat za excesivní chování. Nicméně je tento model považován za jeden z vlivnějších k behaviorálním závislostem, tvoří tak základ pro diagnostiku, se kterou budeme pracovat i my v této práci. Jako společného jmenovatel můžeme označit také *craving*, ten se vyskytuje u látkových i nelátkových závislostí ve velké míře. Nutkavé užívání a regulace emocí (Blinka, 2015).

Zda a do jaké míry se definice a diagnostikování nelátkových závislostí posune je otázkou pro budoucnost. My zde nejsme pro to, abychom stanovili, jestli jsou nebo nejsou právoplatným zástupcem závislostí. A pro velkou škálu různých označení jakými jsou například, *nechemické závislosti*, *nedrogové závislosti*, *závislosti bez substance* nebo *závislosti na procesech*. Stále budeme mluvit o jednom a totéž.

Vacek & Vondráčková (2015) se přehledně věnují tomuto tématu a ilustrují tabulku porovnání diagnostických kritérií. Se kterou budeme dále pracovat, konkrétně s jejími diagnostickými kritérii v praktické části této práce. Pro orientaci ji zde uvádíme celou.

Tabulka 1 - Porovnání diagnostických kritérií závislostního chování

Autor a počet projevů pro stanovení diagnózy	Sussman, Sussman (2011) (všech pět projevů)	Griffiths (1996) (všech šest projevů)	MKN-10 (tři a více projevů)	DSM-5 (dva až tři mírná, čtyři až pět střední, šest a více silná závislost)
1. kritérium	Výskyt chování zaměřeného na dosažení uspokojení			
2. kritérium			Silná touha nebo nutkání užít látku	Bažení – naléhavá potřeba a nutkání k užití substance
3. kritérium	Dosahování dočasného uspokojení	Změna nálady v důsledku zahájení určité aktivity, která má především charakter zvládací strategie		
4. kritérium	Zaujetí chováním zaměřeným na dosažení uspokojení	Význačnost (určitá aktivita se stane nejdůležitější aktivitou v životě jedince a dominuje v jeho myšlení, pocitech a chování)	Zaujetí užíváním látky, projevující se narůstající redukcí jiných zálib a zájmů, zvýšením množství času nutného k získání látky nebo zotavení se z jejich účinku	Mnoho času je stráveno získáváním, užíváním nebo zotavováním se z účinku substance
5. kritérium	Ztráta kontroly	Relaps	Potíže v kontrole užívání látky	Užívání většího množství, než bylo zamýšleno. Přání a neúspěšná snaha omezit nebo přerušit užívání
6. kritérium	Zažívání negativních dopadů	Interpersonální nebo intrapersonální konflikt	Pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků	Nezvládnutí pracovních, domácích či školních povinností. Užívání navzdory povědomí o tom, že užívání zhoršuje či způsobuje somatické nebo psychické problémy
7. kritérium		Tolerance	Zvýšená tolerance k účinku látky	Tolerance – potřeba zvyšování množství pro dosažení požadovaného účinku
8. kritérium		Abstinenční příznaky	Somatický odvykací stav nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky	Rozvinutí odvykacích příznaků, které mohou být redukovány dalším užitím substance

Vacek & Vondráčková (2015) se věnují dále společným znakům látkových a nelátkových závislostí. Klinická pozorování i experimenty ukazují a potvrzují, že mají společné znaky. Tyto znaky můžeme rozdělit do čtyř základních oblastí.

### **Genetické charakteristiky**

Doposud nebylo realizováno mnoho výzkumů. Z toho, co bylo provedeno lze říci, že vykazují společný genetický základ pro látkové a nelátkové závislosti. Byla provedena studie dvojčat, kde se prokázalo, že dvojčata patologických hráčů trpí častěji některou závislostí bez ohledu na to, zda spolu vyrůstala. V malých rodinných studiích, kde se vyskytovaly diagnózy patologického hráčství, kleptomani nebo oniomanie se zjistilo, že příbuzenstvo v prvním stupni se výrazně liší v prevalenci látkových závislostí, a to směrem k vyššímu potenciálu. Takové výsledky má i molekulární genetické studie, které se snaží rozpoznat na genetické úrovni konkrétní geny, které zodpovídají za závislost.

### **Neurobiologické charakteristiky**

Výzkumy prokazují, že návykové látky i smyslové percepce s chováním stimulují v mozku systém odměn, kterému vděčíme za stálost a vývoj v závislosti či závislostním chování. Máme několik neurotransmiterových systémů. Primární roli na regulaci odměňování má dopaminergní a endogenní opiátový systém. Z toho plyne, že jak psychoaktivní látky nebo závislostní chování aktivují tyto systémy mozku.

### **Osobnostní charakteristiky**

Stejně osobnostní charakteristiky najdeme u lidí závislých na návykových látkách společně s lidmi závislými na procesech. Někteří autoři hovoří o takzvaném *závislostním profilu osobnosti* nebo *osobnosti se sklony k závislosti*. Mezi konkrétní charakteristiky, které jsou společné patří impulzivita, hledání nového a disinhibovanost. *Impulzivita* je chování, které je často neracionální a chybí mu rozumová složka. Pohnutí je emoční nebo pudová. Postrádá také smysl a cíl. *Vyhledávání nového* a objevování patří k výstřednímu chování a touhy vnímat více vzruchů a podnětů k uspokojení. *Disinhibovanost* má silný hédonický rozměr.

### **Klinické charakteristiky**

Podobnost je stejná jak u vývoje závislosti, tak u průběhu a u samotných projevů závislosti. Nejčastější začátek je v období adolescence a rané dospělosti. Typické pro obě závislosti jsou chvíle napětí a vzrušení před samotným užitím nebo začátkem aktivity. Pokud nastane emoční dysregulace, nastává bažení. Jak již je zmíněno výše, v případě nelátkové závislosti nedochází k fyziologickým projevům abstinenčních příznaků jako je to typické u látkové závislosti. Velice podobné je prožívání v právě intoxikované chvíli,

ať to je látkou či behaviorálně. My tak můžeme popsat dva stavy mysli. První stav je *pohlčení*, jedinec je pohlčen a vnímá svou pozornost jen objektu. Druhý stav je *plynutí*, ponoření do určité činnosti, kde se vše ostatní stává nedůležitým (Vacek & Vondráčková, 2015).

## 4 Vznik a vývoj závislosti

Příčiny vzniku závislostního chování nebo závislosti nelze specifikovat konkrétně. Nelze dát jednoznačný důkaz konkrétnímu činiteli. Na závislost se proto díváme jako na komplexní záležitost a problematiku, kde může hrát roli více faktorů. Vrozené dispozice, psychologické problémy, sociální život a vývoj (Kudrle, 2013).

Můžeme se také na vznik závislosti dívat optikou různých teorií. Pro zajímavost jich zde pár uvedeme.

Skála (1988) uvádí, že drogou nebo závislostním chováním jsou ohroženi ti, kteří se zdají být nevyrovnaní, neuspokojeni, nešťastní, ale naprosto bez jakékoliv snahy vynaložit větší míru úsilí pro změnu v životě.

Rotgers (1999) uvádí modely predispozice k závislosti. Odvíjí se od biologické odlišnosti, která předchází ještě prvnímu užití drogy. Modely uvádí tři. První *model genetické determinace* považuje závislost za čistě genetickou záležitost. Počítá s variantou, že každá závislost má svůj gen. Druhý *model genetického vlivu* zahrnuje mnohočetné biologické faktory společně s faktory psychosociálního prostředí. Ani jeden samostatně nestačí pro vznik závislosti, dokud nenastane spojení obou. Třetí *model kombinované genetické determinace* počítá s různými etiologickými teoriemi.

Je možné se dívat mnoha pohledy na vznik a rozvoj závislosti, teorií bylo napsáno nesčetně. My se podíváme na různé faktory, které mohly ovlivnit vznik závislosti.

### 4.1.1 Biologické faktory

Poukazuje na vznik závislosti v důsledku genetické predispozice pro neuromediátorové nastavení. Objevuje se snížená citlivost na přirozené zdroje odměny. Snížená aktivace prefrontální oblasti mozkové kůry. To má za následek ztrátu kontroly a ovládnutí (Kalina, 2019).

### **4.1.2 Psychologické faktory**

Psychologické faktory sahají až do období prenatálního vývoje dítěte. Zde ale považujeme za ještě důležitější období raného vývoje. Uspokojování dětských potřeb je klíčové pro správný a zdravý vývoj jedince. Při narušení tohoto vývoje je velké riziko v rizikovém období dospívání, které je jako druhé po raném vývoji důležité. Zde se budují hranice a hledání osobní identity (Kudrle, 2003).

To potvrzuje i Kalina (2019), který uvádí, že málo vyspělá adaptivní osobnost, která působí zranitelně má velké problémy v období puberty a adolescence.

### **4.1.3 Sociální faktory**

Samotné soužití s uživatelem návykových látek můžeme označit za velice rizikové. Pokud se v domácnosti vyskytuje jedinec s tímto problémem, je takové chování normou. Bydlení s tímto jedincem je pak vedeno na úrovni zneužívání jak emočně, tak fyzicky (Kalina, 2019).

Za sociální faktory dále považujeme *etnickou příslušnost, společenský status, rodinné prostředí, školní prostředí a mnoho dalších*.

Kolektiv vrstevníků ovlivňuje jedince do velké míry. Volnočasové aktivity jsou ostatně i předmětem primární prevence, kdy se zaměřuje na protektivní faktory (Kudrle, 2003).

Neméně důležitým faktorem v sociální sféře je vliv médií a technologií, které každodenně vystavuje jedince informacím a iluzi o světě. To může vyvolat tlak a stres (McGregor, 2017).

## **4.2 Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku**

Výše jsou stručně popsány faktory pohybující se kolem vzniku a vývoje závislosti. Nyní se ještě prostřednictvím Hajného (2015) podíváme korektněji na problematiku rodiny a její role při vzniku závislosti, společně s psychologickými faktory.

### **4.2.1 Rodinné faktory**

Rodinu jako činitele pro vznik závislosti uvádíme jako jednoho z hlavních faktorů. Není to izolovaný vztah v životě jedince, ale systémový vztah v celkovém životě jedince. Může se stát, že domácnost jakožto takovou začne vést žena, například z důvodů, že muž popíjí při své zábavě nebo hobby aktivitě, a tudíž zanedbává své povinnosti v rodině. Zde nastává po určité době začarovaný kruh, kde jsou na prvním místě hádky a výčitky. Zde může



nastat výměna rolí otce za syna, respektive ze syna se stane otec. Tento vzorec je nechtěným, ale konstantně upevňujícím vzorcem chování pro mladého jedince. To vše s absencí separačního vývoje syna od své rodiny. Přijímá zodpovědnost za nálady matky a neschopnost otce. Následně tak můžeme ve svém životě opakovat vzorce a vybírat si tak potencionální partnerku. Vytváří se tím emocionální zátěž a nesnadné vytváření zdravé mužské identity. Vše to jsou rizikové faktory, které mohou vést k závislostnímu chování. Někdy tomuto přístupu říkáme *model nemoci rodiny*.

Dalším pojmem v této problematice je *spoluzávislost*. Tento termín charakterizuje postoje a chování členů rodiny u závislých osob. Transparentně či skrytě udržují závislostní chování člena rodiny. Tyto vzorce rysů tvoří například přebírání zodpovědnosti za uspokojení potřeb druhé osoby, to znamená, že potřeby daného jedince jdou stranou. Vypjaté vztahy mezi generacemi či nedefinování hranic. Potlačení sebeúcty kvůli přehnané kontrole ostatních. Zde se vytváří takzvané *falešné Já*, které vede k tomu, že pozornost jedince je zaměřena na uspokojování potřeb druhých a na jejich hodnocení. Můžeme tedy *spoluzávislost* označit jako souhrn pohnutek, postojů, komunikace a chování, kterým rodina, rodinní příslušníci závislost podporují, rozvíjejí nebo sabotují a zlehčují situaci.

Odlíšný motiv může nastat, pokud se dospívající jedinec snaží odpoutat od rodiny. Vytvořit si vlastní identitu. Zde jsou zapotřebí tři podmínky pro zdravou separaci. Jedinec musí vědět, že jeho odchod nebude emočně použit proti němu, formou zrady nebo odmítnutí. Nelze jedince, který opustí domov vydírat a poskytovali tak úrodnou půdu pro vznik závislosti. Další podmínkou je odchod bez konfliktů, které by znamenaly zavržení a zklamání. Konflikt by měl být otevřený a zvládnutý. Křehká psychická odolnost vůči konfliktům je takřka pravidlem u osob závislých. Poslední podmínkou je chuť objevovat a poznávat nové věci, mít zodpovědnost za své činy, vztahy a povinnosti. Nemělo by se jednat o motivy opuštění kvůli pomstě, útěku či vydírání.

Dalším faktorem v rodinné problematice je vztah dítěte a matky. Zde je uváděn častý termín *hyperprotektivní matka*, který označuje osobnost matky za přespříliš pečující a ochrannou. Citově závislá na dítěti, na úkor svých zájmů a potřeb. Vytváří se vzájemná závislost a následně je skoro nemožné se separovat z takto vytvořeného vztahu. Je třeba ale k tomuto fenoménu přistupovat kriticky a nestigmatizovat jej. Vnímat ho v celkovém kontextu případu v širších souvislostech. Pokud takové situace nastanou je třeba aby se rodiče věnovali svému životu a zájmům. Pokud tak neučiní nastává situace, že se otec stáhne do ústraní. Partnerský vztah stagnuje a neposouvá se. Žena pak má tendence neúspěšnými pokusy vrátit vše do starých kolejí, tím však nepodporuje separaci a osamostatnění dítěte.

Jakou roli hrají v této problematice otcové? Ti mají, tendenci v rodinách fungovat tvrdě, dominantně a nevhodně prosazovat své zájmy a výchovné tendence. To pro dítě není ukázkou bezpečného vztahu. Tato tvrdost bývá pak projektována v kladení velkých nároků na sebe sama. To závislí následně zmírňují nebo odstraňují závislostním chováním. Role otce v problematice závislosti není pod takovým drobnohledem jako role matky s dítětem. Je na ně ale třeba dávat pozor a vnímat je. Otec tedy splňuje různé funkce v rodině a často bývá ten kdo situace v rodině zlehčuje, uklidňuje, přináší humor. Pro dceru bývá prvním mužem v životě, se kterým je emočně spjatá. Dále pak dle něj hodnotí své potencionální partnery i sebe samu. Synovi otec bývá průvodcem ve světě mužů.

Dalšími faktory v rodině jsou chaoticky či špatně vymezené vztahy mezi generacemi nebo jeden či více závislých členů v rodině. Mezi typické znaky v rodinách patří *nároky na předčasné dospívání, nadměrná volnost ve výchově, manipulativní chování a komunikace, časté a silné pocity viny a studu, dítě jako nástroj k uspokojení potřeb rodičů* (Hajný, in Kalina, 2015).

Charakter rodinného prostředí a povahy závislostního chování propojil Cancrini (1985) a uvedl čtyři typy závislosti. My si je zde uvedeme zjednodušeně pro přehled.

- Závislost jako trauma. Vyskytuje se zde zneužívání, psychické poruchy či nezpracované úmrtí v rodině. Závislost nahrazuje zpracování traumatu.
- Závislost neurotická, která v sobě nese pocity křivdy, viny, problémové vztahy rodičů.
- Závislost na přechodnou dobu. Manipulativní komunikace v rodinách, ve kterých se vyskytuje hraniční porucha osobnosti.
- Sociopatická závislost, která obsahuje lhostejnost, fyzické násilí, agresi, asociální chování v rodinách. Primárním problémem se nejvíce jeví závislost, ale je souběžným problémem životního stylu.

#### **4.2.2 Psychologické faktory**

*Uvíznutí*, tak bylo definováno chápání závislosti v psychoanalýze a navazujících směrech, uvíznutí v raném vývoji dítěte, takzvaná teorie o fixaci v orálním stadiu vývoje. Považuje se, že chování závislého je v mnoha směrech stejné, jako chování dítěte. Odkázání na vnější svět místo aby se postaral o sebe. Závislí má zúžené vnímání světa, kdy nevidí periferně okolnosti své reality, ale je zaměřen pouze na svou základní potřebu. V nynějších výzkumech již nepovažujeme vznik závislosti pouze v orálním stadiu. Nenacházíme zde

souvislosti, a spíše předpokládáme, že orální rysy jsou posíleny a potvrzeny v průběhu závislosti a neprokazují primární příčinný faktor.

Psychoanalýza v minulosti pomocí Freuda tvrdila, že závislost patří k narcistické poruše osobnosti. Rychlé a jednoduché uspokojení bylo přirovnáváno k masturbaci. Tato teorie doznala vývoje v 70. letech, kdy se závislost řadila k symptomům narcistické poruchy.

Můžeme se setkat s dalšími teoriemi a výklady, jakými jsou například *attachment*. Toto slovo můžeme přeložit jako vazba nebo připoutání. Emoční propojení s osobou blízkou, které u jedince pečuje. To vytváří pocit bezpečí a pevného pouta pro důležitost přežití. Rozlišujeme čtyři modely attachmentu. Prvním je *bezpečný*, který umožňuje jedince přečkat a zvládnout těžké chvíle, o které se může podělit s ostatními. *Modely úzkostné, vyhýbaví a dezorganizované* postrádají toto bezpečí.

Novější poznatky nabízejí jiné úhly pohledu. Jedním z nich je poukazování na *křehké Já*. Některé problémy v raném dětství mohou přispět k tvorbě takového schématu. Obtížnost kontrolovat své emoce a stanovovat a tvořit hranice. Pro jedince nastává chaos, neporozumění, prázdnota, které nemá pro daného člověka řešení. V takových případech chybí copingové strategie, které by použil v určité kritické chvíli. Po dobu života v rodině, kde se do určité míry nemusí sám rozhodovat a je většinou podřízen rodině nemusí nastat kritická situace. V době přicházejícího dospívání se stav mění a dospívající se mění v chování vůči rodině a blízkým osobám. Hledá svou identitu a začíná organizovat svůj čas a společenskou síť. Zde může nastat potvrzení, zda v předchozích vývojích zvládl svoje role a, nebo ne. Tento tlak na samostatné působení ve světě působí zátěž na jedince. Potkávají se zde staré vzorce představ o sobě samém s novými. Pokud zde nastane oslabení v budování vlastního Já, nastává velmi kritická chvíle a při neúspěchu se začlenit či slabé vybudování místa mezi vrstevníky vytvoří pochybnosti. Následuje pak ustrnutí a jedinec tíhne k integrujícím prvkům, kterými mohou být drogy a závislostní chování.

Koncept *hraniční struktury (organizaci) osobnosti* ukazuje, že existuje vzorec chování, myšlení a prožívání, kterému odpovídá určitá struktura osobnosti. Ta má sklony k určitému patologickému chování, respektive psychickým potížím. Mají společný znak černobílého myšlení, využívání primitivních obranných strategií, nadměrně prožívají opravdová nebo vymyšlená odmítnutí a mnoho dalších. Závislostní chování pro tyto jedince představuje kontrolu nad svým stavem a prožíváním. Společně s rodinnými, sociokulturními a vývojovými faktory se podílejí a vytvářejí závislost. Ve společnosti závislých jedinců se vyskytuje drtivá většina lidí s hraniční strukturou osobnosti (Hajný, in Kalina, 2015).

Teorií o vzniku a příčinách závislostí je mnoho. Pro nás nyní není důležité vědět, co přesně závislost způsobuje. Je důležité abychom měli toto vše na paměti a neviděli závislost černobíle. Je to složení multifaktoriální s hodně proměnnými. Proto je dobré se zaměřit jak na rodinný systém, tak na vývojové potřeby jedince.

### **4.3 Rizikové činitele užívání**

Pro určitý rozhled zde uvedeme další činitele, kteří mohou a nemusí podpořit vznik závislosti. Rozdělíme je do šesti skupin.

#### **Činitele týkající se dítěte nebo adolescenta**

Duševní poruchy, poruchy chování. Setkání s drogami nebo alkoholem v poměrně brzkém věku. Poškození mozku při porodu. Slabé copingové strategie proti stresu. Ne příliš vysoké sebevědomí. Po užití se dostávají převážně euforické pocity. V porovnání s vrstevníky nižší úroveň inteligence.

#### **Činitele týkající se rodiny**

Nestanovené hranice ve výchově. Zanedbávání výchovy dítěte na emoční úrovni. Až nezdravě direktivní a přísný režim ve výchově. Užívání drog či závislostní chování v rodině. Sexuální zneužití v rodině nebo fyzické násilí. Nestálé prostředí rodiny, časté stěhování. Nedostatek důvěry a víry ve schopnosti dítěte, následované podceňováním.

#### **Činitele týkající se školy**

Slabá úroveň prevence ve škole. Špatná komunikace s rodiči. Snadná dostupnost drog a návykových látek v okolí školy. Učitelé a pedagogický sbor je vnímám až přehnanou autoritou. Nekvalitní návaznost na mimoškolní aktivity.

#### **Činitele týkající se zaměstnání**

Stresové zaměstnání spojené s existencionální nejistotou. Nezaměstnanost či nestabilní práce. Velká zodpovědnost za výsledek bez možnosti jakéhokoliv rozhodnutí. Nekvalitní pracovní vztahy. Zaměstnání s velice snadnou dostupností k drogám či návykovým látkám.

#### **Činitele týkající se vrstevníků**

Špatné vztahy vrstevníků k autoritám. Rebelující chování proti společenské normě. Povrchní a manipulativní přátelé, kteří jedince zesměšňují a nerespektují. Užívající vrstevníci.

### **Činitele týkající se společnosti**

Media nabízející látky závislostního charakteru. Nízká cena návykových látek. Slabší sociální postavení. Neinformovanost a nízká inteligence. Vysoká kriminalita, rasová či podobná diskriminace (Nešpor, 1997).

Zde je jen stručný výpis různých činitelů, kteří se objevují v počátcích závislosti. Víme, že jich je mnohem více. To nám ale pro stručný přehled postačí.

## **4.4 Přechod mezi drogovou závislostí a závislostním chováním**

U lidí se závislostním chováním je zhruba u třetiny až poloviny diagnostikováno další závislostní chování, ať látkové či nelátkové. Na základě klinických zkušeností víme, že závislosti dokáží fungovat společně a návazně jedna druhou podporovat či prolínat a navazovat. Řada autorů přesmyk a přeskokování z jedné závislosti do druhé popisuje, nespécifikováno objektivizace závislosti a poukazuje na vznik a existenci obecného syndromu závislosti (Vacek & Vondráčková, in Kalina, 2015).

Je známo a vědecky doloženo, že vztah mezi závislostí a dalšími duševními chorobami je oprávněný. Nejčastěji mezi ně patří afektivní, úzkostné poruchy a, nebo poruchy osobnosti. To jdoucí ruku v ruce při přechodu mezi závislostmi. O poruchách osobnosti se budeme věnovat v kapitole níže.

Pro příklad Cowan a Devine (2008) vypožorovali větší výskyt přejídání u lidí, kteří dříve zápasili s problémovým užíváním alkoholu a nyní abstinují.

Nešpor (2011) popisuje problematiku jako problematiku průchozí drogy. Uvádí různé příběhy z praxe, kdy například, závislí muž na heroinu se po roční abstinenci vrátil do léčby se závislostí na alkoholu. V jiném příkladě uvádí, že muž závislí na opioidech se v abstinenci začal přejídat a měl tudíž problémy s příjmem jídla.

Průchozí drogy znamenají předstupeň počátku závislostního chování, většinou následně nebezpečnějších drog. V praxi se ale setkáme i s opačným případem, kdy nebezpečnou látku vystřídá látka na první pohled méně nebezpečná. Tento fenomén je ve světě zmapován a ví se o něm. To je také téma, kterému se věnuje naše bakalářská práce, přechod mezi závislostmi či závislostními chování, kdy je zřejmé, že dotyčný zřídka kdy je vyléčen a zbaven nemoci do smrti. Přechod na sekundární drogu, respektive závislostní chování je zcela běžnou praxí u jedinců, kteří si prošli závislostí a úspěšně s ní vyhráli.

## 5 Relaps

Pavlovská (2015) uvádí, že relaps patří k závislostnímu chování a závislosti jako takové naprosto neodmyslitelně. Predikujeme, že skončit se závislostí není tak obtížné, jakožto s ní skoncovat napořád. Důležitou roli zde hraje prevence relapsu, která může být nástrojem či cílem pro práci s klientem. Relaps můžeme definovat jako jednorázové porušení stanovených pravidel chování, které si vymezil sám dotyčný. Opět zde nemáme jednotnou definici, která by byla platná skrz odbornou veřejnost. Jednotná shoda panuje v případě, že relaps je nezbytně připoután k léčbě. V horizontu jednoho roku selhává drtivá většina jedinců. Kritickým obdobím se stává prvních 90 dní. Udržení lapsu (abstinence) na poprvé je velmi obtížné.

Marlatt a Gordonová (1985) definují tři rizikové situace v životě jedince, které vytváří potencionální riziko pro selhání a tím zvyšují pravděpodobnost relapsu.

**Negativní emocionální stavy:** třetina příčin relapsů jdou za těmito spouštěči, kterými jsou pocity hněvu, frustrace, smutku, deprese nebo nudy. Zde je nezbytně důležité, aby jedinec rozpoznal odkud se tyto emoční stavy berou.

**Interpersonální stavy:** jedince dostávající se do konfliktu v mezilidském vztahu, ať už je to rodina, partnerství či práce.

**Sociální tlak:** působení dvou vlivů, vnějšího a vnitřního. Vnější rizikové prostředí vytváří uživatelé drog či osoby, které jsou závislé. Vnitřní prostřední si jedinec vytváří v sobě samém.

Jako dalšími nezařazenými faktory mohou být například *zklamání, nenaplnění očekávání, chybějící ocenění a pochvala, sociální izolace a s tím spojený pocit osamění*. Charakteristický je nevyvážený životní styl, kde nastává rozpor mezi tím, co by jedinec měl, a tím, co by chtěl. To vytváří stresovou situaci a frustraci.

Faktory, které ovlivňují dosažení dlouhodobé rehabilitace a abstinence jsou sociálně-kognitivní faktory. Ty jsou schopny kontrolovat vlastní emoce, sociální podporu a sebedůvěru. Následnou intervencí, která je vhodná při použití, je kognitivně-behaviorální přístup. (Cheung, Lee a Lee, 2003).

Za obecné cíle, které si klade prevence můžeme považovat identifikaci rizikové situace, předpovídání situací a jejich zvládnout. Zvýšíme tím sebevědomí jedince. Složky prevence relapsu rozdělujeme do pěti oblastí. Těmi jsou *psychoedukace, zvědomování, hledání alternativ, tvarování chování, intervence k životnímu stylu*. *Psychoedukace* je

zorientování se ve vlastním jednání. *Zvědomování* odhaluje oblasti jedince, kterými jsou zkušenosti a rizikové situace. *Hledání alternativ* hledá efektivní strategie předvídání a zvládnání rizik. *Tvarování chování* vybavuje jedince dovednostmi pro zvládnání situací a období v jeho životě. *Intervence k jeho životnímu stylu* je zmapování jeho nevyváženého života (Pavlovská, in Kalina, 2015).

Pavlovská (in Kalina, 2015) nabízí čtyři modely prevence relapsu. Prvním je *Marlattův model*, patří mezi vlivné modely kongnitivně-behaviorálního přístupu. Porozumění relapsu a výchozí strategie k omezování či vyhnutí relapsu. Vychází z bio-psycho-sociálního modelu, který v souvislosti s tímto modelem předpokládá, že závislost je šance k růstu a ne nemoc. *Prevence relapsu založená na uvědomění*, jako druhý model prevence, kdy si jedinec uvědomuje své myšlenky a myšlenkové pochody. Zaměřuje se na dechové cvičení, které působí strategicky při zvládnání stresových a rizikových situací. *CENNAPS model* je klinický model, který spojuje základní principy filozofie Anonymních alkoholiků. Jedinec je schopen rozpoznat rizikovou situaci a signály, které jej varují před relapsem. Tento model stojí na devíti principech, kterými jsou seberegulace, integrace, porozumění problému, sebepoznání, strategie zvládnání, změna, vědomí, podpora, udržování. *Good Lives Model* je poslední model, který souvisí s Marlatt modelem. Je do něj integrován ještě rámec takzvaného dobrého života, pohody a optimismu. Cílem je zvýšit úspěšnost před relapsem díky pozitivnějšímu přístupu. Tento model ještě nebyl testován, a tak nyní je pouze v rovině teorie.

U nás v České republice je prevence relapsu součástí léčby, a hlavně také následné péče. V každé instituci a zařízení by se mělo vyjasnit co znamená relaps a jak se v daném prostředí vnímá. Jak se s ním následně pracuje ve spolupráci a vnímáním jedince. Strategii prevence relapsu můžeme rozdělit do dvou struktur, kterými jsou *kognitivní a behaviorální strategie*. V první z nich, *kognitivní*, se klient učí identifikovat a poznávat své myšlení a měnit jej. Nacvičuje relaps, verbalizuje prožitku relapsu či imaginaci rizikových situací, které zvládne. V *behaviorální* strategii je důležitým mechanismem sebemonitorování. Jedinec si vede aktivně záznamy o svých aktivitách. Přístup je velmi aktivní a jedinec se vědomě snaží soustředit na chování, které chce změnit. Identifikace spouštěčů, rizikových situací. Je zde zahrnuta i analýza snů a fantazií (Pavlovská, in Kalina, 2015).

## **6 Osobnost – poruchy osobnosti**

Závislost musíme propojit s pojmem osobnosti. Jsou to úzce spojené nádoby. Poruchy osobnosti jsou častou komorbiditou ve světě drog a závislostního chování. Udává se kolem 40-50 %. Cílené studie udávají až 90% vztah. Z pohledu psychodynamického si paradoxně nelze představit závislostní syndrom bez poruchy či nepříznivého vývoje osobnosti. Zde máme celé spektrum psychopatologických fenoménů. Mnoho autorů poukazuje u závislých jedinců na komplikovanost jejich osobnosti a zranitelnost, která je vysoká. Zde mluvíme o typu hraniční organizace osobnosti či narcistické osobnosti (Kalina, 2015).

### **6.1 Definice**

Definice osobnosti je stejně jako definice závislosti či vzniku závislosti velmi různorodá. Osobnost jako takovou můžeme definovat jako komplexní a stabilní systém, který funguje jako celek. Skládá se ze vzájemně propojených tělesných a psychických vlastností a reaguje na různé podněty a situace, respektive v interakci s nimi. Takto popisuje osobnost Vágnerová (2010).

### **6.2 Osobnostní rysy**

Základní osobnostní rysy, které vedou zpravidla k závislostnímu chování či užívání návykových látek jsou velký nedostatek sebevědomí, špatné sebepojetí a vážení sebe sama, pocity selhání, pocit nedocenění či nedokonalosti ve srovnání s ostatními (McGregor, 2017).

Zaměříme se ještě na výskyt poruch osobností, které jsou typické pro závislostní chování. Primární zastoupení má závislostní porucha osobnosti, která je charakteristická pro svůj velký strach z opuštění. Spojené s bezmocností, nekompetence, nestálé emoční stability nebo nízká frustrační tolerance na požadavky běžného života (Dušek & Večeřová, 2015).

### **6.3 Poruchy osobnosti**

Poruchy osobnosti můžeme nazvat jako stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně projevujícími povahovými vlastnostmi v oblasti emocí, nálad, pudů, temperamentu, vůle či charakteru. Podivné až neadaptivní chování, kterým disponuje dotyčný jedinec. Člověk se tak výrazně liší od normálního projevu chování. Jeho myšlení a cítění



se vymyká normálním stavům ve společnosti. Nelze však najít přesnou normu pro posouzení takového stavu. Používá se konvenční norma, kde kritérium je převážně kvantita než kvalita. Jako příklad se uvádí úzkost, to není nejednomu z lidí moc cizí pojem. Pokud se však objevuje v míře, která již není v normách, zde se může jednat o úzkostnou poruchu.

Symptomy se objevují nejčastěji v dětství či dospívání a následně nevymizí po celý život. Predispozice k poruchám osobnosti je vědecky doložena, že vznikají geneticky, pravděpodobně polygenně. Stejně jako prenatální vývoj či porod je zde velmi důležité prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Neúplnost rodiny, problémové vztahy, nefunkčnost, přísná či příliš benevolentní výchova. Můžeme tedy říct, že poruchy osobnosti jsou podmíněny jak biologicky, tak psychosociálně. Nejčastěji se setkáme, že rodič či osoba blízká ve výchově poškodí své dítě. A to buď předanými geny, nesprávnou výchovou nebo právě prostředím, ve kterém jedinec vyrůstá (Zvolský, 2005).

Raboch (2005) uvádí stručně tyto typy poruch osobnosti a chování u dospělých.

#### **Paranoidní osobnost**

Charakterizuje se velkou citlivostí na neúspěchy či osobní útoky a urážky. Bere si to velmi osobně a má tendenci nezapomínat. Velká vztahovačnost a podezřívavost, podpořená záští, kterou mají v sobě dlouhodobě. Vyskytuje se u nich patologická žárlivost.

#### **Schizoidní osobnost**

Patří mezi nejstarší psychiatrické diagnózy. Neschopnost prožívat radost, neschopnost vyjadřovat city k druhým, ať už kladné či negativní. Nejeví zájem o sex, vyskytuje se autismus. Nemají moc vztahů na přátelské bázi. Veřejně jsou považováni za podivíny a tiché blázny, kteří vidí souvislosti kde nejsou. Žijí často mimo svou dobu.

#### **Disociální osobnost**

Vidíme zde rozpor mezi chováním jedince a společenskou normou. Jedinci tyto normy odmítají. Nezajímají se o city druhých a neumí udržet dlouhodobý vztah. Absence pocitu viny. Velké sklony k obviňování druhých a racionálnímu vysvětlení pro své chování.

#### **Emočně nestálá osobnost**

Jedinci, kteří jednají impulzivně a bez vědomí následků. Nálada je nestabilní a mění se velmi často. Zde můžeme rozdělit osobnost na *impulzivní a hraniční*. Impulzivní osobnost je typická pro své výbušné jednání. Hraniční jeví nestálé emoční prožívání. Vytváří intenzivní, ale krátkodobé vztahy. To pak ústí v emoční krize a sebevražedné či sebepoškozovací myšlenky a jednání.

### **Histrionská osobnost**

Jedinec, který vyjadřuje emoce nadměrným způsobem. Labilita, nestálost, dramatické vyprávění o vlastním prožívání, herectví. Najdeme je spíše u ženského spektra lidí, které touží po ocenění a pozornosti. Vyskytuje se manipulativní jednání pro dosažení svých zájmů. Může se objevit takzvaná bájná lhavost, která dramaticky vyjadřuje prožité skutečnosti, které se nezakládají na pravdě.

### **Anankastická osobnost**

Osobnost obsedantně-kompulzivní. Vyniká zde nerozhodnost, vnitřní nejistota, sklony k perfekcionismu, opakované kontroly či zabývání se nepodstatnými věcmi. Nepovažuje partnerské vztahy za důležité a přikládá váhu pracovnímu výkonu. Dlouhodobě plánují a bývají paličatí. Pro svoji posedlost perfekcionalismem a dokonalostí mají nízký přehled o souvislostech. Ve výkonných funkcích selhávají.

### **Úzkostná osobnost**

Pocity napětí, obav, nejistoty a méněcennosti. Chtějí být uznávaní a milováni. Vysoká citlivost na odmítnutí nebo kritiku. Hledají v životě jistoty a záruky. Běžně přehánějí v odhadu nebezpečí, které často nebývá tak velké. Život je po té nudný a střídavý.

### **Závislá osobnost**

Osobnost, která požaduje po druhých, aby převzali zodpovědnost za její život. Respektive za oblasti života. Těmi mohou být volba zaměstnání, životní partner a jiné. Absence životní síly a energie z které by mohli v životě čerpat. Podřizují se a vykonávají přání druhých lidí, na kterých jsou závislí. Stálé obavy z opuštění, které musí podporovat stálé ujišťování, že se tak nestane. Těžce se umí vypořádat s rozchody nebo hádkami. Své selhání svádí na ostatní osoby.

### **Narcistická osobnost**

Typické projevy velikášství, vlastní hodnoty a jedinečnosti. Věří, že se mohou bavit pouze s podobnými lidmi jakými jsou oni. Mají jiné představy a společenských normách, které nejsou pro ně, vytváří vlastní. Neumějí nést kritiku. Neumí být empaticí.

### **Pasivně-agresivní osobnost**

Jedinec, který vzdoruje požadavkům a povinnostem. Vidíme také vzdor u autorit. Bývají kritičtí, zapomínají, stěžují si. Úkoly v profesním životě odevzdávají pozdě, sabotují práci. Kazí práci druhým a neplní své povinnosti. Osoby, které jsou nevýkonné jak v osobním, tak profesním životě.

## Nestálá osobnost

Osoby, kterým chybí stabilita a vyrovnanost. Snadno ovlivnitelní. Podléhají pokušení po pohodlí a požitcích. Vyhýbají se práci a ve vztazích jsou nestabilní, tedy mají problémy s nevěrou. Inklinují i k závislostem.

V klinické praxi se často setkáme se smíšenými poruchami osobnosti, kde objevíme více povahových rysů, které jsou typické pro další osobnostní poruchy. Primární symptom je pak velmi těžké odhadnout (Zvolský, 2005).

## 7 Ortorexie

Závěrem teoretické části se budeme krátce věnovat tématu ortorexie, která je úzce spjata jak se závislostním chováním, tak s poruchami příjmu potravy. V této bakalářské práci figuruje respondentka, která své momentální závislostní chování směřuje k ortorexii. Ta se u ní projevuje podobně jako v minulosti primární závislost.

Vznik tohoto pojmu je datován ke konci minulého století, kdy vznikl ze spojení dvou slov. *Orthos* a *orexis*, slova znamenající slovní spojení *správná chuť*. Mluvíme o posedlosti na zdravém jídle a stravování (McGregor, 2017).

Bratmen (1997) poukazuje na komplikace u ortorexie, jako velmi podobné chování u závislostí. Léčebné intervence vnímá jako podobné těm u klasických závislostí.

Ortorexii můžeme zařadit jak do problematiky závislostí, tak do problematiky poruch příjmu potravy. Vytvořena byla testovací formule, která obsahuje zhruba deset sebehodnotících otázek na téma životního stylu (Bratmen a Knight, 2000).

Na tento sebehodnotící test se navázalo později, kdy se vytvořil dotazník ORTO-15, ze kterého dále vzešlo nynější diagnostické měřítko Eating Habit Questionnaire. Dotazník odhaluje změny v chování, vnímání nebo cítění v oblasti zdravého stravování (Gleaves et al., 2013).

Velmi důležité je tedy propojení ortorexie s poruchami příjmu potravy. Zde je třeba uvést, že ortorexie nevykazuje takové nebezpečí jako například klasické poruchy příjmu potravy, kterými jsou anorexie či bulimie. To může mít za následek toho, že se tak stává nedůležitým aspektem (McGregor, 2017).

Můžeme tedy definovat spojení mezi závislostí a poruchou příjmu potravy jako komorbiditu, která je propletena mezi oběma pojmy. Narůstající zkušenosti v této problematice ukazují shodné rysy těchto duševních poruch (Kalina, 2019).

Vacek & Vondráčková (2014) uvádějí, že existuje závislostní chování pouze jedno. To lze generalizovat jako nesoulad, zaměření sebe sama na jeden princip, kdy štěstí vyhledává jedinec z jedné potřeby, chování či připoutání k objektu. A to následně odbourává stres a vytváří bezstarostnou realitu. Opakované chování, které vede k potřebě odměny a pocitu sounáležitosti a uvolnění či euforie, můžeme definovat jako závislosti.

## **8 Výzkumná část**

### **8.1 Cíle výzkumu a metodika**

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat rozvoj sekundární závislosti v období abstinence z pohledu uživatele. Tedy u respondenta, který má za sebou úspěšně zvládnutou léčbu či překonanou závislost.

Další výzkumné otázky jsou stanoveny takto:

1. Vzniká u abstinujícího uživatele sekundární závislost? Pokud ano, jak ji lze charakterizovat z hlediska dynamiky, jejího objektu, projevů a důsledků?
2. Za jakých okolností si postižený rozvoj sekundární závislosti uvědomuje a jakým způsobem s ní pracuje?
3. Jaké příčiny rozvoje sekundární závislosti postižený udává?
4. Jaký vliv na sekundární závislost měla rodina, případně rodinné prostředí?
5. Jaké životní události považujete za klíčové v rozvoji Vaší závislosti? Spojujete tyto momenty/tento moment s následnou závislostí?
6. Jaké charakteristiky momentálního závislostního chování jsou z hlediska diagnostiky shodné se závislostním chováním primárním?
7. Je možné identifikovat nějaká protektivní opatření či faktory, případně jaké?

### **8.2 Etika výzkumu**

Prohlašujeme čestně, že výzkum bakalářské práce podléhá přísným kritériím pro ochranu osobních údajů respondentky. Ta byla obeznámena se záměrem výzkumu a bakalářské práce. Byla obeznámena, že veškeré získané informace a poznatky slouží pouze k účelům této bakalářské práce, a že ihned po jejím dopracování budou smazány. Vedeny budou v bakalářské práci jako anonymní bez žádných dohledatelných osobních údajů, které by mohly respondentku odhalit. Souhlas byl sjednám osobně a respondentka mohla

kdykoliv naši spolupráci dobrovolně ukončit, přesto tak neučinila a poskytla své poznatky a zkušenosti až do samého závěru práce.

### 8.3 Výzkumný soubor

Vzhledem k dané problematice, kterou se bakalářská práce zabývá se může zdát, že hledání respondentů bylo méně těžkým úkolem. Opak je pravdou, hledání bylo těžší, než se zamýšlelo a bylo vybráno zhruba šest potencionálních respondentů, o kterých jsme věděli, že mají zkušenosti s primární drogou a úspěšnou léčbou. Následně se posuzovala vhodnost respondentů o zařazení do výzkumné části. Kritéria výběru byla stavěna na důležitosti v překonání drogové závislosti a potenciál pro nastupující či již probíhající sekundární závislost. Z výběru, který sčítal šest lidí se podařilo selektovat jednu respondentku, která odpovídala všem potřebným kritériím a byla otevřená možnosti, stát se součástí této bakalářské práce. Její uvědomění a posuzování bylo velkým příslibem, že je prakticky ideálním kandidátem pro tuto práci. Pro anonymitu jsme také změnilí jméno respondentky a dále budeme používat pro její oslovení jméno *Eva*.

### 8.4 Výzkumné metody, metodika

Pro naši případovou studii se jeví jako nejlépe uchopitelné pracovat s kvalitativním výzkumem. Použitým designem je případová studie. Metodou tvorby dat je nestrukturovaný rozhovor, prakticky totožný jako rozhovor běžný, který není svázán osnovou otázek a dodržováním témat. Je založen na bázi vztahu mezi tazatelem a respondentem. Budování vztahu v lidské komunikaci, kde se respondent otevírá a naráží samovolně na témata, která jsou pro práci důležitá. Respondent tak může zajít do hlubších témat jeho života a spontánně o nich rozmlouvat. Zde se používá takzvaný rozhovor *narativní*. Ten značí samovolné vyprávění respondenta, v našem případě respondentky a odhaluje zlomové body v jejím životě (Reichel, 2009).

Pro analýzu dat jsme zrealizovali čtyři setkání v období od září roku 2020 do března roku 2021. Dvě byla osobní a dvě byla online. Probíhaly vždy rozhovory, které se nenahrávaly, ale rovnou se důležité body zapisovaly písemnou formou, v případě online setkání elektronickou formou, to vše se dále zapisovalo a zaznamenávalo do oddělených souborů jednotlivých anamnéz a období života respondentky, které vytvářely osnovu jejího příběhu. První setkání bylo informativní, kdy se respondentka rozpovídala o své osobě velmi obecně a ze široka. To pomohlo pochopit stručnou osnovu jejího života, který se

dále rozvíjel na dalších setkáních. Důležité je zmínit, že se vše odehrávalo v době CoVidové. Karanténa, omezení a různá opatření znesnadnily osobní setkávání a rozhovory přes platformu Skype nejsou pro upevnění vztahu a přenos moc optimální. V těchto nepohodlných podmínkách se nám přesto podařilo vybudovat si důvěrný vztah, který postavil základy pro tvoření vztahu mezi tazatelem a respondentkou. Respondentka také na sebe uvedla kontakt a email, to nám usnadnilo situaci v případě, když bylo potřeba se zeptat nebo dovysvětlit určité body z jejího příběhu.

Všechny informace jsou zpracovány a zasazeny do bakalářské práce formou kasuistické struktury.

## **9 Interpretace výsledného šetření**

Respondentka Eva má 30 let. Všechny naše rozhovory zvládá s velkou elegancí, kdy odpovídá velice srozumitelně s rozvahou a klidem. Její nadhled a perspektiva na svůj život je velmi obdivuhodný. Na první pohled vyvolává v člověku velký klid a svou výřečností působí společensky. Vzhledově sympatická a upravená dáma, která nebudí žádné domněnky o její minulosti, kterou poznamenala drogová epizoda s pervitinem, která se protáhla na delší časové období. Následné překonání drogy Evinou vlastní vůlí a částečným přičiněním léčby. Na otázky odpovídá velmi otevřeně a s aktivním přístupem. Nepřehlédnutelná je její sebereflexe k jejímu životu a minulosti. Často se stane, že rozvine sama odpověď na otázku do dalších témat, proto nebylo častým jevem, že bychom se doptávali. Díky veškerému verbálnímu i neverbálnímu projevu Evy pocítujeme, že řekla vše, co měla na srdci a proč byla pro naši práci vybrána. Nyní zkusíme popsat ty nejdůležitější situace v jejím životě v daných oblastech, které budou postupně rozkrývat její strasti a problémy či životní zlomy. Tak abychom mohli postupně popsat rozvoj nastupujících závislostí u Evy.

### **9.1 Osobní anamnéza**

*Dětství* Eva popisuje a mluví o něm, jako o skvělém a pohádkovém dětství, které si může dítě přát. Narodila se do malé vesnice v horách na severu Moravy, kde měla všechny předpoklady pro idylické vyrůstání. Popisuje sebe jako velmi energetickou a přátelskou dívku, která byla již v takto útlém věku nadmíru inteligentní a jak sama říká, byla vždy napřed než vrstevníci. Veselá, obklopená přáteli a kamarády. Vyrůstala v rodinném prostředí, které tvořili máma a táta a o rok mladší bratr. Popisuje, že o kus dále bydlela

babička s dědou. To vše má přívlastek dokonalé, dokud Eva nezmíní první zlomový bod, kterým je *úmrtí matky*, když Evě bylo skoro 8 let, tou dobou chodila do druhé třídy. Zde prý skončilo její dětství a nastalo období, které neumí definovat.

V našem rozhovoru jsme použili pro následné období pojem *dospívání*. Náhlý šok, který si vybavuje velmi dobře, byť je to již 22 let, ji utkvěl v paměti velmi dobře. Stěhování k babičce na přechodné období, kterým se staly pracovní dny a víkendové dny bydlení zpátky u táty. Období dospívání a zrání bez mámy. Období starání se o mladšího bratra. Období, kdy jak sama říká, nikdo nemluvil a nevysvětlil ji, co se stalo. Detailně popisuje a přirovnává situaci jako metaforu k Harrymu Potterovi, kdy byl ten, jehož jméno se nesmělo vyslovit. Tak se cítila. Přidalo ji, že se osoba mámy vytrácí do zapomnění. Velký emoční chaos spojený s tolika otázkami. Paradoxně v tomto období pokračovala bez problémů ve školním prospěchu, kdy celou základní školu měla samé jedničky, dělala atletiku, hrála na klavír, osvojila si dva cizí světové jazyky, angličtinu a němčinu. Nadprůměrně prospívala ve všech oblastech, kterým se věnovala. Byla velmi oblíbená v kolektivu, bezproblémová. Říká, že se z toho stala norma a již klasické očekávání od její osoby. Možná tomu trochu přispěla výchova u babičky, která tou dobou byla ředitelkou ve školce. Zde Eva chce *zdůraznit novou tátovu přítelkyni*, se kterou se seznámil zhruba dva roky po smrti matky. Netrvalo moc dlouho a nastěhovala se i s její malou dcerou k nim domů. Tedy tam, kde bydlela její máma. Stále však bydlela na střídavou dobu přes týden u babičky a víkendově u táty. Následně se dostala po ukončení deváté třídy na jazykové gymnázium. Zde bychom mohli konstatovat, že příběh Evy dopadl naštěstí dobře. To bychom se bohužel mýlili. Eva zdůrazňuje, že v prvním ročníku na střední škole nastal další zlom. Latentně ukryté emoce, které držela v sobě od doby úmrtí matky se začaly vynořovat v novém prostředí. Eva popisuje, že naprosto nové prostředí v ní vyvolal velký zmatek. Začalo se u ní projevat potlačené trauma, které s ní nikdo neřešil. Velmi křehká psychika do té doby úspěšné a nadprůměrné dívky se začala rozpadat. Již nebyla tou nejlepší z nejlepších, ale patřila k těm lepším. Zvyklá na to být stále na prvních příčkách se neuměla ztotožnit s novou situací. Byť se objektivně zdálo, že je stále úspěšná. V jejích kritických a na sebe přísných očích nesplňovala nastavenou laťku. Společně s novým prostředím hledala útočiště. Zdůrazňuje, že přechod z vesnice do města ji srazil sebevědomí a označovala se za *šmucku z vesnice ve velkoměstě*. To vše zapříčinilo, že se poprvé setkává s *pervitinem*. Zde Eva ukončuje svoje povídání o dospívání. Následně začala její životní epizoda s pervitinem, která trvala přibližně několik let, do úplné abstinence, která nastala až ve 24 letech.

Více se budeme období závislosti věnovat níže, jen pro úplnost doplníme, že Eva zdárně dostudovala střední školu a také vysokou školu.

Eva mluví mimo jiné o *vztazích*, které měla v minulosti. Pokládá za velmi důležité zmínit její vztahovou anamnézu. Tuto sféru prakticky neřešila do svých 15 let, kdy byla všude oblíbená a vše se jí dařilo. Měla svou první velkou lásku, která trvala pět let a skončila k poslednímu dni deváté třídy. Na střední se začala potýkat s nedostatkem sebevědomí a neměla sílu se přít s holkami z města. Takže si vytvořila pár platonických vztahů do té doby, než potkala muže I. Tento muž byl její největší platonická láska, bohužel to také byl dealer drog. Tím začala její epizoda a přátelství s partou, která nebyla společensky přijatelná. Zde nabyla dojmu, že někam patří. Muže I. považuje za velmi důležitou osobu v rozvoji její závislosti na pervitinu. Následně měla v 17 letech půl roční vztah s mužem O., který byl o dva roky starší. Tento vztah zpětně vyhodnocuje jako velmi závislostní z jeho strany. Byť přiznává, že dva měsíce to bylo příjemné, ale následně se začala ve vztahu dusit. To vygradovalo tím, že muž O. skončil na psychiatrii, také v kombinaci rozchodu s Evou a braním drog. Následně potkala muže K., který byl o tři roky starší než Eva. Byli spolu čtyři roky. Brala jej jako motivaci přestat brát drogy, což se jí dařilo. K. byl abstinent. To bylo opět z počátku fajn, jak sama uznává. Následně si k ní K. vybudoval závislostní vztah. Vygradovalo to do takové míry, že nemohla chodit do společnosti bez něj, kontroloval, komu píše, s kým mluví apod. Cítila se jako pták v kleci. V tomto vztahu Eva zažila přechod ze střední na vysokou školu. To K. nezvládl, protože vysoká škola vyžadovala pobyt na koleji ve vzdáleném městě. Tak ji K. postavil před volbu mezi ním a vysokou školou. Eva si vybrala vysokou školu. K. ji tedy první semestr na vysoké celou dobu citově vydíral a manipuloval, že se zabije a mnoho dalších citových výlevů. Jak sama říká, zažívala citový a psychický teror. V noci ji volal a psal, byť již spolu nebyli. V takovou chvíli, kdy abstinovala, byla opět v cizím prostředí a na přelomu prvního a druhého semestru se K. předávkoval steroidy a pokusil se o sebevraždu, neúspěšně. Skončil na psychiatrii a rozvinula se u něj i schizofrenie. To zanechalo na Evě velké emoční trauma a opět neustála změnu prostředí a našla si partu závislých, mezi kterými byl i muž P. Byl zhruba o třicet let starší než Eva. Dodal Evě pocit sounáležitosti a pocitu, že někam patří. Užívali spolu pervitin a sama Eva nazývá toto období *období hledání sebe sama*. To ukončil P. nalezením mladší partnerky a rozchodu s Evou. To nyní hodnotí jako nejlepší věc, co se jí mohla stát. Začala se stýkat, toho času 24letá Eva s mužem T., který je do teď její přítel, již šest let. Díky němu přiznává, že našla motivaci přestat s pervitinem. Nynější přítel je abstinent. Bydlí spolu již šest let, a nyní Eva ví, že by se chtěla posunout v životě dále. Ať už to je svatba či potomek. S přítelem mají dva



papoušky. Říká, že prvotní zamilovanost odpadla a je už ve fázi opravdového dospělého vztahu.

## **9.2 Rodinná anamnéza**

Jak již respondentka zmínila, narození bylo do úplné rodiny, společně s tím spojené šťastné dětství do prvního stupně základní školy, respektive do úmrtí matky. Jako důležité postavy její rodiny považuje matku, otce, mladšího bratra, babičku, dědečka, bývalou macechu.

Rodina nyní znamená pro Evu velkou oporu, byť se tato cesta k vytvoření pouta nerodila lehce. Eva zdůrazňuje, že to byla mnohdy horská dráha.

### **9.2.1 Rodinní členové**

#### **Anamnéza otce:**

Otec Evy pochází ze tří dětí, všichni mužského pohlaví. Je nejstarším potomkem babičky Evy, která ji vychovávala po smrti matky. Otec pracuje jako technologický pracovník ve velké firmě v místě bydliště. Zde pracuje celý život, prakticky nastoupil hned po vojně, kterou absolvoval na Slovensku. Zde si našel svou nevěstu, Evinu mámu, kterou si přivedl do České republiky. Je velký sportovec, který letos oslaví 54té narozeniny. Eva o něm mluví jako o velkém dřiči a člověku s velkým srdcem, který by udělal pro své děti vše. V 50 ti letech ho postihl infarkt myokardu, který zamával s psychikou otce a ten tuto skutečnost nenesl lehce. Po překonání a následné rehabilitaci se těší z dvou malých dcer, devět a sedm let, které má se svou současnou přítelkyní. Po smrti matky Evy měl otec dvě přítelkyně, dohromady tedy tři životní ženy. Se současnou má Eva vztah neutrální. S bývalou přítelkyní a jak Eva říká, macechou, byl otec zhruba deset let. Jejich vztah byl velkým trnem v oku pro Evu, která se přes to nedokázala přenést, že někdo nahradil místo její mamky. To narušilo vztah Evy a otce. Ví, že se otec snažil být skvělým tátou, ale příchod macechy dva roky po úmrtí její mámy, byl velký problém, který latentně držela v sobě do svých 15ti let. To narušilo i vztah s otcem, kterému to dává za vinu a popisuje velkou zlobu a vztek na něj v období dospívání. Nyní reflektuje, že vztah je lepší a může se s otcem bavit o čemkoliv.

#### **Anamnéza matky:**

Matka Evy pocházela ze Slovenské republiky a do České republiky přišla zároveň po ukončení vojny otce. Pochází z šesti sourozenců, věkově druhá nejmladší. Umřela náhle na

rakovinu kosti v pouhých 29ti letech. Zanechala zde dva potomky, Evu a jejího mladšího bratra. Pracovala jako švadlena a milovala módu a život. Jak Eva popisuje, byla skvělou matkou, kterou ji někdo vzal, aniž by věděla proč. Tento náhlý zlom v životě Eva hodně zdůrazňuje a je vidět, že ji utkvěl v paměti a je stále silný a živý. Následně již nikdo nenahradil místo mámy v jejím životě. Toto prázdné místo se stalo velkým činitelem v budoucím životě Evy.

#### **Anamnéza bratra:**

Eva zmiňuje jako důležitou rodinnou osobnost svého mladšího bratra. O rok mladší, sportovně založený, sebevědomý a často flegmatický. Tak jej popisuje Eva. Důležitost jeho osobě přikládá, že v období dětství byl velice důležitou osobou, která stála při ní. A přisuzuje mu velkou váhu ve zvládnání základní školy a tohoto období. Následné odloučení a začátek drog jejich vztah velmi narušil. Po smrti matky převzala víceméně rodičovskou roli a mladšího bratra vychovávala s pomocí babičky. Zde Eva mluví o chaosu, který způsobil, že Eva nenašla v rodině svoji roli. Starala se o bratra a pomáhala v domácnosti, ale nikdo se nevěnoval jí jako dítěti a dívce. Zde je velká absence matky. Dle slov Evy, bratr měl více společných témat s otcem jako byl sport a podobně, a tudíž více zvládl tragickou situaci a vypořádání. Zatímco absence matky byla až příliš citelná. Nyní je vztah s jejím bratrem na lepší cestě a mohlo by se říct, že se vrátil do starých kolejí.

#### **Anamnéza babičky:**

Babička, nyní má 75 let, pocházela z rodiny, kterou postihla tragédie. Když byla malá její otec se zabil na motorce. Jelikož měli velký dům a zvířata, musela se začít starat i o domácnost a o svoji mladší sestru. Babička působila celý život ve školství, kdy byla ředitelkou ve školce. Evu začala vychovávat od smrti mamky, kdy se nastěhovala Eva s bratrem přibližně na dobu 8 let. Pět dní v týdnu u babičky a dva dny u táty. Tak vypadal život Evy. Střídající výchova nepřispěla ke stabilitě. Výchova babičky se dá popsat jako opičí láska, kdy se babička až úzkostlivě starala o Evu a jejího bratra. Rozkazování, pomáhání a prakticky žádné nechávání zodpovědnosti Evu poznamenalo. Eva mluví o velké absenci citů a lásky, kterou potřebovala ve chvílích, kdy nebyla matka poblíž.

### **9.2.2 Rodinné prostředí**

Prostředí rodiny Eva vidí jako velký podnět pro důsledek jejího chování. Zdůrazňuje, že se nemluvilo vůbec o smrti matky. Tím potlačovala emoce a nedokázala se vyrovnat se smrtí matky. To následně podkopalo živnou půdu pro horší budoucnost nastěhování macechy do rodinného prostředí, které Eva měla za útočiště. Bere to jako zradu, ale nedává nic najevo. Byť podvědomě cítí, že byla přesunuta na vedlejší kolej a do popředí se dostává macecha a její dítě, které si přivedla do rodiny. Přísné kritéria ve vzdělání a dosahování úspěchů se staly pro Evu normou, kterou byla zvyklá překonávat. Byla naučená, že chyby se nedělají a velký důraz kladla, jak to znala od její babičky, na hodnocení okolí. Mluví o velkém potlačování svých tužeb, kdy neřídila vlastní život a hodně se podřizovala, protože to považovala za normální. Ztrácí pocit sounáležitosti a nemůže najít oporu v rodině.

### **9.3 Zdravotní anamnéza**

Zdravotní anamnéza Evy je velmi dobrá. Uvádí, že nikdy netrpěla nějakou vážnou nemocí či by měla něco zlomené nebo podobné zdravotní trauma. Dětství prožila bez vážnějších komplikací, kdy měla klasické dětské nemoci, od chřipky po neštovice. Vidí se jako svědomitou ženu, která dbá na své zdraví. I při užívání drog myslela na zdraví a chodila na prohlídky a pravidelné kontroly HIV či žloutenky. Vždy byla negativní. Nyní trpí obtížemi s GIT, které ji ještě nikdo blíže nespécifikoval, uvádí, že to může být ze stresu z práce.

Následně dodává, že pokud by měla určit problém zdravotní, který ji ovlivnil, byly by to potíže s akné, kterými začala trpět v sedmé třídě a trvaly až do dospělosti. To ji prý hodně sráželo sebevědomí.

Psychologická, potažmo psychiatrická anamnéza je diagnostikována na nespecifické poruchy způsobené užíváním drog. Diagnostikována hraniční porucha osobnosti.

### **9.4 Sociální anamnéza**

Eva nyní bydlí s přítelem v bytě 2+1, společně s dvěma papoušky. Bydlí zhruba 50 km od svého domova, kde vyrůstala. Pracuje v bance na velmi slušné pozici, která ji zabezpečuje velmi dobrý plat. Přes všechny překážky, které měla, dokončila úspěšně vysokou školu. To ji pomohlo k lepší pozici v momentální práci.

## 9.5 Drogová anamnéza

Možná nepřekvapivě začala Eva vyprávět o své drogové minulosti s první zkušeností s nikotinem, která bylo zhruba kolem osmé třídy. Odvolává se na to, že to tak měl zřejmě každý, že vyzkoušel cigaretu. To bylo pak na delší dobu vše. K alkoholu nikdy neměla vztah velký, až nyní si prý občas dá skleničku, ale v rámci velké míry.

S pervitinem se poprvé setkala v první ročníku na střední škole. Kde, jak víme, vklouzla do cizího prostředí, a to společně s potlačeným traumatem a emocemi nezvládla. Říká, že to šlo velmi rychle. Dostala se do party lidí užívajících pervitin a závislost se rozjela rychleji, než očekávala. Začala si obstarávat pervitin sama, do školy přestávala chodit a hromadily se absence vyučování. První pocity, kdy začala vnímat svoji závislost, bylo ve škole. Kde začala pociťovat velké bažení a touhu si drogu vzít. To začala pociťovat, že situace už není sranda. Eva celkově v rozhovoru o drogách a závislostním chování působí velmi uvědoměle a sebereflexe je velmi silná. Situace popisuje velmi přesně. Přesto, že to věděla, užívání se stalo součástí jejího života. Rodina nicméně nic netušila, Eva se snažila své užívání skrývat. Znamky se rapidně zhoršily, spousta neomluvených hodin, přestala mít zodpovědnost za svoje činy, zanedbávala své staré přátele a koníčky. Silně vznikl pocit vzteku a hněvu na rodinu a macechu, která tou dobou stále bydlela s její dcerou u otce. V tuto dobu také nastal zlom v bydlení, kdy se *Eva musela přestěhovat na stálo od babičky k tátovi zpět domů v prvním ročníku střední školy*. To Eva zmiňuje jako další silný zlomový moment. Situace vygradovala do takové míry, že Eva ve druhém ročníku nezvládla svou akutní intoxikaci na Nový rok, a v tom stavu ji náhodně uviděl její otec. Tomu vše došlo, a tak zavedl Evu domů, kde se strhla hysterická a dramatická scéna, kdy musela dorazit záchranka a policie. Následně Evu převezli proti její vůli na psychiatrii. Zde Eva cítí zradu ze strany otce, tedy další zradu v jejích očích. Zázitek z pobytu na psychiatrii bere jako velmi traumatický. Byť tam byla přibližně týden.

Po návratu domů následovalo vyloučení z gymnázia a přestup na obchodní akademii, kde Eva vydržela přibližně půl roku a následně přestoupila na učňák. Tyhle tři roky popisuje jako kontrolované užívání, kdy se střídaly jízdy s půl roční abstinencí. Pervitin v tu dobu začala brát jako berličku v jejím životě a útěk někam, kde ji bylo dobře. Někam kde patřila.

Po úspěšném složení zkoušky na učňovském oboru se Eva rozhodla pokračovat na nástavbu, aby si dodělala maturitu. Zde měla přítele K., kvůli kterému dokázala se pervitinu naprosto vzdát. Tyto dva roky popisuje Eva jako vrácení v čase, kdy byla opět úspěšná. Ve škole reprezentovala v různých předmětech, jako byla matematika, němčina,

angličtina, firemní podnikání a podobné. Měla vyznamenání a dostala se následně na všechny vysoké školy, které si zapsala, ty byly tři. Nakonec si vybrala vysokou školu v Olomouci, kam se velmi těšila a dle svých slov neměla v tu chvíli na drogy ani pomyšlení. Tuto dobu se zhoršoval její vztah s K., který byl citově závislý na Evě. To se naplno projevilo při přechodu na kolej, kam Eva musela. V tuto chvíli Eva stála před volbou škola nebo vztah. Následovalo citové vydírání a velký psychický propad Evy. Půl roku v cizím prostředí a výhrůžky od bývalého přítele na ni zanechaly větší dopad, než bylo zdrávo.

Po půl roce si Eva našla partu lidí užívající pervitin. Říká, že měla potřebu utéct, osvobodit se, a zbavit se toho velkého tlaku a bolesti, kterou ji realita přinášela. Po dvou měsících byla v takové situaci, ve které nebyla ani na začátku svého prvního užívání na střední. Začala být závislá ještě více a zde začala užívat i intravenózně. V minulosti ji tento způsob užívání nelákal, ale nyní se stal prioritou. Tou dobou bylo Evě již kolem 22 let. Toho času její přítel, který byl podstatně starší, než Eva se rozhodl pro mladší partnerku, a to byl signál pro Evu, že takhle žít nechce. Její sebeuvědomění, že nechce dopadnout jako bezdomovec bylo tak silné, že se rozhodla pro abstinenci. Potkala svého nynějšího přítele, kvůli kterému si dala slib, že to zvládne.

Zde Eva se dlouze zamýšlí a podotýká, že její začátky či konce závislosti byly vždy spojené s přenesením závislosti na osobu či druhou závislost. Vznik prvotní závislosti na střední škole byl způsoben, že začala být závislá na vztahu s tehdejší dealerem I., který ji dodával pocit bezpečí a sounáležitosti. Věděla, že někam patří a ty drogy šly paralelně vedle toho. Svými slovy popisuje, že parta užívajících se stala její rodinou a ona se tak naprosto rozplynula v jejich přítomnosti a ztratila svoje hranice, svoji osobnost. Další přestávka v užívání byla při dělení nástavby, kdy si pomáhala občasným užíváním marihuany. Zde ale zdůrazňuje, že to měla pod kontrolou. Cigarety a marihuana ji příležitostně pomáhaly při přestávkách od pervitinu. Vždy se zvýšila jejich spotřeba při abstinenci od pervitinu a snížila při opětovném užívání pervitinu.

Své ukončení závislosti na pervitinu, ve svých 24 letech připisuje přenesení závislosti na svého současného přítele T., kterého ze začátku brala jako převozníka z drogového světa do reality. Opět ho použila jako berličku pro přenesení zodpovědnosti za svůj život na někoho či něco jiného. Tuto závislost na něm popisuje jako čtyřletou s následnou klesající tendencí. Pociťovala naprosté odevzdání svého života do jeho rukou. Vnímá to a ví to velmi dobře. To měla za příčinu, že postupně ztratila veškeré kamarády a přátelé z minulosti. Což bylo dobře vzhledem k tomu, že ztratila kontakt na lidi, kteří užívali. Méně příjemná byla ztráta přátel, kteří neužívali. I s těmi se přestala bavit. Postupně začala kouřit, to trvalo zhruba čtyři

roky do doby, než před dvěma lety našla vztah ke sportu, konkrétně crossfitu a zdravému stravování. Zde se Eva našla a vidí v tom nyní svůj velký smysl života.

Zde narážíme na momentální problém závislostního chování u Evy, a to ten, že se potýká s ortorexií, která se u ní projevuje v posedlosti zdravého stravování. Její kontrola jídla ji zasahuje společně s nadměrným cvičením do života.

Pro lepší přehled zde uvedeme časové body užívání a závislosti Evy:

Pervitin: 15-24 let, užívání pervitinu s přestávkou zhruba 2,5 roku od 20 let

Tabák: 15-28 let užívání, záviselo na vzrůstající či klesající tendenci užívání pervitinu

Marihuana: Na stejné bázi jako tabák

Vztahová závislost:

- první rok na střední vybudovaná závislost na dealerovi
- ve 24, vybudovaná cca 4letá závislost na nynějším příteli

Ortorexie: 28 let – nyní

## 9.6 Léčebná anamnéza

V anamnéza ohledně léčby se Eva zmiňuje jako první o pobytu na psychiatrii, kde skončila po akutní intoxikaci ve druhém ročníku na střední škole. Zde viděla lidi, kteří nedokázali ovládat svůj močový měchýř, svázané svěrací kazajkou uprostřed chodby na židli. Nemožnost mít u sebe mobilní telefon a spojit se s okolním světem bylo velmi traumatizující. Po této intervenci byla nucena docházet deset měsíců k psychologovi, kde, jak zpětně uvádí, chodila na truc a nic si z toho neodnesla.

Další léčebná intervence se udála první rok na vysoké, kdy po půl roce nezvládla rozchod s jejím bývalým přítelem K., který se pokusil o sebevraždu a citově ji vydíral. Zde Eva dodává, že to byla především pomoc pro její psychiku, a ne závislostní chování. Byla umístěna na psychiatrii v Olomouci na šestitýdenní pobyt, který byl velmi intenzivní s následným šestitýdenním ambulantním docházením na psychoterapie. Užívala zhruba šest diazepamů denně. Paralelně s tímto procesem, ale již byla chycena do party uživatelů, kde, ihned po léčbě propadla do užívání pervitinu. Zpětně tuto skutečnost hodnotí, ale velmi

pozitivně, jelikož si z těchto intervencí odnesla velmi mnoho a v budoucích chvílích je použila.

Jako poslední intervenci uvádí, při své definitivní abstinenci, kterou započala ve 24 letech, vyhledala sama v protidrogovém centru KBT terapie. A s pomocí pár sezení si urovnala své pocity a myšlenky ohledně drog. Z toho, jak sama uvádí, čerpá i nyní.

## 10 Vyhodnocení stanovených cílů

V následující části se budeme věnovat stanoveným otázkám, respektive cílům, které vyplynuly či jsme si je stanovili na začátku výzkumné práce. Vyzdvihneme zde nejdůležitější informace a okamžiky z popisu života Evy, která bude transparentně ukazovat pohnutky v jejím chování. A situace či okamžiky, které ovlivnili její budoucnost či stále ovlivňují. To vše propojíme s teoretickou částí, která nám pomůže s identifikací určitých jevů.

Hlavním cílem této bakalářské je popsat a zmapovat rozvoj sekundární závislosti v období abstinence z pohledu uživatele. Tedy u respondenta, který má za sebou úspěšně zvládnutou léčbu či překonanou závislost.

### 10.1.1 Vzniká u abstinujícího uživatele sekundární závislost? Pokud ano, jak ji lze charakterizovat z hlediska dynamiky, jejího objektu, projevů a důsledků?

Dle dosažených výsledků z rozhovoru se domníváme, že sekundární závislost u Evy nastupuje velmi pravidelně v daných intervalech. Respondentka hledá stále únik z reality do světa, kde najde ocenění a místo kam bude patřit.

Z hlediska dynamiky lze říct, že se tato skutečnost rozvinula přibližně v 15ti letech kdy napovrch vyplynula potlačená traumata a nevyřešené emoční rány, které způsobilo úmrtí matky, nedostatečná komunikace a ošetření Evy v traumatu po smrti matky. Společně s následným přistěhováním macechy s její dcerou do domova Evy.

V charakteristice objektu sekundární závislosti můžeme definovat různá závislostní chování. Jako první je definováno užívání pervitinu, s nastupující závislostí na vztahu, podpořené marihuanou a cigaretami. To vše se přibližně deset let střídalo v určitých obdobích, kdy Eva utíkala od jedné závislosti k druhé. Nyní je ve stavu, kdy abstinuje od všech zmíněných závislostí, ale objevila se u ní *ortorexie*. Kdy se Eva našla a utekla do světa zdravé nutriční a cvičení.

To jsme si potvrdili pomocí diagnostiky MKN-10, kterou jsme použili pro srovnání s klasickou závislostí, například na pervitinu, kterou si Eva prošla. Zde vidíme shodu v látkové a nelátkové závislosti

#### **10.1.1.1 Diagnostika MKN-10**

- 1) *Silná touha* – Eva zmiňuje, že si nedokáže představit den bez toho, aniž by řešila jídlo nebo cvičení. Například při nevolnosti nebo pocitu, kdy jí není moc dobře, stejně musí jít cvičit. Toto kompulzivní chování ji ztěžuje život do velké míry. Její vnitřní hlas ji nedovolí mít čisté svědomí, pokud si nedopřeje zdravé jídlo nebo intenzivní cvičení.
- 2) *Zanedbávání potěšení či jiných zájmů a koníčků* – Zde u Evy nastala situace, že po začátku abstinence neměla velkou společenskou síť přátel nebo zájmů. Jejím jediným objektem byl její přítel, na toho byla fixovaná přibližně čtyři roky, dokud neobjevila svoji vášeň ve zdravé stravě. Nyní je jejím centrem pozornosti komunita crossfitu a její členové společně se zájmem o zdravou výživu. Přítel momentálně přechází do pozadí a Eva se odprošťuje od fixace na něm. Je si vědoma, že nová fixace na komunitu sportovců není zdravá.
- 3) *Potíže v kontrole užívání* – Eva uvádí naprostou kontrolu až posedlost v tom co jí, případně co bude vařit. Její chování je velmi nepříjemné u rodinných příslušníků, například v otázce návštěvy, kdy si Eva nedovolí sníst něco co není v souladu s jejím režimem. Uvádí stálé myšlenky na přípravu jídla a vyzkoušení nových pokrmů. To stejné uvádí s problémem kontroly cvičení, kdy i přes svůj občasný nepříznivý zdravotní stav musí jít cvičit.
- 4) *Pokračování v užívání navzdory jasnému důkazu škodlivých následků* – Zde je velkým problémem v její tělesné hmotnosti. Již tak Eva prý byla vždy hubená, ale zde ji okolí hodně nabádá a hodnotí, že to je až přespříliš. Objektivně bychom se přikláněli k názoru okolí. Eva působí velmi křehkým dojmem. To dokládá také informací, že má problémy s pravidelností menstruace, která se odvíjí od jejího energetického příjmu.
- 5) *Zvýšená tolerance* – Zde Eva uvádí příklady ze světa crossfitu, kdy ví, že dříve jí stačilo dvakrát či třikrát zajít na trénink, nyní ale ví, že s narůstající kondicí a potřebou cvičení ji nestačí dávno zaseté dávky tréninku. To stejné pocituje v opakování počtu cviků či délce, kterou daný cvik cvičí. Zde si Eva prodlužuje intervaly. Pro názornost uvádí, že pokud se rozhodne skákat přes švihadlo,



méně než 45 minut nebude skákat, protože jinak by to nemělo smysl a význam. Proto se dostává do situace, že i když je vyčerpaná, tento limit musí splnit. V sektoru zdravé stravy vidí zvyšování tolerance v příkladu kontroly, co jí a co nejí.

- 6) *Somatický odvykací stav* – Zde nelze diagnostikovat somatický odvykací stav, typický pro látkovou závislost. Eva jen zmiňuje velké napětí a úzkost v případě, že nemá pod kontrolou cvičení či přípravu jídla.

Pro lepší přehlednost z historie jejího závislostního chování, ještě doplníme diagnostické body pro závislost na vztazích, kterými si Eva prošla.

#### **10.1.1.2 Diagnostická kritéria pro závislost na vztazích**

Pro ukázkou Eviny závislosti na vztazích, které se odehrály v minulosti, jsme vybrali příručku DSM-IV, kterou uvádí Röhr (2016) ve své publikaci. Zde byla vytvořena kritéria pro závislou poruchu osobnosti. Z následujících osmi bodů musí být splněno alespoň 5.

1. Je pro ni těžké rozhodovat v běžných záležitostech, aniž by se dostatečně vyptala druhých na radu a potvrzení.
2. Nutí druhé, aby přebírali odpovědnost za nejdůležitější sféry jejího života.
3. Je pro ni těžké zastávat vůči ostatním lidem odlišné mínění, a to ze strachu, že by přišla o podporu a souhlas.
4. Je pro ni těžké něco sama začít nebo nezávisle provést (spíše z důvodu nedostatečné důvěry ve vlastní soudnost nebo schopnosti z nedostatku motivace nebo energie).
5. Dělá všechno možné, aby si udržela náklonnost druhých, až po dobrovolné přebírání nepříjemných činností.
6. Bez druhých ji není dobře nebo si připadá bezmocná, protože má přehnaný strach, že se o sebe nedokáže postarat.
7. Jakmile skončí jeden blízký vztah, naléhavě hledá jiný jako zdroj péče a podpory.
8. Ovládají ji nerealistické úzkosti z toho, že bude opuštěna a bude se muset o sebe postarat.

V těchto bodech Eva odpověděla na všechno ano. To znamená, že v každém zmiňovaném vztahu byla závislou. Její hluboká a nadměrně silná touha být zaopatřena, vede k připoutání k osobě a velkému strachu z opuštění či rozchodu. Počátek těchto potíží je

vnímán k věku ranné dospělosti, tedy věku, kde se s tím Eva poprvé setkala. To vše můžeme brát jako důsledek úmrtí matky, která zemřela nečekaně v jejím dětství.

Charakterizace projevů a důsledků můžeme uvést výše zmíněné diagnostické body v oblasti závislost. Projevy Eva pociťuje velmi dobře a svojí sebereflexí definuje svoji momentální situaci jako za velmi rizikovou. Ví, že podobné chování praktikovala v minulosti s drogami či partnery. Pocit vlastního nízkého sebehodnocení a nízkého sebevědomí přenáší na někoho, v tomto případě na komunitu lidí, kteří cvičí s Evou. Důsledky Eva vnímá v naprosté nesvobodě při konzumaci jídla nebo plánování času, kdy musí splnit daná kritéria pro naplnění pocitu spokojenosti. To se odráží ve vztahu s přítelem, kdy toto chování začíná narušovat jejich vztah. Eva přechází ze závislosti na vztahu, kdy vztah byl jediným faktorem v jejím životě, do závislosti, kdy opouští prostor vztahu a oddává se a rozplývá se v potřebách cvičení a zdravého životního stylu v podobě zdravého stravování.

### **10.1.2 Za jakých okolností si postižený rozvoj sekundární závislosti uvědomuje a jakým způsobem s ní pracuje?**

Eva si situaci a vážnost jejího stavu uvědomuje velmi dobře. Mluví o tom s rozvahou a velkým klidem, kdy ví, jak moc vážná situace může nastat. Uvědomuje si tuto situaci především v momentálních dnech, kdy je svázaná potřebou někam patřit. Tato potřeba se u ní vyskytla v minulost a vždy vedla k rozvoji závislostního chování. Pocit ocenění a zájmu o její osobu ji dodává pocit štěstí, který se snaží udržet a zvětšovat. Předpokládá, že tyto potřeby již vztah vyčerpал a ona tak musela hledat jinde. Neumí kontrolovat prožívání a do všeho se bezmezně pustí a oddá se tomu. Ví, že neumí stanovit a definovat vlastní hranice a potřeby. Žije proto pro potřeby druhých a často utíká před zodpovědností z reálného života. Tyto úniky jsou pro ni dobře uchopitelné a ví o nich.

Nyní je v situaci, že teoreticky ví, co se jí děje, ale neumí s tím pracovat. Sama říká, že je to jako by na svůj život koukala z perspektivy a neměla možnost sama ovládnout tok věcí, které se dějí. Přemýšlí, že by docházela na terapie, ale nechce o tom momentálně rozhodovat sama. *Uvítala by, kdyby to za ni někdo rozhodl a postavil ji před hotovou věc.*

### **10.1.3 Jaké příčiny rozvoje sekundární závislosti postižený udává?**

Zde definujeme jasné činitele rozvoje sekundární závislosti. Domníváme se, že tyto stejné činitele byly spouštěčem i první, primární závislosti. Zlomové body považujeme *úmrtí*

*matky, nastěhování macechy, nucené přestěhování od babičky k maceše a otci.* Zde se vytvořilo podhoubí pro závislostní chování. Nedefinování role dítěte, pocit nesounáležitosti, nízké sebevědomí, ztráta zodpovědnosti za svoje činy, špatné vývojové osvojení separace od rodiny, nutkavý pocit ocenění. Absence matky v emočním dospívání v ženu. Následně bychom mohli rozvinout další znaky jako jsou perfekcionismus, vysoké nároky na výkon, velká disciplína, nedovolení udělat chybu či závislost na hodnocení od okolí. To vytvořilo naprosto nízkou sebedůvěru ve své schopnosti a následné vytvoření pocitu závislosti na okolí.

#### **10.1.4 Jaký vliv na sekundární závislost měla rodina, případně rodinné prostředí?**

Zde vidíme velký vliv na nezvládnutí u protektivních opatření proti následnému rozvinutí dalších závislostí. Ze strany rodiny nebyla snaha pro zajištění základních psychických, emočních potřeb, které by nasměrovaly Evu ke zdravému vývoji. V rodině se vždy řešil důsledek, tedy závislostní chování, místo příčiny, které způsobilo rozvoj závislosti. Neschopnost komunikace s Evou o úmrtí matky a jejích potřebách byla velkým zlomem pro její následné chování, které si přenesla i do současnosti a potýká se s dalším problémem, a to ortorexíí.

#### **10.1.5 Jaké životní události považujete za klíčové v rozvoji Vaší závislosti? Spojujete tyto momenty/tento moment s následnou závislostí?**

Zde se opakující traumatické zážitky z minulosti odrážejí v nynějším chování Evy, která neumí pracovat s traumaty z minulosti, a to ji stále pronásleduje.

Nezpracované úmrtí matky, narušení role a odsunutí na vedlejší kolej otcem, nastěhování do nevídaného prostředí. Již zmiňované faktory, které Eva uvádí jako příčinu rozvoje. Zde si vybudovala podklad pro tvoření závislostních smyček. Potřeby docenění, pocit sounáležitosti, závislost na vztazích, okamžité pocity štěstí. Zkratkovité jednání, které pomohou pro únik z reality a neřešení problémů. Můžeme tedy říct, že spojení primární a následné závislosti je prakticky totožné.

#### **10.1.6 Jaké charakteristiky momentálního závislostního chování jsou z hlediska diagnostiky shodné se závislostním chováním primárním?**

Charakteristiky identifikujeme jako typické pro závislostní chování. Jsou jimi impulzivita, kterou Eva disponuje ve zlomových chvílích, kdy utíká emočně od problémů do světa, který ji přinese okamžité potěšení a euforii a pocit, že někam patří. Tento pocit

definujeme jako nejdůležitější ve vzniku závislosti, protože jsme na tomto světě, je důležité někam patřit. Pokud máme dilema a nevíme kam patříme, pak nejednáme racionálně a volíme emoční útěk, tou nejjednodušší cestou, kterou náš mozek zná. Vyhledávání nového je u Evy zřejmé. Následná tolerance, která zapříčinila, že bez drog a závislostního chování v realitě nemohla fungovat, jelikož podněty, které přicházely zvenčí, nebyly dostatečné pro její pocit uspokojení. I to je momentální důvod, proč Eva vyzkoušela crossfit a zdravé stravování. Naprosto nová oblast, kde se Eva může realizovat a dosahovat tak pocitu uspokojení, který nedokáže vyprodukovat z běžného fungování v životě. Stejná charakteristika je zde při nalezení krátkodobého uspokojení upřednostňovaného před dlouhodobými cíli, které přinesou uspokojení za delší časový úsek.

### **10.1.7 Je možné identifikovat nějaká protektivní opatření či faktory, případně jaké?**

Je zřejmé, že Eva nedisponuje velkou copingovou strategií a ochranou v případě nástupu a formování nového závislostního chování. Vstupuje ze závislosti do závislosti od svých 15 let a snaží si najít místo, kam by patřila. Sama o tomto problému ví a je si vědoma, že její léčebná intervence nebyla dostatečná, proto aby to zvládla. Není sporu o tom, že jen stěží se vymaní z okovů závislosti, pokud bude nečinně přihlížet. Je pevně přesvědčena, že je dostatek času proto, aby mohla nastoupit do terapie, kde by se protektivnímu chování naučila. Dodává, že nechce dopustit, aby v následné výchově svých dětí si projektovala své traumatické zážitky a mezery v emočním vývoji. Závislost přenesená do vlastního dítěte následně může způsobit úzkostnou poruchu u dítěte a nezdravý vztah matky s dcerou či synem.

## **11 Diskuze a závěr**

### **11.1 Diskuze**

Tato bakalářská práce formou případové studie popisuje rozvoj sekundární závislosti, v tomto případě sekundárních závislostí v životě abstinující uživatelky, která překonala primární závislost, konkrétně na pervitinu. Teoretická část se věnuje postupně problematice závislosti od základních pojmů, přes definici vzniku a vývoji závislosti, které souvisí také s poruchou osobnosti a následných přesmyků k jiným závislostem. Dále se věnuje konkrétně problému ortorexie, se kterou se momentálně respondentka potýká. Výzkumná část si kladla za cíl popsat rozvoj sekundární závislosti. Podařilo se shromáždit všechny informace

a poznatky k propojení primární a sekundární závislosti. Popisuje průběh vzniku a následné prožívání životních období, které se podílely na stálé tvorbě závislostního chování. U respondentky můžeme vidět velmi mnoho podobných faktorů, které způsobují, že závislostní chování se vytváří stále, byť je překonaná primární závislost. Dle modelu bio-psycho-sociálního se závislost vyvinula vždy podobným způsobem, který respondentka reflektuje. Díky této kasuistické práci jsme měli možnosti poznat životní zlomy a podněty, které definovaly a utvořily počátek závislostem v životě respondentky. Spojení především psychologického a sociálního kontextu v životě respondentky. Traumatické prožívání životních situací, které se spojily s nešťastnou výchovou a lpěním na v té chvíli nedůležitých faktorech, zanechaly v respondentce velké problematické vývojové nedostatky. Rodinné prostředí, které zprvu nevytvářelo prostředí pro vznik závislosti se proměnilo v prostředí, kde respondentka nemohla dosahovat svých potřeb a tím vznikla velká nejistota v jejím prožívání a úloze jedince. Typické osobní charakteristiky vybudované díky výchově u babičky byly predispozicí pro vznik nejistoty a nízkého sebevědomí, jdoucí ruku v ruce výrazným perfekcionismem, které nebylo ošetřeno dostatečnou láskou a přijetím. Absence obou rodičů v dospívání byl klíčovou rolí v tomto případě. Následná rostoucí frustrace a vztek či vzdor byly neudržitelné a vypluly na povrch díky změně prostředí, která se ukázala jako klíčová. Cizí prostředí v kombinaci s křehkým Já, bylo spouštěčem pro primární závislost. Jak již avizoval Hajný (2015), obtížné situace v dětství a dospívání pomáhají k tvorbě slabého Já, které těžko zvládá emoce a neumí si stanovit hranice. Slabost, nejistota, ztráta kontroly nad svým chováním jsou velkým problémem pro jedince. To může zvrátit vnější faktor rodiny, která zajišťuje pocit bezpečí a ochranu při těžkých situacích. Zde víme, že přesně tyto aspekty Evě v dospívání po ztrátě matky chyběly. Následné období devíti let bylo útekem a nezvládnutím situace, kdy po relativně pomyslném dobrém konci příběhu se objevuje další závislost v podobě ortorexie, se stejnými spouštěči jako u předešlých situací.

Je zde zřejmé, že závislosti poskytují únik od reality a řešení podstatných problémů. Naprosto nepředstavitelné je pro jedince brát zodpovědnost za důsledky svých činů vážně.

Můžeme nyní diskutovat, do jaké míry je společnost schopna řešit tuto problematiku spouštěčů, kterým se ukazuje vývojové období dítěte a dospívání jako jedno z nejdůležitějších období. Klasické podnícení závislosti z absence rodinného přijetí či chybějící lásky. Nevyřešené emoční konflikty a traumata, které možná předchozí generace nevnímají nebo je berou jako stigma o kterém se nemluví. Takzvaný attachment, připoutání, které je důležité v dětství, je bezesporu jedno z nejdůležitějších ochranných faktorů, společně s následnou

zdravou separací, a je velkou proměnnou v rozvoji závislosti. Jak již víme z teorie, bezpečné připoutání dává jedinci sílu přečkat těžké emoční situace, podělit se o tíhu problému s druhými. Zde nalézáme u Evy velký problém zvládat vnitřní boj s úzkostí, kterou neumí dobře zpracovat. Absence blízké osoby, se kterou by tyto problémy sdílela, pravděpodobně osoba matky, zde primárně chybí, a to vytvořilo velkou díru pro zvládání situací. Pokud by osoba matky byla v dospívání přítomna, je velká pravděpodobnost, že by Eva měla zdravý attachment. Je tedy velkým otazníkem, zda se stane toto období a tato problematika opravdovým faktorem prevence a pozornosti veřejnosti. Protože se můžeme z této práce domnívat, že poruchy v této sféře vedou k látkové, ale i nelátkové závislosti.

Tato práce nám umožnila se seznámit blíže s životním příběhem, který stále definuje sekundární závislost jako velkou hrozbu v životě jedince, který překonal primární závislost. Dokazuje, že i přes počáteční ideální dětství do 8 let, je psychika jedince velmi zranitelná. A zdánlivě společenské, inteligentní a nadprůměrně úspěšné děvče může situaci díky mnoha faktorům nezvládnout. A i s vědomím, že rodina dělala nejlépe vše, jak mohla, s dobrými úmysly, nestačilo to k protektivnímu výsledku. Zde můžeme hovořit o možné nevědomosti či neochotě.

Jsme si vědomi, že je mnoho faktorů, které mohou tuto práci ovlivnit ať již přímo nebo nepřímo. Tak jako je zvykem v kvalitativních výzkumech, které sčítají malé množství respondentů, je odkázána tato práce na riziko nemožnosti paušalizovat tento problém. Individualita jedince je neměřitelná a neopakovatelná, každý příběh je jedinečný. A pro transparentnost tohoto problému, který řešíme byl tento výzkum a zvolená metodika velmi vhodná. Ukázat a popsat podle jedinečného příběhu tuto problematiku. Dále si uvědomujeme, že tajemství má člověk vždy a předpokládáme, že takto svůj život vidí respondentka, ale nemuselo tomu tak být doopravdy. Pevně věříme, že se neuchýlila daleko od pravdy. Víme, že nám mohla zatajit různé skutečnosti. Dále si uvědomujeme, že respondentka mohla informace zatajit či nevyslovit v naprosté úplnosti.

Limitů vždy najdeme mnoho, málo probádané adiktologické území sekundárních závislostí, které se objevují ve formě nelátkových závislostí, tedy závislostního chování. Již to samo o sobě vždy v odborné sféře vyvolává vášnivé diskuze. Návykové chování, nelátkové závislosti, závislosti na procesech, kompulzivní jednání, ta tenká hranice diagnostiky a opatrnost při vyřčení jakéhokoliv soudu.

Věříme, že se nám i přesto podařilo daný problém popsat s nejlepším vědomím a svědomím skrz respondentku, která vyprávěla svůj příběh. Určitou nadstavbou pro tuto práci by mohla být intervence v následných krocích Evy, která nemá ani zdaleka vyhráno

a potýká se opět s problémem, který budeme muset řešit, pokud bude chtít žít život bez závislostí.

## 11.2 Závěr

Bakalářskou práci *Rozvoj sekundární závislosti z pohledu uživatele v období abstinence* jsme rozdělili na dvě části, teoretickou a praktickou. Část teoretická se věnuje a popisuje definici závislosti. Vymezuje pojmy, které jsou pro naši práci důležité, jako je vznik závislosti, činitele podporující vznik závislosti, poruchy osobnosti nebo relaps.

V druhé části výzkumné se věnujeme respondentce Evě, která se stala vhodnou kandidátkou pro náš výzkum. Má za sebou primární závislost užívání pervitinu, kterou prolínala s dalšími návykovými látkami a závislostním chováním. Nyní je ve stavu, kdy propadla relativně novému pojmu *ortorexie*. Tedy závislosti, kterou definujeme jako posedlost na zdravém jídle. Jejím světem se tedy stalo zdravé jídlo a crossfit. Byť se to jeví jako dobrá pohnutka a smysluplná činnost, přerostlo to v něco většího, což lze nazývat nástupem další závislosti v jejím životě. Pro tuto práci jsme definovali cíle, které jsme pomocí nestrukturovaného rozhovoru a komunikací s Evou následně zodpovídali a objevovali. Tyto metody popisujeme a následně představujeme Evu jako člověka s jejími oblastmi života. Nahlížíme hodně do minulosti a částečně do přítomnosti.

Mezi nejdůležitější výsledky naší výzkumné části patří poznatky, že u abstinujícího uživatele může vznikat závislost sekundární. Závislost nasedající na abstinenci jedince, který se zaměřil na abstinenci od primární látky, ale díky příčinám, které vyvolávají závislostní chování, neochránil vzestup dalších závislostí. Nově vzniklé sekundární závislostní chování má v drtivé většině stejné znaky závislosti dle MKN-10, jako závislost primární. Toto chování si respondentka uvědomuje plně a ví přesně okolnosti, které toto chování rozvíjejí. Potvrzuje tedy, že závislost je důsledek. Mezi největší příčiny rozvoje sekundární závislosti dle bio-psycho-sociálního modelu jsou oblasti psychologické a sociální, i přes zdánlivě ideální dětství respondentky. Podobnost charakteristik nastupujícího závislostního chování dosahuje podobných charakteristik, které měla primární látková závislost.

## 12 Seznam použité literatury

1. Blinka, L. (2015). *Online závislosti: jednání jako droga? : online hry, sex a sociální sítě : diagnostika závislosti na internetu : prevence a léčba*. Grada.
2. Bratmen, S. (1997). Health Food Junkies. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay>
3. Bratman, S., Knight D., (2000). Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway Books.
4. Cancrini, L. (1985). *Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. In Proceedings of the 9th World Conference of therapeutic Communities*. San Francisco, California: Walden House.
5. Cowan, J., Devine, C. (2008). *Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction*. *Appetite*, 50 (1), 33-42.
6. Dušek, K., Večeřová, A., (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada
7. Gleaves, D.H., Graham, E.C., Ambwani S. (2013). Measuring „orthorexia“: Development of the eating habits questionnaire. *The international Journal of Education and Psychological Assesment*, 12(2), 1-18. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/263808892\\_Measuring\\_Orthorexia\\_Development\\_of\\_the\\_Eating\\_Habits\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/263808892_Measuring_Orthorexia_Development_of_the_Eating_Habits_Questionnaire)
8. Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., Gorelick, D. A., (2010). *Introduction to behavioral addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*.
9. Hajný M., (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. *Klinická adiktologie (172-189)*. Praha: Grada.
10. Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Grada.
11. Cheung, Ch. K., Lee, T. Y., Lee, Ch. M. (2003). *Factors in Successful Realpse Prevention among Hong Kong Drug Addicts. Treating Substance Abusers in Correctional Contexts: New Understanding, New Modalities. Journal of Offender Rehabilitation*, 37 (3-4), 179-199.
12. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing
13. Kalina, K. (2019). Vztahy mezi poruchami osobnosti, závislostními poruchami a poruchami příjmu potravy. In *Poruchy osobnosti ve 21. století: teorie, diagnostika, terapie*. Praha, Portál. Nепublikováno



14. Kotulán, J. (2012). *Zdravotní nauky pro pedagogy (3. vyd)*. Masarykova univerzita.
15. Králíková, E. (2013). Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku – klíčová role ambulantních lékařů. In Csémy et al. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé*. CEPROS.
16. Králíková, E. (2015). Závislost na tabáku. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. *Klinická adiktologie (528-544)*. Praha: Grada.
17. Králíková, E., & Langrová, K. (2005). Současná léčba závislosti na tabáku v ČR. In *Edukační sborník*
18. Kudrle, S. (2003) Úvod do bio – psycho – socio spirituálního modelu závislosti. In *Drogy a drogové závislosti. I. Vydání (s. 91 – 95)* Praha. Úřad vlády České republiky.
19. Lečbych, M. (2013). *Kritická úvaha o závislosti na internetu*. Adiktologie, 13, 6.
20. Marhounová, J., & Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Empatie.
21. Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. USA: The Guilford Press.
22. McGregor, R. (2017). *Orthorexia: When health eating goes bad*. London: Nourish Books.
23. Miller, G. A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.
24. Miovský, M. (1996). *LSD a jiné halucinogeny*. Albert.
25. Nestler, E. J. (2005). *Is there a common molecular pathway for addiction? Nature neuroscience*, 8 (11), 1445 – 1449
26. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy (Vydání 4., aktualizované)*. Portál. <http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?sid=shorturl&isbn=80-7367-908-6>
27. Nešpor, K., & Csémy, L. (1997). *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládnout (4. rozšířené vydání)*. Besip.

28. Pavlovská, A., (2015). Prevence a zvládání relapsu. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. *Klinická adiktologie* (480-509). Praha: Grada.
29. Raboch, J. A Zvolský P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
30. Raboch, P. (2005). Poruchy osobnosti a chování u dospělých. In Zvolský, *Speciální psychiatrie*. Karolinum.
31. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
32. Rotgers F., (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha, Grada,
33. Röhr, H. -P. (2016). *Závislé vztahy: léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti (Vydání druhé)*. Portál.
34. Skála J., (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, Praha, Avicenum.
35. Vacek, J., Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6), 326-332.  
Dostupné z:  
<http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1a7dec9e-dbcf-454c-b25b-f9f5f645862a%40sessionmgr4007>
36. Vacek, J., & Vondráčková, P., Závislosti na procesech. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. (2015). *Klinická adiktologie* (513-527). Praha: Grada.
37. Vágnerová M., (2010). *Psychologie osobnosti*, Praha, Karolinum.
38. Zvolský, P. (2005). *Speciální psychiatrie*. Karolinum.

# Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

## Kateřinská 32, Praha 2

### Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>