

Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Katalin Robovski

Ženy s poruchou osobnosti a užívání návykových látek

Woman with personal disorder and substances use

Bakalářská diplomová práce

Vedoucí práce: PaedDr. Martina Richterová – Těmínová

Praha, 2022

PROHLÁŠENÍ

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „*Ženy s poruchou osobnosti a užívání návykových látek*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady 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

Podpis

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ROBOVSKI, Katalin. Ženy s poruchou osobnosti a užívání návykových látek. [Woman with personal disorder and substances use]. Praha 2022. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Těmínová-Richterová, Martina, PeadDr.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala PaedDr. Martině Richterové –Těmínové především za její trpělivost a pomoc s vedením bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a manželovi, díky kterým vidím svět a každou osobu v něm pozitivně. Další dík patří mým blízkým přátelům i známým, kteří mě v mém pohledu jen utvrzují. Respondentkám patří velké poděkování, jelikož mě pustily do svého vnitřního světa.

ABSTRAKT

Východiska: Adiktologická klientela má často komorbidní poruchu osobnosti. Každá porucha má svá specifika, taktéž pohlaví má dopad na užívání návykových látek. Není dostatek výzkumů, které by se zabývaly ženami s jednou z nejčastěji zastoupených poruch osobnosti – emočně nestabilní hraničního typu, které užívají psychoaktivní látky.

Cíle: Cílem výzkumu bylo detailně popsat a prozkoumat ženy v třetím decenniu s HPO v kontextu jejich zkušeností s NL. Konkrétně prevalenci, vzorce, důvody užívání a dopad užívání NL na symptomy poruchy.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor byl vybrán metodou samovýběru. Obsahoval 8 žen ve věku 20 – 30 let. Tyto ženy měly diagnózu emočně nestabilní porucha hraničního typu.

Metody: Výzkum byl kvalitativní a exploratorně-deskriptivní. Jednalo se o kolektivní případovou studii. Data byla získána pomocí semistrukturovaných interview, které byly nahrávány na diktafon. Analýza dat probíhala formou obsahové analýzy především deskriptivní a částečně teoretické.

Výsledky: Respondentky nejčastěji užívaly alkohol a konopné látky. Problémové užívání jakékoli NL bylo přítomno u více než poloviny z nich a trvalo okolo 2 let. Není u nich obvyklé polyvalentní užívání. Alkohol užívají ve společnosti a konopné látky upřednostňují užívat samy. Nejčastěji užívají NL kvůli autosanaci negativních pocitů, sebeustrukci nebo ve snaze být konformní se svojí sociální skupinou. Alkohol zhoršuje příznaky HPO jako je automutilace a depresivní ladění, mírné pocity úzkosti a pocit prázdnoty. Konopné látky zhoršují potíže s vlastní identitou a úzkost.

Závěr: Tato práce má otevřít téma užívání u vybraného souboru žen, které trpí stigmatizací ze stran společnosti i od odborné veřejnosti. Také má přispět k lepšímu pochopení jejich potíží, které je vedou k užívání návykových látek.

Klíčová slova: poruchy osobnosti–duální diagnózy–komorbidity–škodlivé užívání–ženy–návykové látky

ABSTRACT

Introduction: Addictological clients have often comorbid personality disorder. Each disorder has its specifics and gender also has an impact on substance use. So far, there has not been sufficient research focused on female psychoactive substance users with one of the most frequent personality disorders – borderline personality disorder.

Objectives: The aim of this research was to describe in detail and explore women with BPD in their twenties in connection with their substance use experience – in particular prevalence, patterns of use, reasons for use and substance use impacts on BPD symptoms.

Sample: The sample was collected with the help of self-selection sampling. It consisted of 8 women in the age between 20 and 30, who have been diagnosed with emotionally unstable personality disorder of the borderline type.

Methods: A qualitative and exploratory descriptive research in the form of a collective case study was carried out. The data was retrieved with the help of semi-structured interviews, that were recorded on a dictaphone. The data was mostly analyzed by descriptive and partially theoretical content analysis.

Results: The respondents used alcohol and cannabis mostly. Problem use of any addictive substance was present with more than half of the respondents and persisted around 2 years. Polydrug use is not common. Alcohol is used in company of others and cannabis is preferred to be used alone. The most frequent reasons for substance use are self-medication of negative feelings, self-destruction or pursuit of conformity with their social group. Alcohol worsens BPD symptoms as self-harm and depressive temper and mitigates anxiety and emptiness feelings. Cannabis worsens self identity problems and anxiety.

Conclusion: This thesis aims to open the topic of substance use by a selected sample of women who suffer from stigmatization, both from society and the specialists. It should also contribute to a better understanding of their issues that lead them to substance use.

Key words: personal disorder– dual diagnosis–comorbidity–harmful use–women–addictive substance

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1	ŽENY A NÁVYKOVÉ LÁTKY	3
2.1.1	FYZIOLOGIE ŽEN V KONTEXTU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	3
2.1.2	DŮVODY K UŽÍVÁNÍ	4
2.1.3	UŽÍVANÉ TYPY LÁTEK	5
2.1.4	LÉČBA	5
2.2	PORUCHY OSOBNOSTI	6
2.2.1	PORUCHY OSOBNOSTI A DEFINICE SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ	6
2.2.2	PREVALENCE	7
2.2.3	ETIOLOGIE	7
2.2.4	DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A TYPY PORUCH OSOBNOSTI	7
2.2.5	LÉČBA	9
2.3	HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI	10
2.3.1	ORGANIZACE OSOBNOSTI A PROJEVY HPO	10
2.3.2	DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA	11
2.3.3	PREVALENCE	12
2.3.4	ETIOLOGIE	13
2.3.5	LÉČBA	14
2.3.6	STIGMATIZACE	15
2.3.7	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZY A KOMORBIDITY	16
2.3.8	POZITIVA HPO	17
2.4	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁVYKOVÉ LÁTKY	18
2.4.1	CHARAKTERISTIKY OSOB S PO UŽÍVAJÍCÍ NL	18
2.4.2	SPECIFIKA UŽÍVÁNÍ	20
2.4.3	LÉČBA	20
2.5	HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI A NÁVYKOVÉ LÁTKY	21
2.5.1	LÉČBA	22
2.5.2	ŽENY S HPO A NÁVYKOVÉ LÁTKY	23
3	PRAKTICKÁ ČÁST	24
3.1	CÍL VÝZKUMU	24
3.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
3.3	DESIGN VÝZKUMU	24
3.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	25
3.4.1	ETICKÉ ASPEKTY	25
3.5	METODY TVORBY DAT	26

3.6	METODY ANALÝZY DAT	27
3.7	VÝSLEDKY VÝZKUMU	28
3.7.1	VYBRANÉ SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	28
3.7.2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 – JAKÁ JE PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NL U ŽEN S HPO VE VĚKU 20 – 30 LET?	29
3.7.3	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 – JAKÉ JSOU JEJICH VZORCE UŽÍVÁNÍ?	31
3.7.4	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 – JAKÉ DŮVODY JE VEDOU/VEDLY K UŽÍVÁNÍ?	35
3.7.5	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4 – JAKÝ DOPAD MAJÍ NL NA SYMPTOMY HPO?	38
4	DISKUZE A ZÁVĚR	40
<hr/>		
	POUŽITÁ LITERATURA	44
<hr/>		
	PŘÍLOHY	47
<hr/>		

1 Úvod

Během povinných praxí při studiu jsem měla možnost potkat velké množství klientek, které se ani po 30. roku věku nebyly schopny zařadit do společnosti. Trpěly špatnými interpersonálními vztahy, přestože v přímém kontaktu se zdály jako milé a bezproblémové osoby, které měly v životě pouze smůlu. Komunikace s nimi byla často vyčerpávající kvůli jejich potřebě zájmu o ně a nevědomé snaze na sebe strhávat pozornost vyprávěním někdy až fantastických historek plné traumatických zkušeností. Rychle ke mně jako naslouchajícímu stážistovi přilnuly. Jako nezkušený student jsem jim dávala mnoho své pozornosti i proto, že jsem měla pocit, že *teď* už skutečně pomáhám. Stáže však trvají pouze týden, a tak mi tyto klientky zmizely ze života. Nemusela jsem dále řešit, jak rozdělovat svoji pozornost a péči. Bylo mi však jasné, že takto nelze postupovat v zaměstnání. Všechny tyto klientky vykazovaly opakovaně společné znaky. Měly duální diagnózu – syndrom závislosti a hraniční poruchy osobnosti nebo její rysy.

Poruchu osobnosti má mezi závislými lidmi dle typu studie 40 % až 90 % z nich (Kalina & Minařík, 2015). Obecně se mezi lidmi, kteří užívají psychoaktivní látky, objevují lidé s vlastnostmi, které můžeme připisovat HPO (Hajný, 2015).

V adiktologické praxi se ženy s touto diagnózou objevují často, přesto je *minimum odborné literatury nebo studií* věnováno problematice žen užívajících návykové látky a zároveň trpících HPO. O důvodech této skutečnosti mohou pouze spekulovat.

Může to souviset se *stigmatem* osob s HPO jako nespolupracujícími nejen během léčby, ale také během výzkumu (Grambal, Praško & Kasalová, 2017) či bagatelizování problému s NL během léčby HPO jakožto problému, který se vyřeší posléze sám.

Pokud u závislých žen (nebo žen užívajících NL) hovoříme o *dvojí deviaci*, jsou tedy ženy s HPO užívající NL vnímány společností jako multideviantní? Tato nesmyslná otázka (a nesmyslný termín) se nejeví až tak pošetilá, pokud si uvědomíme, jaké stigmatizaci lidé s HPO čelí.

Impulzem k výzkumu a napsání práce byla myšlenka, jaký život by měly ženy, které jsem potkala během stáže, kdyby se jim už dříve věnovala speciální pozornost. Dostaly by se až do fáze závislosti? Bohužel se užívání NL a poruchy osobnosti potencují navzájem. Chtěla jsem tedy prozkoumat a popsat charakteristiky žen ve věku, kdy symptomy HPO vrcholí a zjistit jejich zkušenosti s NL, aktuální frekvenci užívání, jaké látky preferují a kombinují a jaká je jejich motivace k užívání NL. Také mě zajímal dopad NL na symptomatologii HPO.

Myslím si, že je nutné jim věnovat speciální pozornost, a to z více důvodů: samotné onemocnění sebou nese riziko závislosti na legálních i nelegálních drogách, polypragmatie u HPO kombinovaná s užíváním NL sebou nese velká zdravotní rizika a v

neposlední řadě možnost závislosti na psychofarmakách typu anxiolytika a/nebo hypnotika (Grambal et al., 2017).

2 Teoretická část

2.1 Ženy a návykové látky

Ženy užívající NL jsou specifickou skupinou adiktologických klientů. Přestože existují guidelines pro práci s nimi (směrnice, standardy, příklady dobré praxe apod.), není tato skupina prozkoumána dostatečně a některé potíže a vlastnosti uživatelů nám mohou unikat (Arpa, 2018).

Z dosavadních poznatků víme, že se liší od uživatelů – mužů v mnoha oblastech, které vycházejí jak z biologické podstaty, osobnostního nastavení, tak z postavení ženy ve společnosti. Kalina (2008, s. 265) upřesňuje: „*Vytváří se rovněž odlišné (tj. genderově specifické) pojetí ženské závislosti na návykových látkách, jejichž determinanty se hledají daleko méně v osobnostních faktorech a více ve faktorech sociálních, konkrétně ve faktorech souvisejících s kulturou, společností a chováním mužů*“.

Všechny tyto faktory ovlivňují užívání návykových látek (dále NL) a využívání adiktologických služeb ženami.

2.1.1 Fyziologie žen v kontextu užívání návykových látek

Z biologických faktorů si uvedme *vyšší procentuální zastoupení tuku* v ženském těle, kvůli kterému probíhá vstřebávání alkoholu u žen rychleji a účinky alkoholu (při stejném množství) jsou tak pociťovány rychleji než u mužů. Současně se u žen alkohol odbourává pomaleji kvůli *menšímu množství alkoholdehydrogenázy* ve sliznici žaludku (Miller, 2011) a *nižšímu first-pass efektu* v jaterní tkáni (Amchová & Kučerová, 2015).

Taktéž *rozdílné hladiny hormonů* u obou pohlaví mají vliv na rozvoj a udržení závislosti. *Ve folikulární fázi* (přibližně 14 dnů po začátku menstruace, kdy se nejvíce tvoří hormony estrogeny – primárně estradiol) uživatelky vnímají účinky amfetaminů *kladněji a výrazněji* než v luteální fázi (14 dní před začátkem menstruace, kdy dominuje hormon progesteron). Tato zjištění byla uplatněna při studiích odvykání kokainu a nikotinu, kde byl aplikován *progesteron*, jenž se ukázal jako vhodný *kandidát na farmakologickou léčbu*, jelikož snižuje kladný vliv těchto látek na psychiku. U alkoholu se však hormonální změny nepotvrdily jako faktor ovlivňující závislost (Amchová & Kučerová, 2015), ale před menstruací je pro ženy snadnější opít se (Miller, 2011).

Na hormony působí *alkohol, kokain a marihuana* tak, že snižují hladiny luteinizačního hormonu a zvyšují hladinu progesteronu, tyto změny *mají vliv na plodnost* (Amchová & Kučerová, 2015).

Jako výhoda se jeví u žen hormony *estrogeny*. Ty nejenže chrání ženy proti infarktu myokardu (Janota, 2008), ale pravděpodobně také *chrání mozek proti degenerativním*

změněm při abúzu amfetaminů. Negativní dopady na mozkovou tkáň žen během užívání amfetaminů jsou menší díky zachovalým reparačním mechanismům, které jsou u mužů narušené. Rovněž se rychleji regeneruje mozek žen během abstinence od kokainu (Amchová & Kučerová, 2015).

Opačná situace nastává u *alkoholu*, kde následky na fyzickém zdraví jsou více detekovatelné u žen. Postihují je *oproti mužům rychleji neurodegenerativní změny* na mozku a mají více gynekologických potíží než abstinence (Amchová & Kučerová, 2015 & Miller, 2011).

Dle Amchové a Kučerové (2015) se *dopamin*, neurotransmiter spojený se závislostí, *uvolňuje po aplikaci NL u žen ve větším množství* než u mužů. Taktéž jeho zpětné vychytávání je více inhibováno (koncentrace dopaminu na synapsi je vyšší). Tím dochází u žen k *rychlejšímu rozvoji závislosti*. Dále můžeme vidět pohlavní rozdíly v odezvě na farmakologickou léčbu abúzu kokainu, kdy naltroxen a disulfiram neovlivňuje u žen míru závislosti.

2.1.2 Důvody k užívání

Ženy užívají NL k *utlumení negativních emocí*. Tyto ženy často trpí depresemi, nízkým sebevědomím, mají pocit bezmoci a viny kvůli problémům, kterým čelí ony nebo jejich okolí. Špatný psychický stav je nezdědka následkem prožitého *traumatu* (Miller, 2011). V jejich anamnéze se často objevuje sexuální trauma (Miller, 2011 & Preslová, 2015). Doležalová (2014) upozorňuje, že 55-99 % žen s duální diagnózou má v anamnéze trauma.

Vztahy jsou u klientek zásadní téma. Mnohdy tkví příčiny k užívání NL v disharmonických mezilidských vztazích a nenaplněných psychických potřebách ve vztahové oblasti. Interpersonální vztahy mohou být poznamenány výše zmíněnými traumaty. Trauma může být způsobeno fyzickým, psychickým i sexuálním týráním, jehož kořeny mohou být v minulosti a/nebo ženy mohou být zneužívané i v současnosti (Preslová, 2015). Takové ženy jsou bojácné, neumí si ve vztazích vymezit hranice a projevit v nich své potřeby (Kotková, 2009). Zároveň jsou na takových vztazích závislé (Kalina, 2008 & Kotková, 2009). V partnerském vztahu se ženám závislým na ilegálních drogách nedostává podpory – většina mužů (devět z deseti) své partnerky bojující se závislostí opustí. Pro porovnání si uveďme, že pokud je závislý muž, tak 90 % z nich je během léčby partnerkou podporováno (Kotková, 2009).

Taktéž experimentování s NL a *první zkušenosti se uskutečňují v rámci blízkých vztahů* v okruhu sexuálních partnerů, přátel a rodiny, které ženám poskytnou NL, jelikož ženy nejsou zpravidla experimentátorky, které by samy vyhledávaly tyto zážitky (Kotková, 2009).

Ženy mohou mít pocit, že neplní svoji roli danou společností a selhávají v ní. Proto své potíže s návykovými látkami skrývají. Se stigmatem závislosti se váže pojem *dvojí deviace*. Jedná se o fenomén, kdy je žena souzena společností za svoji závislost a za selhání ve své společenské roli (Kalina, 2008). Millerová (2011) vysvětluje, že ženy jsou hodnoceny společností přísněji než muži a uvádí příklad předsudku ohledně žen užívajících alkohol, tyto ženy jsou považovány společností za promiskuitnější.

Toto stigmatizování a stereotypní náhled na ženy má konsekvence nejvíce v oblasti léčby.

2.1.3 Užívané typy látek

Mezi nejčastěji užívané látky patří *alkohol*, který je nezřídka *kombinován s psychofarmaky*. Léky jsou další skupinou látek, k jejímuž užívání ženy inklinují. Konkrétně zneužívají sedativa, anxiolytika a hypnotika. Paradoxně jsou jim mnohdy předepsány lékařem na nepřiznané příznaky závislosti na alkoholu. Velký rozdíl mezi muži a ženami je například v předepisování benzodiazepinů, kdy ženám jsou předepisovány 3 – 4 krát častěji (Kalina, 2008). Alkohol i výše zmíněná psychofarmaka mají společné účinky – působí *tlumivě*.

Kotková (2009) uvádí, že ženy užívají opiáty méně než muži a více užívají stimulační látky. U marihuany není rozdíl v užívání podle pohlaví tak markantní. Jako hlavní důvod užívání všech typů drog udává *sebemedikaci*.

Obecně lze konstatovat, že ženy užívají spíše *legální návykové látky*, což plyne i z jejich motivace k užívání, resp. očekávání, která mají od účinků NL. Tlumivě působící látky jako alkohol a psychofarmaka jsou legální a lehce dostupné a jejich obstarávání nebudí pozornost. Tím se dostávám zpět k tomu, že ženy skrývají své „prohřešky“ před okolím kvůli obavám z odsouzení.

2.1.4 Léčba

K léčbě závislosti se ženy dostávají mnohdy „oklikou“. K vyhledání odborné pomoci je donutí spíše psychické problémy a jako hlavní potíže uvádějí deprese, insomni, anxieta, poruchy příjmu potravy nebo somatické obtíže typu bolesti hlavy (Miller, 2011 & Preslová, 2015).

Kvůli stigmatizaci vyhledávají ženy pomoc později a méně často než muži, přestože začínají s užíváním NL v nižším věku. Závislí muži využívají častěji odbornou pomoc, a to v poměru 3:1, přestože se uvádí, že poměr v užívání drog je 2:1 ve prospěch mužů. I když ženy nastupují do léčby méně než muži, jejich úspěšnost v léčbě je podobná. Samotnou léčbu závislosti odkládají ze strachu, že budou odsouzeny okolím a ovlivní to např. jejich práva na výchovu dětí (Kalina, 2008).

Léčba a terapeutické prostředí *citlivé k ženám* by mělo být primárně bezpečné, chápat a empatické. V terapii by se měl klást důraz na posílení sebevědomí a na interpersonální vztahy. Posílení ve vlastní schopnosti je důležitá složka terapie vzhledem k faktu, že ženy mají menší podporu stran společnosti, pokud se chtějí léčit. Komplikací léčby jsou často partneři, kteří sami užívají NL. Ti nedávají potřebnou podporu, jelikož mohou mít obavy z rozchodu. Pokud důležité osoby z okolí ženy užívají NL, mělo by se toto téma reflektovat. Samy ženy se během léčby mohou obávat o zajištění blízkých, a tak je vhodné jim pomoci s organizováním praktických záležitostí, aby se mohly soustředit na léčbu. Je vhodné zařadit k individuálním a skupinovým terapiím také rodinné terapie. Zaměření na vztahy však může fungovat také jako *vnější motivace* a lze ji tedy využít jako důvod k léčbě. Během léčby je potřeba pracovat na jiných tématech než u mužských klientů (Miller, 2011).

Doležalová (2014) nabízí okruhy témat, kterým je se potřeba věnovat: význam vztahů, trauma, sebepřijetí, mé tělo a já, attachment, strategie zvládnání.

Terapeutický tým by měl obsahovat terapeuty – muže, kteří budou reprezentovat kvalitní mužské vzory, které ženám v minulosti chyběly (Kalina, 2008). Millerová (2011) uvádí, že ženy lépe profitují z programů, které jsou vytvořeny pouze pro ně. Zároveň dodává, že některé klientky mají kvůli špatným zkušenostem s jinými ženami větší důvěru v muže. Doporučuje tak, aby nejdříve klientky během léčby navázaly vztah s osobou, které důvěřují a teprve poté byly motivovány a vedeny k uvědomění, že sdílet jejich potíže s jinými ženami jim bude nápomocno v procesu léčby (2011).

Mezi adiktologickou klientelou existují další podskupiny žen, jejichž specifika a potřeby zde nebyly vzhledem k tématu práce popsány. Patří mezi ně těhotné ženy, matky, ženy nabízející sexuální služby, oběti obchodování s lidmi nebo ženy ve vězení.

2.2 Poruchy osobnosti

2.2.1 Poruchy osobnosti a definice souvisejících pojmů

Pokud se chceme věnovat tématu poruch osobnosti, je vhodné si nejdříve definovat samotný pojem *osobnost* a *normální osobnost*.

Blatný (2010) vysvětluje, že samotná definice pojmu osobnost se mění v závislosti na tom, k jakému tématu se tento pojem vztahuje a neexistuje jedna správná definice, přestože panuje konsensus v samotném užívání tohoto slova. Každá definice vychází z určité teorie osobnosti.

Çakirpaloglu shrnuje teorie takto: „osobnost je poměrně stabilní, komplementární a konzistentní systém jedinečných vlastností, obsahů a projevů člověka“ (2012, s. 48). K doplnění si uvedme další popis. Osobnost si můžeme představit jako soubor vlastností,

kteřé jsou vrozené (temperament) a získané (charakter) během života a jsou individuální u každého člověka a tím ho činí unikátním (Praško, 2009).

S pojmem „normální“ osobnost již vyvstává potíř. Hublová vysvětluje, že neexistuje jasná linie mezi „normální“ a patologickou osobností. Akcentované vlastnosti mohou být dočasné či nemusí vycházet z chorobných příčin. Bere si tedy na pomoc definici od Cloningera, kterou mohou shrnout tak, že osobnost je „normální“ pokud je způsobilá prožít kvalitní život, cítit kladné emoce a rozvíjet svůj potenciál (2016). Praško upřesňuje, že osobnost se projevuje také v interpersonálních vztazích. Lze tak doplnit, že i kvalitní mezilidské vztahy mohou být indikátorem „normální“ osobnosti.

Osoba, která trpí některou z poruch osobnosti (dále jen PO) se liší svými vlastnostmi od vlastností majoritní části populace. Těchto odlišností si můžeme povšimnout v chování, které se projevuje v různých situacích a není pouze reakcí na spouštěcí podnět (Praško, 2009). Toto chování je neměnné, stabilní a často také egosyntonní a přináší také potíře v sociálním fungování a snižují kvalitu života (Kasalová et al., 2015).

2.2.2 Prevalence

Prevalence PO v populaci se pohybuje podle různých dat mezi 6–15 %. Velké procentuální zastoupení najdeme v ambulancích psychiatřů, kde touto poruchou trpí 30–50 % pacientů a přibližně 15 % osob je hospitalizováno kvůli symptomům PO (Praško, 2009).

2.2.3 Etiologie

Příčina PO je multifaktoriální a dle typu poruchy má příslušný faktor vliv jak na samotnou etiologii, tak na další rozvoj symptomů. Mezi nejdůležitější faktory patří rodina. Vliv však nemá pouze disharmonické prostředí s hádkami, přísnou výchovou, chybějícím rodičem, ale také hyperprotektivní a dítě idealizující chování pečujících osob. Z biologických faktorů jmenujme genetiku, stres matky v těhotenství či její onemocnění a potíře při porodu. Ze sociálních faktorů mají vliv vzdělávací instituce, přátelé a celkové kulturní nastavení společnosti (Praško, 2009).

2.2.4 Diagnostická kritéria a typy poruch osobnosti

Nejčastěji užívaná diagnostická kritéria pochází z MKN 10 a DSM – 5. Avšak mnoho psychoterapeutických směrů má vlastní kritéria. Každá PO má jiný psychodynamický základ a pro samotnou diagnostiku je nutné znát kognitivní schémata, obranné mechanismy a jak probíhal vývoj samotného jedince (Faldyna, 2005a).

Zde jsou uvedeny pouze kritéria *společné pro všechny poruchy* dle DSM–5 a MKN 10.

2.2.4.1 DSM-5

A) Trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně odchyľuje od očekávání v kulturním okruhu jedince. Projevuje se ve dvou nebo více z následujících oblastí:

1. Poznávání: způsoby vnímání a interpretace sebe sama, lidí a událostí.
2. Afektivita: rozsah, intenzita, labilita a přiměřenost emočních reakcí.
3. Interpersonální fungování.
4. Kontrola impulzů.

B) Trvalý vzorec je rigidní a proniká do širokého spektra osobních a sociálních situací.

C) Trvalý vzorec vede ke klinicky významnému trápení nebo poškození v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti fungování.

D) Vzorec je stabilní a dlouhodobý a jeho počátek lze vysledovat přinejmenším do období dospívání nebo rané dospělosti.

E) Trvalý vzorec nelze lépe vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy.

F) Trvalý vzorec nelze připsat účinkům jiných látek (např. zneužívané drogy, léky) nebo jinému zdravotnímu stavu (např. úrazu hlavy).

Klastr A (podivíni, excentrici) – paranoidní, schizoidní a schizotypální porucha osobnosti

Klastr B (afektovaní) – disociální (antisociální), histrionská, narcistická a emočně nestabilní porucha osobnosti.

Klastr C (úzkostní) – vyhubavá (anxiózní), závislá, anankastická (obsedantně-kompulzivní) a pasivně agresivní porucha osobnosti.

2.2.4.2 MKN 10

G1 Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti (nebo od „normy“). Tyto odchylky se musí projevovat v několika oblastech, kam patří:

- 1) poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a k ostatním
- 2) emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi)
- 3) ovládnání impulzů a uspokojování potřeb

4) způsob chování k ostatním a zvládnání interpersonálních potřeb

G2 Odchyłka se musí projevat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování (v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický spouštěcí moment nebo specifickou situaci).

G3 Způsob chování podle G2 je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální okolí.

G4 Odchyłka je stálá a dlouhotrvající, začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.

G5 Odchyłku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku (současně se mohou vyskytovat epizodické nebo chronické stavy z oddílů F00-F59 nebo F70-F79).

G6 Jako možná příčina odchyłky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku.

Specifické poruchy osobnosti:

F60.0 Paranoidní porucha osobnosti

F60.1 Schizoidní porucha osobnosti

F60.2 Disociální porucha osobnosti

F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

F60.4 Histrionská porucha osobnosti

F60.5 Anankastická porucha osobnosti

F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) osobnost

F60.7 Závislá porucha osobnosti

F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti (excentrická, nezdrženlivá, nezralá, narcistická, pasivně agresivní, psychoneurotická)

F60.9 Porucha osobnosti NS

2.2.5 Léčba

Ideální léčebná intervence zahrnuje jak farmakoterapii, tak psychoterapii. Existují různé farmakologické modely: Model biologických znaků, subsyndromální model,

komorbidní a diagnosticky zaměřený model, symptomově specifický model, model zaměřený na cíle léčby (Praško, 2009).

Faldyna rozděluje potíže spojené s PO na dva typy specifických okruhů a dle toho doporučuje medikaci. Na *komorbidní psychické poruchy a symptomy*, mezi něž patří psychotické příznaky, volí antipsychotika; na poruchy nálady volí antidepresiva, stabilizátory nálady či antipsychotika; na úzkostné poruchy volí anxiolytika, antidepresiva či antipsychotika a na nespavost antidepresiva nebo hypnotika. Pokud má klient *narušené fungování v běžném životě*, doporučuje na impulzivitu a agresivitu stabilizátory nálady, některá antipsychotika nebo antidepresiva, na vyhublé chování volí antidepresiva, anxiolytika a na nutkavé jednání či myšlení předepisuje antidepresiva a některá antipsychotika. Z psychoterapeutických směrů neupřednostňuje žádný, ale také zdůrazňuje potřebu psychoterapie.

2.3 Hraniční porucha osobnosti

2.3.1 Organizace osobnosti a projevy HPO

Osoby s diagnózou HPO mohou mít velmi odlišné projevy této poruchy. Je to zapříčiněno diagnostickými kritérii, kdy je nutnost splnit určitý počet ke stanovení diagnózy, např. 5 z 9 u DSM – 5 (Grambal et al., 2017). Vznikají tím různé kombinace symptomů, které zároveň mají různou závažnost.

Samotný název vznikl jako reakce na odlišení pacientů, kteří nejsou jen psychotičtí ani jen neurotičtí (Grambal et al., 2017; McWilliams, 2015). Zároveň název poukazuje na nutnost hranic v interpersonálních vztazích u těchto pacientů, které mají „hraničáři“ nestálé. Téma nestability se prolíná všemi aspekty této poruchy. Jedinci mají nestabilní obraz sebe sama. To se projevuje v popisu jejich povahy – nedokážou popsat jací jsou (McWilliams, 2015) a ani jak se cítí. Vágně popisují i jiné osoby ve svém životě. Nestabilní jsou i jejich afekty. Nálada se může během dne měnit velmi dynamicky od depresivní až po hyperexcitovanou. Často bývají zlostní a trpí výbuchy hněvu. Projevy agrese často směřují do sebe a sebepoškozují se. Mnoho z nich se pokusí o sebevraždu. Tu mohou páchat pod vlivem svého impulzivního chování, které je pro ně typické podobně jako neschopnost odložit emoční impulz. Většina osob s HPO trpí chronickým pocitem prázdnoty. Kvůli tomuto pocitu a pocitům úzkosti, které mohou být extrémně intenzivní, se mohou přejídat, užívat návykové látky nebo se sebepoškozovat či excesivně sportovat. Nadměrně používají simplifikaci na vysvětlení svého chování, chování ostatních i fungování světa (Grambal et al., 2017). Nemají vyvinutou schopnost mentalizace. Ve vztazích mají strach z opuštěnosti, ale zároveň nezvládají pocit blízkosti (McWilliams, 2015). Na tento strach reagují manipulativním chováním. Stres může také vyvolat přechodné psychotické epizody, které trvají hodiny až dny (Grambal et al., 2017).

Používají primitivní obranné reakce (nevědomé reakce na stres), a to *popření* (osoba nepřijímá realitu takovou jaká je – odmítá ji), *projektivní identifikaci* (osoba promítá svůj vnitřní svět do ostatních osob a zároveň je nevědomě nutí, aby se chovali tak, že mu její pohled potvrzují) a *štěpení* (osoba dělí jiné osoby a své zkušenosti na dobré a špatné) (McWilliams, 2015).

Největší rizika představuje u HPO sebepoškozování a sebevražedné chování, které je přítomno u 69–80 % pacientů. Sebepoškozování může mít různé podoby od řezání se, pálení se po rizikové sexuální chování nebo užívání NL za účelem ublížit si. NL neužívá kvůli pocitům z ní, ale jako nástroj sebestrukce. Pokus o sebevraždu se týká 79 % osob s HPO. 10 % pacientů svůj život ukončí sami (Nesnídal, 2020).

Symptomy HPO jsou nejvýraznější v mladém věku a s rostoucím věkem se zmírňují (Grambal et al., 2017; Nesnídal, 2020).

2.3.2 Diagnostická kritéria

DSM – 5 je HPO jako samostatná diagnóza. V MKN patří HPO pod emočně nestabilní poruchu, která má dva podtypy: impulzivní a hraniční. HPO však musí obsahovat i body z impulzivního typu emočně nestabilní poruchy, naopak to však neplatí.

2.3.2.1 DSM – 5

Kritéria společná pro všechny PO a *nejméně pět* z následujících příznaků:

- 1) nadměrné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí
- 2) projevy nestálých a intenzivních interpersonálních vztahů, které jsou charakteristické střídáním nadměrné idealizace a devalvace
- 3) porucha identity: trvalé a zřetelně narušené, převrácené anebo nestálé sebehodnocení anebo mínění o sobě
- 4) impulzivita nejméně ve dvou potenciálně sebepoškozujících oblastech, např. sexualita, abúzus látek, bezohledná jízda, záchvaty přejídání, utrácení. Poznámka: Nepatří sem suicidální nebo sebepoškozující jednání, zahrnuté v bodě 5.
- 5) opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby anebo sebepoškozující jednání
- 6) emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady, např. intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost anebo úzkost, obvykle trvající několik hodin a jen zřídka delší než několik dnů
- 7) chronické pocity prázdnoty

8) zbytečně intenzivní vztek anebo ztráta kontroly nad vztekem, např. časté projevy zlosti, neustálý vztek, opakované bitky

9) přechodné a se stresem související vztahovačné představy anebo těžké disociativní příznaky

2.3.2.2 MKN 10

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

Impulzivní typ:

B. Musí být splněny *nejméně tři* z následujících charakteristik a jednou z nich musí být:

- 1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků
- 2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno
- 3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
- 4) obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
- 5) nestálá a nevypočitatelná nálada.

Hraniční typ:

B. Musí být splněny *nejméně tři* příznaky z kritérií B pro impulzivní typ a spolu s nimi *nejméně dva* z následujících:

- 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních
- 2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím
- 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
- 4) opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození
- 5) chronické pocity prázdnoty

2.3.3 Prevalence

V populaci trpí HPO 1,6 % až 5,9 % osob a data z praxe ukazují, že HPO patří mezi nejfrekventovanější diagnózy. V ambulantní péči psychiatrů je pacientů s HPO 10 %. Mezi

hospitalizovanými v psychiatrických nemocnicích je osob s HPO 20 % (Nesnidal, 2020) nebo až 27 % (Grambal et al., 2017).

2.3.4 Etiologie

Vedle obecných faktorů společných pro všechny PO jsou i další, které jsou významné přímo pro vznik HPO.

Dědičnost HPO se projevuje v dědění konkrétních osobnostních temperamentových rysů, které činí jedince vulnerabilní ke vzniku HPO. Mezi ně patří nízká frustrační tolerance, nízká regulace emocí, impulzivita a negativní afektivita. Uvádí se, že pokud jedinec trpí HPO, tak v první příbuzenské linii je 5x větší šance na výskyt HPO oproti běžné populaci. Dále se předpokládá vliv genů ovlivňující neurotransmiterový systém serotoninu a katecholaminu (Grambal et al., 2017).

Tyto genetické vlivy se potencují v nevhodném rodinném prostředí, kde jsou děti vystaveni fyzickému i sexuálnímu násilí. Sexuální zneužívání dokonce patří mezi nejvýznamnější prediktory HPO (Grambal et al., 2017; McWilliams, 2015). Rodiče jedinců s HPO často vyvolávají u dětí pocity opuštěnosti, zmatku, nejistoty a chaosu. Děti se necítí pod ochranou rodičů, jsou vtahovány do jejich konfliktů a nezřídka jsou samy postaveny do role rodičů (Grambal et al., 2017). Kvůli nepředvídatelnému a hostilnímu chování pečujících osob vzniká vnitřní svět s jádrovým přesvědčením, že jedinec je *zranitelný, špatný a ostatní lidé ho opustí* (Faldyna, 2005; Grambal et al., 2017). Dále je typické, že v rodině panují závislé vztahy a separace a autonomie není podporována. V anamnéze mají jedinci často extrémní traumata bez příslušné následné péče (Grambal et al., 2017).

Etiopatogenezi HPO mají nejkomplexněji zpracované psychoanalytické koncepty a vznik poruchy vidí v zastavení nebo regresi ve vývoji osobnosti (Grambal et al., 2017).

Křivková (2005) rozděluje původ HPO na deficitní a konfliktový vývojový model. Oba modely jsou založeny na psychoanalytických teoriích. *Deficitní model* je založen na teorii Margit Mahler, která kořeny vidí v potížích v *znovusbližovací* subfázi. Dítě během ní prožívá ambivalentní pocity vůči matce, kdy chce s matkou stále být a zároveň chce být nezávislé. *Konfliktový model* je založen na poznatcích Otto F. Kernberga, který vychází mimo jiné také z Mahlerové a přičítá vznik HPO nezvládnuté integraci matčiných protichůdných vlastností (dobrá/špatná matka, resp. pečující osoba)

Oba modely však nemají počátky obtíží datovány do stejných období. Deficitní model jej dává do období kolem 2 let a konfliktový do období 5 měsíců až jednoho roku (Křivková 2005; McWilliams, 2015).

2.3.5 Léčba

Jako u všech PO je vhodná kombinace farmakoterapie a psychoterapie s důrazem na psychoterapii. McWilliamsová (2015) na základě svých zkušeností tvrdí, že „ačkoli může být osobnost terapií výrazně pozměněna, není možné ji zcela proměnit“ a dodává, že sebedpřijetí a náhled na své potíže amplifikuje u klientů pocit sebeúcty a že „mohou věci ovlivňovat“ (s.164-165). K tématu remise u HPO Grambal, Praško a Kasalová (2017) upozorňují na rozdílné názory, které panují mezi odborníky – někteří tvrdí, že porucha není léčitelná, i když studie ukazují, že vyléčení je možné. Autoři uvádějí, že patnáct let od určení diagnózy HPO celá třetina klientů již nevykazuje znaky této poruchy. Přestože v longitudiálních studiích vychází po čase HPO jako vyléčitelná, upřesňují autoři důvody, které vedou k rozdílným výsledkům studií a z nich plynoucím rozdílným stanoviskům odborníků: nesprávná diagnostika, která byla provedena během partnerských problémů a z nich plynoucích poruch nálad nebo užívání návykových látek. Explicitně zmiňují klienta, který užíval stimulační látky, jejichž účinky napodobovaly symptomy HPO. Znamená to tedy, že zkoumaní pacienti netrpěli ani na začátku studie HPO, a proto výsledky nejsou validní.

2.3.5.1 Farmakoterapie

V klinické praxi se uplatňují psychofarmaka u 90 % osob s HPO, přestože neexistuje léčba určená přímo na HPO, pacienti užívají velké množství různých typů léků ve vysokých dávkách (Ocisková, 2014). Léčí se nejčastěji komorbidní poruchy jako deprese a úzkosti, anebo se cílí přímo na příznaky HPO (Grambal et al., 2017; Grambal et al., 2013). Obecně není mnoho studií, které by podaly jednoznačné důkazy pro tak rozsáhlé užívání psychofarmak nebo pro předepisování určité lékové skupiny. Přesto se v posledních 15 letech situace zlepšuje a počet kvalitních studií roste (Grambal et al., 2017).

Stabilizátory nálady (thymoprofylaktika) se vzhledem k symptomům HPO jeví jako vhodná volba (Grambal et al., 2017). Tato skupina farmak zahrnuje různé typy léků, a to antiepileptika (lamotrigin, karbamazepin, kys. valproová), minerály (lithium) a antipsychotika (risperidon, quetiapin) (Dreher & Landa, 2017). Na příznaky deprese se užívá karbamazepin, kyselina valproová. Lithium snižuje suicidální tendence, hostilní chování a iritabilitu a impulzivní chování. Lamotrigin působí na impulzivní chování, a to i v oblasti užívání návykových látek nebo sexuálního chování, také mírní náladové chování. Nejvíce prozkoumaný je divalproex sodný (kys. valproová v kombinaci s valproátem sodným), který se ve více studiích ukázal vhodný na agresivní chování i myšlenky (Grambal et al., 2017).

Mezi nejčastěji užívané léky patří antipsychotika. Olanzapin mírní pocity hněvu a agrese a je účinný na deprese a úzkosti, paranoidní myšlenky i na senzitivitu v mezilidských vztazích. Risperidon snižuje pocity nenávisti, impulzivitu a pocity smutku. U

pacientů s těžší symptomatologií funguje quetiapin dobře na impulzivitu, úzkosti a tendence k nepřátelskému chování (Grambal et al., 2017).

Antidepresiva jsou nejméně účinná na projevy HPO a jsou vhodná v léčbě komorbidní deprese. Nejlepší zkušenosti jsou s fluoxetinem, který patří mezi SSRI. SSRI jsou vhodné i díky svým farmakologickým vlastnostem, jelikož jsou bezpečné při předávkování. U pacientů se nedoporučuje předepisovat léky se závislostním potenciálem, jako jsou anxiolytika (Grambal et al., 2017).

2.3.5.2 Psychoterapie

U HPO je vhodná terapie, která má strukturu. Klienti by díky terapii měli mít lepší představu o svém „já“ a mít k němu, resp. k sobě lepší vztah, který se promítne i do interpersonálních vztahů. Problémy v terapii mohou nastat, pokud nejsou definovány terapeutem jasné hranice vztahu a pomoci, kterou může terapeut poskytnout. Klienti často testují hranice podobně jako adolescenti a nemají pokroky v terapii, pokud jsou hranice (pravidla) neustále posouvány a měněny. Terapeut musí umět zvládnout nejen vztek pacientů, pokud jsou jim hranice připomenuty, ale také své pocity lítosti, ke kterým má terapeut sklony vzhledem k historii osob s HPO, která je obvykle plná traumatických událostí. Každý klient je jiný, a tak i u hraničních pacientů je důležité hledisko, jestli jsou více neurotičtí či psychotičtí. U psychotických pacientů nebo pacientů s psychotickou epizodou si můžeme dovolit být více pečující, přesto je důležité k nim přistupovat jako k někomu, kdo je v životě kompetentní (McWilliams, 2015).

Nejvíce vhodným terapeutickým směrem se ukazují Dialektická behaviorální terapie (DBT), terapie založená na mentalizaci (MBT) a terapie zaměřená na přenos (TFP). DBT je založená psycholožkou Marshou M. Linehanovou. Vznikla kombinací KBT a prvků zen-buddhismu (npř. meditace). Cílí na zlepšení *afektivní dysregulace a lepší pohled na sebe sama* (Grambal et al., 2017). Tato terapie je používána v centru Kaleidoskop, ve stacionáři v psychiatrické nemocnici Bohnice nebo v organizaci Magdaléna.

MBT je založená na psychodynamickém přístupu a vyvinul ji Peter Fonyagy. Mentalizace je proces, který není u HPO vyvinutý a zkresluje vnímání, a tak tento směr cílí *na pochopení chování svého i ostatních lidí*. TFP má také základ v psychodynamickém směru, avšak míří na *integraci dobrých a špatných vlastností sebe i ostatních a předcházení štěpení*, které se projevuje i HPO černobílým viděním světa idealizací a devalvací blízkých osob. Je založena na poznatcích Otto F. Kernberga o hraničních pacientech (Grambal et al., 2017).

2.3.6 Stigmatizace

Pacienti s HPO patří mezi nejčastěji stigmatizovanou skupinu lidí s psychickým onemocněním. Paradoxně nejvíce je odmítána zdravotnickým personálem, z toho nejvíce

psychiatrickými zdravotními sestrami. Psychologové, terapeuti a zdravotní sestry mají tendence držet si odstup, jelikož pacienty s HPO považují za manipulativní, časově náročné a nedodržující řád a hranice (sic!). Také se stává, že pracovní kolektiv je rozdělen na dvě skupiny, kdy jedna hájí pacienta s HPO a druhá proti němu „bojuje“. Pokud pacient přijme negativní pohled společnosti na HPO a vnímá sebe sama pouze pohledem nemoci – internalizované stigma, je pravděpodobné, že léčba nebude tak úspěšná. Internalizované stigma také zvyšuje riziko užívání NL (Grambal et al., 2017).

2.3.7 Diferenciální diagnózy a komorbidity

HPO se, podobně jako jiné PO, nezřídka pojí s jinou psychickou poruchou. Mezi nejčastější komorbidní poruchy patří anxieta, deprese, bipolární afektivní porucha (dále BAP), porucha příjmu potravy, ADHD a syndrom závislosti nebo jiný typ PO (Grambal et al., 2017).

Je nutné zjistit přesné příčiny potíží, přestože všechny vyjmenované diagnózy mohou být s HPO komorbidní. Jak uvádějí Riegel, Kalina a Pěč (2020) správná diagnóza určuje, kam se bude léčba ubírat.

Pro diferenciální diagnostiku jsem vybrala BAP a ADHD. Obě poruchy mají podobné projevy jako HPO. Jako adiktologové často nemáme diagnostické nástroje pro rozlišení těchto poruch, přesto je nutné vidět rozdíly.

V publikaci od Riegera et al. (2020) je u HPO nejpodrobněji rozebrána diferenciální diagnostika s BAP, proto jsem ji zvolila i do tohoto oddílu práce. ADHD bylo vybráno kvůli překryvu s adiktologickou tematikou. Dle Miovského (2018) 40 – 50 % osob s ADHD má jako komorbidní poruchu závislost na NL, a tak je předpoklad, že se s osobami s ADHD jako adiktologové potkáme.

2.3.7.1 BAP

Zjednodušeně lze říct, že BAP a HPO mají společné střídání nálad, resp. afektů. Tato změna se se však liší v kvalitativních i kvantitativních vlastnostech. U HPO se nálada mění rychleji, trvá spíše v řádu hodin a obvykle ji vyvolají vztahové obtíže. U BAP změna není tolik závislá na okolním dění a ta samá nálada přetrvává více dní. Také druh střídajících emocí je u obou poruch rozdílný, přičemž u BAP se střídá „normální“ nálada, resp. klidné období, deprese a povznesená nálada. U HPO se střídá klidné období s depresí, anxiétou a hněvem. Odlišnosti můžeme spatřit i v sociálním fungování, jelikož u HPO je více narušeno (Riegel et al. 2020).

Pokud známe anamnézu klienta a víme, kdy jeho potíže začaly, můžeme tyto informace také využít. Dle Riegela (2020) lze první příznaky (ne však všechny) u HPO vidět již v mladším školním věku na rozdíl od BAP, která se projevuje až v dospělosti. Prognóza je u

BAP horší, lidé jí trpí celý život, i když se projevuje „pouze“ v epizodách. U HPO je oproti BAP typické sebepoškozování a nejistá představa o sobě. Někteří autoři zařazují HPO mezi atypickou formu BAP.

2.3.7.2 ADHD

Přestože jsem výše zmínila, že některé příznaky HPO lze vyzorovat v chování dětí, tak HPO v tomto věku nelze diagnostikovat a plně se symptomy projeví nejdříve v adolescenci nebo v rané dospělosti. V předškolním věku již lze vidět symptomy ADHD a příznaky musí být přítomné před 12. rokem, aby mohla být diagnostikována porucha pozornosti (a to i v dospělosti). Podobně jako u BAP lidé s ADHD nemají potíže ve vztazích, které by vycházely přímo ze samotné poruchy nebo nemají tendence k sebepoškozování (Sadek, 2017).

Společný příznak je určitá *impulzivita*, která se ale může u každé z poruch projevovat jinak. U ADHD je to například tendence skákat do řeči a hovořit bez rozmyslu nebo netrpělivost při čekání a neuvážené nákupy. U HPO se impulzivita projevuje často v oblasti sebepoškozujícího chování. Zároveň u ADHD je impulzivita spíše temperamentový rys na rozdíl od HPO, kde impulzivní chování závisí na míře stresu – čím vyšší stres, tím větší tendence k impulzivnímu jednání (Ditrich et al., 2021). Podobné jsou poruchy ve vyhledávání nových podnětů a zkušeností (tzv. novelty seeking). Osoba s HPO nemá problémy s pamětí ani s kolísající pozorností, pokud netrpí jinou nemocí, která tuto oblast ovlivňuje (Ditrich et al., 2021 & Sadek, 2017).

2.3.8 Pozitiva HPO

Trend poslední doby „nenálepkovat“ neboli nedávat diagnózy vychází z potřeby předcházet stigmatu duševní choroby. Mají však psychické poruchy také nějaká pozitiva?

Grambal et al. (2017) zmiňují společnou vlastnost osob s HPO a tou je *obětavé chování*, které může působit paradoxně vůči jejich někdy nevlídnému až hostilnímu vystupování. Lidé s HPO dávají často přednost ostatním, přestože pak bývají unavení. Nedokáží najít balanc mezi svými potřebami a potřebami ostatních a pomáhají až za *hranicemi* svých sil. Pro své okolí jsou schopni vykonat maximum, ale kvůli své touze (nevědomé) po přijetí očekávají to samé od ostatních a pokud se jim tohoto pocitu nedostává, může docházet k dekompenzaci HPO. Mnohdy pracují v pomáhajících profesích nebo se věnují dobrovolnickým aktivitám. Dále Grambal et al. (2017) zmiňují, že vlastnosti typu impulzivní chování a černobílé vidění světa byly v minulosti a doteď mohou být v jiném kulturním okruhu vnímány odlišně a dokonce pozitivně. Například rychlé rozhodování je důležitá a ceněná vlastnost při ohrožení života a nutnosti jednat pohotově.

Minimálně na těchto vlastnostech mohou klienti začít stavět kladný vztah k sobě samým a vzít tuto poruchu jako příležitost k růstu.

2.4 Poruchy osobnosti a návykové látky

Kombinace poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek s poruchou osobnosti patří mezi tzv. duální diagnózy. V psychiatrii se tento pojem užívá, pokud klient trpí minimálně dvěma psychiatrickými diagnózami současně. V adiktologii tedy mluvíme o kombinaci potíží s návykovými látkami s jinou psychiatrickou diagnózou. Jak jsem uvedla v úvodu, procentuální zastoupení adiktologických klientů trpících PO má široké rozpětí hodnot od 40 % do 90 %, nejčastěji se uvádí okolo 50 % (Kalina & Minařík, 2015) viz tabulka 1.

Tabulka 1
Zastoupení PO mezi uživateli NL

Autoři	Zjištěná míra prevalence (%)
Vojtík a Břicháček (1987)*	90
Tims et al. (1997)	44
Glolamo a Dotto (2003), přehledová studie**	41–57
Kalina in Mravčík et al. (2003)	39
EMCDDA (2004), přehledová studie	14–45
Miovská (Šťastná), Miovský a Mravčík (2006), souhrn z literatury, str. 7	37–48
Rodríguez-Nera et al. (2006)***	41
Astals et al. (2008), přehledová studie***	25–39
Kalina a Vácha (2012)	47
Torrens et al. (2017)	21–66

Zdroj: Riegel et al. 2020

2.4.1 Charakteristiky osob s PO užívající NL

U osob s PO existuje 3,3 x vyšší šance, že propadnou závislosti (Riegel et al. 2020). Dle Torrens Mèlich et al. (2017) je u uživatelů nelegálních látek nejobvyklejší PO hraniční a disociální. Riegel et al. (2020) zmiňují také tyto poruchy, přidávají poruchu narcistní a dodávají, že tyto 3 poruchy mají společnou vlastnost – nedostatečně zvládnuté strategie ke zvládnání obav a zlosti. Další studie ještě zmiňují histrionskou PO (Feske et al., 2006).

Jejich sklony k rizikovému chování mohou mít následky na zdraví jednak kvůli i.v. aplikaci drog, jednak kvůli promiskuitnějšímu chování. Například je u nich větší riziko

virových onemocnění (hepatitida B, C a HIV). Také jsou častěji hospitalizováni kvůli psychickým problémům. Závislost na opioidech kombinovaná s PO přináší největší rizika, jelikož je u osob s touto kombinací vyšší pravděpodobnost sebevraždy nebo předávkování kvůli horšímu psychickému stavu než u lidí, kteří PO nemají. Páchají pravděpodobně kvůli obstarání financí na NL více kriminálních činů typu krádeže a loupeže (Torrens Mèlich et al., 2017).

Lidé s PO mají vlastnosti, které je činí náchylnějšími k závislosti. Tyto predispozice se projeví v situaci, kdy osoba experimentuje s NL. Osoby s PO spíše pokračují v užívání a může se u nich rozvinout závislost oproti lidem bez patologie (Sikora & Novotná 2007).

Podle Riegel et al. (2020) existují *tři možné důvody* souběhu potíží s NL a PO, které se mohou také navzájem kombinovat:

- 1) V minulosti měla osoba psychické obtíže, které nebyly léčeny a NL užívá k sebededikaci, tzv. primární komorbidita.
- 2) Během užívání NL se objeví symptomy, které lze zařadit k PO, tzv. sekundární komorbidita.
- 3) PO i užívání NL má společný původ.

PO a škodlivé užívání nebo syndrom závislosti mají mnoho *společných dispozic*. Všechny tyto důvody se ovlivňují navzájem, nelze tedy jednoduše tvrdit, že špatná výchova způsobí automaticky vývoj jedné nebo obou poruch. Na vývoj i rozvoj mají vliv vždy i protektivní faktory.

Riegel et al. (2020) rozdělují společné dispozice podle teoretického rámce, ze kterého vycházejí. Zde je však popisují souhrně. Za vznikem obou poruch je mnohdy zde několikrát zmiňované trauma či stres. Obě poruchy mohou mít narušený systém odměny (propojení prefrontální kůry s limbickým systémem a nukleus accumbens, které má vliv na impulzivitu a pocit odměny apod.). Sociální zázemí, kde okolí upřednostňuje a cení negativní styl chování, bývá u PO i závislostí nevhodné pro zdravý vývoj osobnosti. Vliv vrstevníků na patogenezi je významný hlavně v adolescenci. Společné rizikové rodinné faktory vězí v překračování mezigeneračních hranic a přítomného manipulativního chování v rodině. Chování rodičů nebo pečujících osob také nebývá standardní, jsou obvyklé dva vzorce chování, kdy na jedné straně rodiče vždy dítěti ve všem vyhoví nebo naopak dítě neví, jestli budou na jeho potřeby reagovat. Toto chování má dopad na budoucí uspokojování potřeb. Hyperprotektivní, úzkostná matka a nepřítomný nebo neprojevující se otec či direktivní výchovný styl nebo naopak chaotická pravidla mohou být velkým prediktorem rozvoje poruch.

Osobnostní nastavení, která jsou vrozená a modifikovaná okolím a výchovou a která přispívají k rozvoji poruch: tendence k vyhýbavému chování, schopnost odložit odměnu, touha po nových vjemych, nízká frustrační tolerance, závislost na odměně, alexithymie, snížená schopnost mentalizace, přítomnost a neschopnost zvládnout nepříjemné emoce jako pocity prázdnoty a nejistoty (Riegel et al. 2020).

2.4.2 Specifika užívání

Specifika užívání uvedu u tří poruch z výše zmíněných a specifika HPO rozeberu v další kapitole.

Osoby s narcistickou poruchou preferují kokain, alkohol, amfetaminy a marihuanu. Drogy mají utlumit pocit vnitřní zášti, podpořit fantazírování o své osobě jako o někom výjimečném a pomoci s pocitem frustrace. Mají problémy s přijetím pomoci, jelikož si nedokáží přiznat vlastní nedostatečnost nebo problém s NL. Mohou být i vůči ostatním klientům arogantní a hostilní. Mohou testovat terapeuty tím, že napadají jejich znalosti (Röhr, 2015).

Histrionská porucha osobnosti se projevuje mimo jiné manipulativním chováním a osoby s touto poruchou mohou závislost používat jako nástroj manipulace. Nutí své okolí, aby se chovalo tak, jak oni potřebují, jinak kvůli nim do závislosti znovu „spadnou“. NL má pomoci se zlostnými emocemi a pocity vzdoru, pokud není „po jejich“. Snaží se také utlumit pocity přetížení tím, že je NL od reálného světa „oddělí“ (Röhr, 2015).

U disociální osobnosti NL vedou ke zhoršení chování a prohloubení poruchy a podobně jako u NPO ji užívají k sebemedikaci a potlačení nepříjemných pocitů. Souhrnně lze tvrdit, že u PO jde o tlumení negativních projevů pojmících se často se symptomy PO (Riegel et al. 2020).

2.4.3 Léčba

Během diagnostiky je vhodné si přizvat blízké osoby kvůli zjištění symptomů, které byly přítomny před závislostí. Je žádoucí zjistit, jestli užívání drog vedlo k symptomům PO nebo PO byla důvod vzniku potíží (Sikora & Novotná 2007). To nelze zjistit ihned, ale je potřeba minimálně pár týdnů abstinence (Riegel et al. 2020).

Léčba bývá náročná z více důvodů. Pro terapeuty je práce s těmito klienty náročná kvůli nespolupráci a častému hostilnímu chování klientů, které ubírá motivaci a může vést lehce k vyhoření. Nestačí mít cíl léčby abstinenci, jelikož PO přetrvává a riziko relapsu je pak vyšší. Tito klienti často nemají sebereflexi a alexithymie znesnadňuje popis stavu. Trvají na svých vzorcích chování, které si racionalizují (Sikora & Novotná 2007). Léčba by měla být souběžná neboli *integrativní*, jinak nebývá úspěšná a prognóza nebývá dobrá. Klienti mají problémy zůstat v léčbě i s dodržováním pravidel léčby a mají vyšší riziko relapsu. Dosud

nebyla zjištěna žádná konkrétní kombinace psychofarmak, která by pomohla s oběma poruchami zároveň. Lidé pracující s touto klientelou musí mít rozsáhlé znalosti napříč oblastmi jako je farmakoterapie a psychoterapie (Torrens Mèlichet al., 2017).

Nejhorší prognózu mají muži s disociální poruchou osobnosti (Sikora & Novotná 2007).

2.5 Hraniční porucha osobnosti a návykové látky

Osoby s hraniční osobností se liší od osob s ostatními PO tím, že mají mnoho negativních emocí vycházejících jednak z poruchy, jednak z komorbidních depresí a úzkostí – pocit nudy, prázdnoty, nejisté identity apod. (Feske et al., 2006). Tyto pocity, které obecně vedou k užívání NL i u jiných osob, jsou u HPO dominantní.

Celoživotní prevalence poruch duševních a poruch chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (Dg. F10-19) je u HPO až 78 %. Výzkum ze SRN uvádí hodnotu 57 %, kde nejčastěji užívanou látkou je alkohol (47 %) a nelegální drogy (22 %) (Kienast et al., 2014).

HPO je rizikovým faktorem pro poruchy spojené s NL, a to především v kategorii užívání alkoholu, léků, heroinu, kokainu a polymorfního užívání. Předpokládá se, že k polymorfnímu užívání determinuje osoby s HPO jejich silná touha po něčem novém a vzrušujícím. Jelikož každá látka a jejich kombinace má své specifické účinky, je užívání drog relativně levná, snadná a dostupná cesta k novým zážitkům (Wojciechowski, 2021).

Nemáme jasná data k posouzení, jaký má dopad užívání NL přímo na symptomy HPO, ale víme, že se porucha nezlepšuje tak rychle oproti klientům, kteří neužívají NL. U pacientů, kteří NL neužívají, byla podle jedné studie 4x vyšší šance na vymizení příznaků HPO do 6 let oproti těm, kteří mají potíže se závislostí (Kienast et al., 2014).

Osoby s HPO užívají NL ke zmírnění negativních emocí jako formu *sebedikace* a často vyhledávají stavy podobné *disociaci*. Mnohdy začnou užívat NL až na nátlak vrstevníků (Kienast et al., 2014). Ve studii, která byla prováděna na studentech vysokých škol s rysy HPO a zároveň užívajících NL se ukázalo, že větší vliv na užívání mají přátelé a partneři užívající NL než osobnostní nastavení. Přičemž ženy měly spíše za partnery uživatele drog na rozdíl od mužů (Pizzarello & Taylor, 2011).

V další studii, které se zúčastnili mladí lidé od 15 do 25 let a kteří se dostavili k první léčbě kvůli projevům HPO, byla významně vyšší prevalence užívání NL než u obecné populace. Preferovaný byl alkohol následovaný konopnými látkami. Problémy s alkoholem byly 5x vyšší než u běžné populace. Syndrom závislosti na alkoholu mělo 20 %. Ženy měly průměrně nižší věk než ženy v kontrolní skupině, přesto 16 % z nich bylo

závislých na alkoholu, mužů bylo závislých 33 % a věkově se nelišili od kontrolní skupiny (Scalzo et al., 2017).

Poznámka autorky: Závislost byla měřena pomocí dotazníku AUDIT, kdy nad 20 bodů mělo již zmíněných 20 % respondentů. Bodový průměr u AUDIT byl 11 bodů, což představuje střední úroveň problému s alkoholem.

Dále studie zjistila, že *častěji než jednou měsíčně* užívalo 44 % respondentů marihuanu, 17 % amfetaminy a 16 % žen a 26 % mužů bylo polymorfními uživateli (Scalzo et al., 2017).

Pro porovnání uvádím starší data z článku od Sikory a Novotné z roku 2007, který cituje studie, že mezi uživateli NL je 11 % až 65 % osob s HPO, přičemž nejvíce jich je mezi uživateli heroinu, a to 45 %. Tito uživatelé se lišili od ostatních bez HPO tím, že měli polyvalentní závislost, více trpěli zdravotními komplikacemi a páchali více trestných činů. Vyskytovalo se u nich také více suicidálních pokusů a předávkování.

Vysvětlení, proč je mezi HPO a závislostí na NL korelace, shrnují Feske et al. (2006) a je podobné, jako jsem zmínila u predispozic k užívání NL u PO:

- 1) rysy HPO jako impulzivita a afektivní labilita predisponují k užívání NL
- 2) společná rodinná anamnéza
- 3) společný neurobiologický základ – dysfunkce v prefrontální kůře

2.5.1 Léčba

U osob s HPO je obzvláště důležitá integrativní léčba, jelikož rizikové chování může přetrvávat i po skončení užívání NL (Torrens Mèlich et al., 2017).

2.5.1.1 Farmakoterapie

U výzkumů zabývajících se osobami s HPO bývá užívání NL obvykle vylučujícím kritériem. Ojedinelá studie osob s HPO a závislostí na alkoholu uvádí, že prevence relapsu založená na naltroxenu a disulfiramu byla stejně účinná jako u osob bez HPO. Neexistují data ohledně farmakoterapie závislosti na jiných NL (Kienast et al., 2014).

2.5.1.2 Psychoterapie

Validační studie ze SRN od Kienast et al., (2014) zkoumala účinnost tří různých typů psychoterapií.

Dialectical Behavior Therapy for Substance Use Disorders (DBT-SUD), neboli Dialektická terapie pro uživatele NL, má za cíl naučit klienty dovednosti ke zvládnání

závislostního chování a prevenci relapsu, přičemž konečným cílem je abstinence. Stojí na 3 pilířích: aplikace integrativní léčby, zaměření na udržení klienta v léčbě a soustředění se na individuální schopnosti každého klienta (Kienast et al., 2014).

Podle studie klientky (všechny účastnice byly ženy), které absolvovaly tuto léčbu, vykazovaly signifikantní zlepšení v obou poruchách a také oproti kontrolní skupině pravdivěji uváděly, kolik během léčby užívají NL (kontrola probíhala pomocí odběru moči). Doporučuje se, aby léčba nebyla zahajována při těžkých krizích nebo při závažné závislosti na NL (Kienast et al., 2014).

Dynamic Deconstructive Psychotherapy (DDP), kterou si dovolím nepřekládat, jelikož není dostupná v ČR, má 4 fáze a trvá 12 měsíců. V první fázi se klient snaží pojmenovávat své emoce, ve 2. je analyzuje a snaží se uvědomit si své dichotomní myšlení. Fáze 3. a 4. se zaměřuje na uvědomění si, jak si klient interpretuje svět a přiblížit se reálnému stavu a nakonec ve 4. fázi se přidá snaha o oproštění se od idealizací. Neukázalo se, že by tato léčba byla výrazně úspěšnější než jiné léčby. 80 % respondentů byly ženy (Kienast et al., 2014).

Dual Focus Schema Therapy (DFST) lze přeložit jako Dvojitá schéma terapie, je zaměřená na změnu maladaptivních vzorců (schémat) pomocí behaviorálních technik a hlubinné terapie. Léčba je také integrativní. Zaměřuje se na potřeby, které podle této teorie nebyly dříve naplněny a vedou tak k maladaptivnímu chování. V terapii se klient snaží najít typicky používaná schémata, kterých je 18. Po jejich nalezení se snaží najít důvod, proč preferuje toto jednání a jaké potřeby se za ním skrývají. V této teorii se vnímá závislost jako jedno ze schémat (vzorců). Přestože byla účinnost porovnáвана s jinými adiktologickými intervencemi, není k dispozici dostatek důkazů účinnosti kvůli vysokému počtu vypadnutí z léčby u všech (i kontrolních) skupin (Kienast et al., 2014).

2.5.2 Ženy s HPO a návykové látky

Neexistuje mnoho dostupných dat o specifikách žen, které užívají NL a mají HPO. Této věci se věnuje Feske et al. (2006) a uvádí studii, že 59 % žen užívalo alespoň jednou za život alkohol tak, že by se jejich počínání dalo označit za škodlivé užívání nebo závislost na alkoholu. U stejného vzorku žen byla celoživotní prevalence problémové užívání nelegálních drog 41 %.

Tyto ženy jsou více ohroženy na zdraví kvůli sdílení parafernálií nebo kvůli svému sexuálnímu chování. Mohou se stát oběťmi obchodu s lidmi jako sexuální pracovnice nebo kvůli střídání sexuálních partnerů více trpět gynekologickými potížemi. Což se může projevit v častějších abortech, interrupcích či ve vyšším výskytu pohlavně přenosných chorob, které mají na ženy větší dopad než na muže. Mohou častěji páchat sebevraždy nebo se předávkovat. Mimo jiné mohou hůře reagovat na léčbu (Feske et al., 2006).

Studie od Feskeho a jeho kolegů (2006) byla první, která prokázala, že u žen HPO koreluje s celoživotní prevalencí na nějakém typu NL i oproti ostatním PO s výjimkou disociální PO. Také potvrdili riziko vážnějšího pokusu o sebevraždu a vysoce rizikového sexuálního chování u těchto žen. Proto jsou tyto ženy vysoce rizikovou skupinou a kombinace jejich potíží je až život ohrožující.

3 Praktická část

3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo detailně popsat a prozkoumat ženy v třetím decenniu s HPO v kontextu jejich zkušeností s NL.

Mezi dílčí cíle patřil průzkum, které NL preferují a frekvence jejich užívání. Dalšími dílčími cíli byly snahy o hlubší porozumění motivacím k užívání, které přímo souvisejí se symptomy HPO a jak ženy (subjektivně) vnímají rozdíly v emočním prožívání a chování během i po intoxikaci NL.

3.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká je prevalence užívání NL u žen s HPO ve věku 20 – 30 let?
- 2) Jaké jsou jejich vzorce užívání?
- 3) Jaké důvody je vedou/vedly k užívání?
- 4) Jaký dopad mají NL na symptomy HPO?

3.3 Design výzkumu

Zvolila jsem kvalitativní exploratorně-deskriptivní výzkum kolektivní případové studie.

Hendl (2016) popisuje *kolektivní případovou studii* jako typ výzkumu, kdy si výzkumník přeje co nejlépe pochopit jednotlivé případy a posléze z nich tvořit novou teorii nebo upravovat některou ze stávajících. Tuto definici vytvořil R.E. Stake. Hendl též představuje 4 typy případových studií od R.K. Yina. Ten rozděluje typy v *návaznosti na hledaný výsledek*. Já jsem zvolila kombinaci exploratorní a deskriptivní případové studie, jelikož jsem měla snahu o detailní popis (deskripci) výzkumného souboru, ale také o průzkum (exploraci) vztahů mezi proměnnými. Mimo jiné k tomuto účelu používám nejen kvalitativní data, ale také kvantitativní.

3.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán metodou *samovýběru*. Tuto metodu jsem zvolila kvůli skutečnosti, že data, která jsem sbírala, jsou intimní, a tak byl předpoklad, že výzkumu se zúčastní pouze ženy, které budou ochotné takové informace sdělovat. Miovský (2006, s. 133) vysvětluje rozdíl mezi samovýběrem a např. záměrným výběrem takto: „*oslovujeme skupinu potenciálních účastníků, a ti musejí aktivně projevit svůj zájem zapojit se do výzkumu, nikoli pouze souhlasit s přímou nabídkou účasti.*“

Respondentky jsem oslovila během srpna 2022 pomocí příspěvku na sociální síti Facebook ve skupinách, které nesly variace jména HPO. Do žádosti jsem specifikovala, že hledám ženy, které mají diagnostikovanou HPO a jsou ve věkovém rozmezí 20 – 30 let. Tím jsem chtěla zajistit, že respondentky navštěvují lékaře psychiatra nebo psychologa, který jim tuto diagnózu sdělil, a tak je sledován jejich psychický stav. Respondentky projevily zájem buď komentářem pod příspěvkem, nebo napsaly soukromou zprávu. Poté jim byla poslána zpráva s detailnějším popisem výzkumu.

Věkové rozmezí jsem volila na základě dynamiky onemocnění, kdy symptomy vrcholí v mladém věku a slábnou po 30. roku.

Realizace výzkumu probíhala v září 2022 a rozhovory probíhaly v klidných kavárnách nebo on-line formou.

Počet respondentek byl dán tzv. teoretickou saturací, která nastala u 8. respondentky. Tématu saturace ve výzkumu se věnuje Namey (2017), která zmiňuje studie, které tvrdí, že již v prvních 5 – 6 rozhovorech se objeví většina společných témat.

3.4.1 Etické aspekty

Etické aspekty byly u této skupiny řešeny obzvlášť detailně vzhledem k vulnerabilitě žen s HPO. Před rozhovorem byl odeslán text s informacemi pro respondentky. Na počátku rozhovoru byly zopakovány informace o výzkumu: důvod rozhovoru, kde budou informace z něj použity, kdo ho provádí a důvod výběru tématu. Samozřejmě byl informovaný souhlas nebo prohlášení tazatele. Na začátku a na konci setkání bylo připomenuto, že data budou anonymizována a že v práci nebudou uváděny žádné údaje, podle kterých by mohly být respondentky identifikovány. Zdůrazněna byla možnost odvolat souhlas se zveřejněním informací, a to až do doby odevzdání bakalářské práce.

Byla jasně definována témata, která se se v rozhovoru objeví a respondentkám bylo zdůrazněno, že pokud narazíme na popis traumatického zážitku, byť by souvisel s užíváním NL, nebude téma dále rozvíjeno. Dále byly respondentky několikrát během rozhovoru dotazovány na jejich psychický stav a byla pravidelně zařazována oddechová

témata. Na začátku rozhovoru bylo ověřeno, jestli stále navštěvují psychiatra nebo psychologa, aby se v případě dekompenzace stavu měly na koho obrátit. Požádala jsem respondentky, aby se poradily s těmito odborníky o plánu účastnit se výzkumu. Na konci rozhovoru každá z respondentek dostala kontakty na krizová centra a krizové linky. Pro respondentky, které nerady telefonují, byly připraveny webové stránky s živým chatem. Dále dostaly kontakty na pomoc s odvykáním NL. Během rozhovoru bylo připomínáno, že pokud by se cítily nepříjemně, rozhovor lze ihned ukončit.

Též byly ujištěny, že po rozhovoru mě mohou kdykoli kontaktovat s případnými dotazy či nejasnostmi, které je napadly po rozhovoru a mohly jim vyvolat nepříjemné pocity.

3.5 Metody tvorby dat

Sběr dat probíhal pomocí *semistrukturovaného interview, záznamového archu a audiozáznamu*.

Forma semistrukturovaného interview byla zvolena z důvodu potřeby obsáhnout definované okruhy dotazů a zároveň do hloubky rozvíjet některé z odpovědí. Dle Miovského (2006) je tato forma nejvýhodnější, jelikož je tu předpoklad získání kvalitních dat. Zmiňuje také důležitost přirozených podmínek a vztahu mezi tazatelem a dotazovaným. Volnější struktura napomáhá autentičnosti celého procesu. Autentický projev a zájem má vliv na vztah a přispívá k otevřenosti respondentů.

Záznamový arch obsahoval otázky na věk, maximální dosažené vzdělání a momentální zaměstnání a/nebo studium a tabulku se seznamem NL. U každé NL byly nabídnuty 3 standardní časové horizonty, které se užívají v adiktologii: celoživotní prevalence, užívání v posledních 12 měsících a užívání v posledních 30 dnech. Doplněné o variantu „neužila nikdy“. Podle odpovědí byl směřován rozhovor. Rozhovor byl nahráván na diktafon na mobilním telefonu. Všem respondentkám bylo sděleno, že nahrávání není nutné nebo ho lze kdykoli ukončit. Jedna z účastnic si nepřála být nahrávána, proto přepis zajímavých pasáží jejího vyprávění probíhal ručně.

Každý z rozhovorů trval přibližně hodinu a čtvrt, přičemž počáteční záměr byl rozhovor trvající maximálně hodinu a půl. Délka rozhovoru byla adekvátní vzhledem k potřebě zařazovat oddechová témata.

Jádro rozhovoru tvořily tyto dotazy:

- Jaké psychické potíže Vás nejvíce trápí nebo trápily? Jaké příznaky HPO u sebe pozorujete?
- Jaké NL jste vyzkoušela? – zde byl využit záznamový arch
- Co Vás dovede k tomu, že máte chuť užít NL? (pocity, situace...)
- Pokud užijete NL, jakou u sebe pozorujete změnu? (v myšlení, chování...)

U každé NL se doplňující dotazy mírně lišily, zde uvádím doplňující dotazy na užívání alkoholu:

- Kdy jste poprvé užila alkohol?
- Jak často si dáte alkoholický nápoj?
- Kolik alkoholických nápojů za sebou si dáte, když pijete?
- Potřebovala jste se někdy ráno napít alkoholu, abyste se dala do pořádku po předchozím pití?
- Stalo se Vám, že jste si kvůli pití nemohla vzpomenout na to, co se dělo, když jste pila
- Pijete alkohol spíše do nálady nebo pijete do „mrtva“ tak, abyste o sobě nevěděla?
- V jaké společnosti pijete? Užíváte NL někdy sama?
- Kombinujete alkohol s nějakou jinou NL?

Příklad dalších doplňujících dotazů:

- Máte pocit, že máte s některou NL problém nezávisle na tom, co si myslí okolí?
- Zkoušela jste sama abstinovat nebo abstinujete sama od některé NL?
- Vyzkoušela jste nebo užíváte pravidelně nějakou látku, která se nepovažuje za drogu (kratom apod.)?

Před zahájením rozhovorů byly realizovány tři *pilotní rozhovory*. Jeden z nich byl veden s ženou, která má zkušenosti s HPO u blízkého člověka. Tento rozhovor mi ukázal na slabá místa v rozhovoru a na potenciální *triggery* neboli spouštěče nepříjemných pocitů.

Aby byla zajištěna věrohodnost respondentek, byla mezi NL vložena smyšlená látka Relevin. Inspirací mi byla diplomová práce z roku 2015 od Mgr. Adama Kulhánka Ph.D.

3.6 Metody analýzy dat

K analýze dat jsem zvolila metodu *obsahové analýzy*. Podle Dvořákové: „*je obsahová analýza vyzdvihována jako v principu jednoduchá, adaptabilní, a přitom systematická, objektivitě blízká metoda*“ (2010, s. 98). Dvořáková mimo jiné uvádí, že můžeme tuto metodu využít na jakýkoli text (2010).

Tato metoda má dva přístupy, deskriptivní a teoretický, které se liší při tvorbě kategorií a kódů. Při použití deskriptivního přístupu se začínají objevovat kategorie během práce s textem a při teoretickém tvoříme kategorie předem a užíváme je při práci s textem. Tyto kategorie by se měly řídit Kerlingovými pravidly kategorizace (Miovský, 2006).

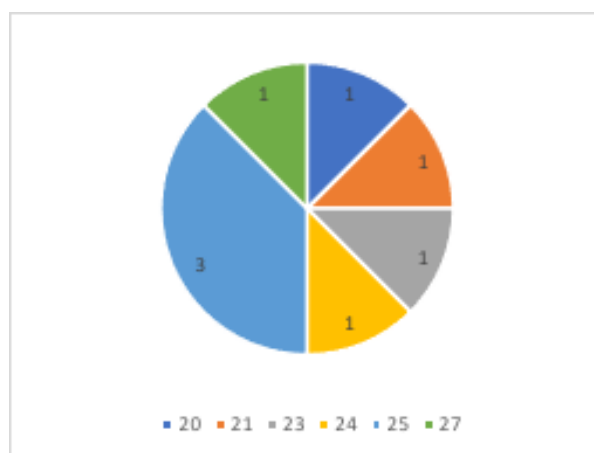
Použila jsem oba přístupy, resp. u VO3 jsem použila teoretický přístup z důvodu užití 8 kategorií z nástroje Substance Use Motives Measure (SUMM) ze studie od Biolcatiho a Passiniho (2019), kde byly vyčerpávajícím způsobem popsány všechny důvody k užívání. Avšak po zpracování dat jsem musela přidat k původním 8 důvodům další – *sebedestrukce*.

Chronologicky analýza probíhala takto: po shromáždění všech dat byly audionahrávky přepsány do programu Word, kde jsem při přepisu využila techniku *shrnujícího protokolu*. Dle Hendla (2016) ji lze užít v obsahové analýze. Po přepisu jsem pomocí funkce *Komentáře* tvořila kategorie a kódy. Výjimku tvořilo 8 připravených kategorií souvisejících s důvody užívání NL. Data ze záznamových archů byla přepsána do programu Excel bez úprav.

3.7 Výsledky výzkumu

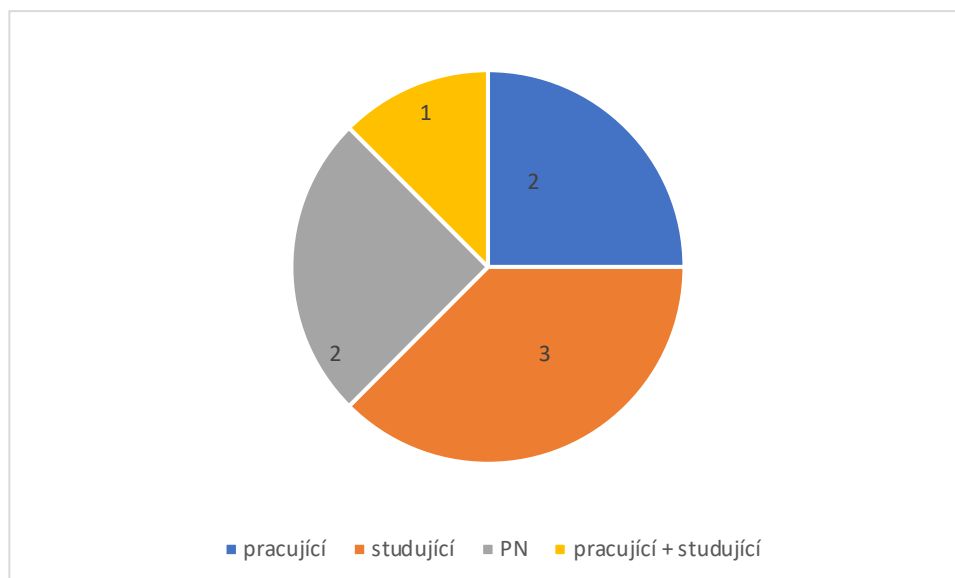
3.7.1 Vybrané sociodemografické údaje

Zkoumaná skupina čítala 8 respondentek. Nejmladší z nich bylo 20 let a nejstarší 27 let, věkový průměr byl 23 let a 9 měsíců (medián 24,5 let). Věkové rozložení zobrazuje graf 1.



Graf 1
Věkové rozložení respondentek

Zaměstnané na plný úvazek byly 2 respondentky a na částečný úvazek byla zaměstnána jedna respondentka, ta také zároveň studovala vysokou školu. Dohromady 4 respondentky studovaly na VŠ. V pracovní neschopnosti (PN) byly dvě respondentky. Tyto informace vidíme na grafu 2.



Graf 2
Aktuální stav respondentek ohledně studia/zaměstnání

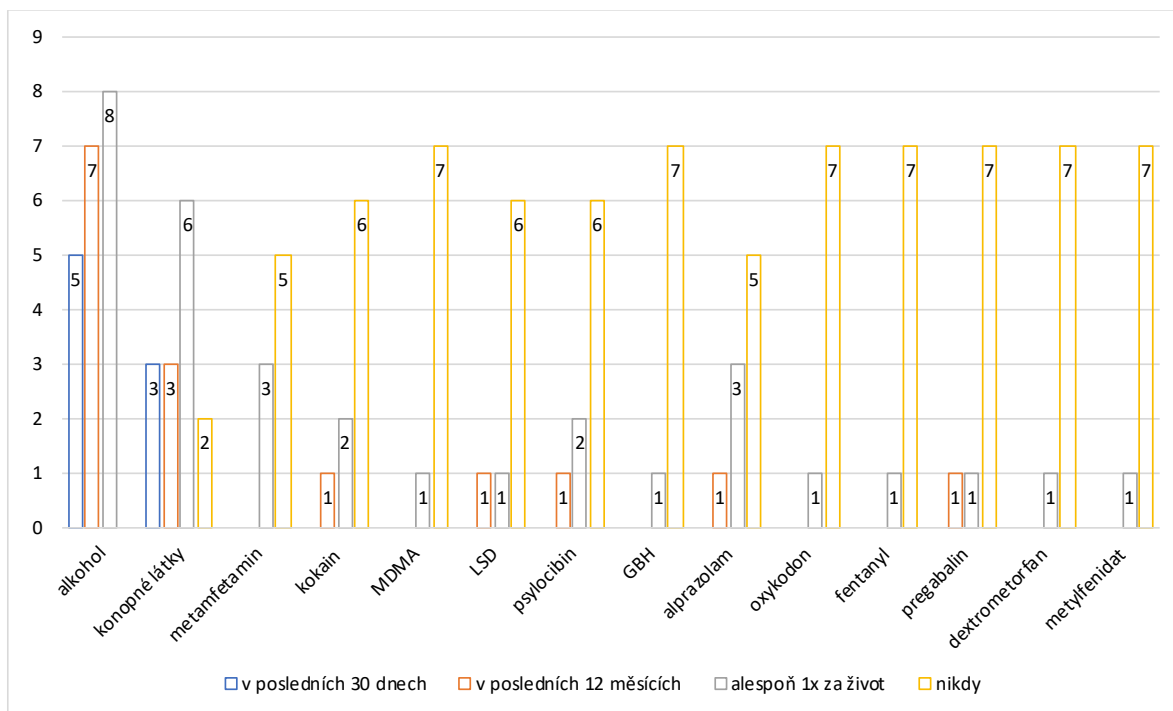
Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvádělo středoškolské s maturitou 7 žen a jedna žena uvedla vysokoškolské.

Všechny respondentky navštěvují pravidelně psychiatra a šest z nich také pravidelně chodí na individuální psychoterapii. Žádná neabsolvovala adiktologickou léčbu. Psychofarmaka má předepsáno 7 respondentek, jedna respondentka však léky neužívá a pouze navštěvuje pravidelně lékaře a psychologa.

3.7.2 Výzkumná otázka č. 1 – Jaká je prevalence užívání NL u žen s HPO ve věku 20 – 30 let?

Na otázku Jaká je prevalence užívání NL u žen s HPO ve věku 20 – 30 let odpovídá souhrnný graf 3.

Fiktivní látku relexin nezaškrtila žádná z účastnic výzkumu. Do grafu jsem nezahrnula látky, se kterými žádná z respondentek neměla zkušenost. Patřily mezi ně heroin, buprenorfin, amfetamin, ketamin, ayahuasca, fencyklidin nebo (nové) syntetické drogy.



Graf 3
Prevalence užívání NL

Alkohol alespoň jednou za život vyzkoušely všechny účastnice výzkumu. Příležitostně užívá alkohol 5 respondentek – jsou to zároveň ty, které pily alkohol v posledních 30 dnech. 3 respondentky se rozhodly k abstinenci.

R6: „*Nejhorší moje kocovinka byla, když jsem se přiotrávila alkoholem. To mi bylo blbě týden, říkala jsem, že už v životě nebudu pít alkohol.*“

R2: „*Pak už to fajn nebylo, protože to přestalo fungovat.*“

R1: „*Nemám ráda opilé lidi a nemám ráda sebe, když jsem opilá.*“

Konopné látky, konkrétně marihuanu, užilo alespoň jednou za život 6 žen, z toho 3 v posledních 30 dnech. Dvě res. neužily marihuanu nikdy. Nulovou zkušenost s marihuanou vysvětlovala jedna respondentka obavami o své psychické zdraví – bála se, že se jí rozvine schizofrenie, které je přítomna v její rodině.

Metamfetamin vyzkoušely 3 ženy. Dvě respondentky pouze experimentovaly. Jedna respondentka ho užívala pravidelně. Ta také sdělila, že ji čeká vyšetření na ADHD.

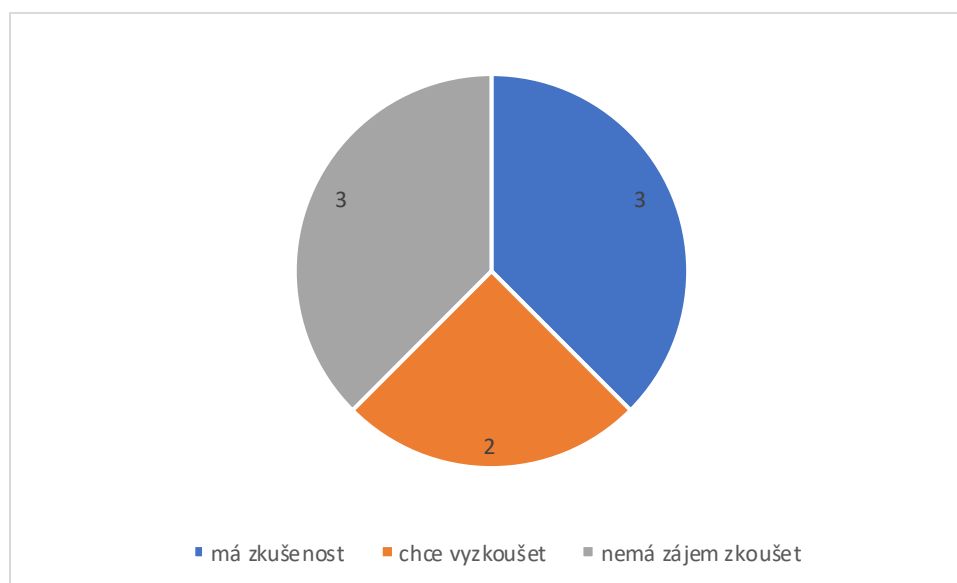
S užíváním **psychoaktivních léčiv**, která nemají předepsána, mají zkušenost dvě respondentky. U obou šlo o jednorázová užití.

Jedna respondentka vyzkoušela oxykodon a fentanyl. Druhá experimentovala s dextrometorfanem (DXM) a metylfenidátem (Ritalin 10 mg). DXM užívala ve formě sirupu ještě před zákazem této látky, resp. léků, které obsahují DXM v takové koncentraci, aby i

po objemově menším užití bylo patrné jejich psychoaktivní působení. To začíná na 150 mg a disociativní účinky má až od 450 mg. Momentálně nejsou na trhu dostupná léčiva, s kterými by se osoba dokázala intoxikovat bez nepříjemných vedlejších účinků, npř. Robitussin sirup obsahuje na 100 ml 150 mg DXM.

Se zneužíváním **psychofarmak**, která jim předepsal lékař, mají zkušenost 3 respondentky. Jednalo se vždy o alprazolam (Neurol, Xanax).

Doplňující dotaz jsem vznesla ke zkušenostem s látkou **kratom**, který sice nepatří mezi nelegální látky, ale jeho zařazení na seznam NL je momentálně zkoumáno. Výsledky ukazuje graf 4.



Graf 4
Zkušenosti s kratomem

3.7.3 Výzkumná otázka č. 2 – Jaké jsou jejich vzorce užívání?

3.7.3.1 Vzorce problémového užívání

Tabulka 2 znázorňuje látky, s kterými měla alespoň jedna respondentka během života potíže v takové intenzitě, že lze toto užívání klasifikovat již jako škodlivé nebo závislostní. Sloupec kombinace s léky ukazuje, jestli byly NL užívány během léčby HPO. Předposlední sloupec tabulky ukazuje počet žen, kterým bylo méně než 18 let během problémového užívání. Poslední sloupec ukazuje celoživotní prevalenci.

Všechn alkohol byl převeden na jednotku *jeden alkoholický nápoj*, který je definován jako 0,5 l piva, 5 cl destilátu nebo 2 dcl vína. Případně byly převedeny i tzv. jointy na váhu sušené marihuany, jelikož jinou formu konopí respondentky neuváděly. 1 konopná cigareta obsahuje přibližně 0,25 g sušené marihuany.

Tabulka 2

Vzorce užívání během problémového užívání NL

látka	počet res. škodlivé užívání	počet res. syndrom závislosti	frekvence (týdně)	množství (za týden)	aplikace	místo	společnost	kombinace	kombinace s předepsan. léky	průměrné období problém. užívání	počet resp. před dosažením 18. rokem	alespoň 1x za život
alkohol	3	2	4x	21 alkoholických nápojů	orálně	doma/v baru	5 s přáteli, 1 sama	sporadicky marihuana 3	3	2,5 roku	3	8
konopné látky	2	0	5x	5 g	inhalačně	doma/v přírodě	sama	alkohol	ne	2 roky	1	6
met-amfetamin	1	0	2–3x	–	nasálně	doma	s přáteli	ne	ne	2 roky	1	3
alprazolam	1	0	2x	2mg	orálně	doma	sama	vždy s alkoholem	1	2 roky	0	3

Problémový vztah k **alkoholu** mělo během života 5 žen – 3 již před dosažením 18 let. Alkohol pily průměrně 4 x za týden.

R5: „3 až 4 měsíce jsem si dávala 4 flašky vína týdně, někdy v tom byly i nějaký panáky, pak pauza a pak zase.“

R1: „Pak jsem se přestěhovala na kolej, tam jsme začali pít víc. Ale nebylo to tak intenzivní, bylo to třeba tak dvakrát týdně dejme tomu. Tak třeba takové ty destiláty, dejme tomu.“

R6: „Na střední jsme hodně pili, já jsem pila, zejména já, ale asi každý den ve velkém množství. Třeba tak láhev vodky za den, jakože se to střídalo, vydržela jsem hodně. A vlastně i večer to pomáhalo na spaní.“

R2: „18, 19, to byl čtvrtý ročník, vlastně každý den od rána do večera, a to už byla závislost, a bylo to fajn na depresi. Že jsem závislá jsem si uvědomila, když jsem třeba ráno v 9 hodin se třásla.“

R4: „V 15 jsem začala sama pracovat, měla jsem svoje peníze, takže jsem chodila do barů třikrát týdně pít a vracela jsem se ve dvě ráno úplně opilá.“

R7: „Můj rekord, kterej do teď nepochopím, že jsem za jeden večer vypila 3 litry vína.“

Ohledně místa užívání nebyly patrně žádné preference, pouze během pandemie covidu se případně scházely s přáteli v bytech.

R4: „...když jsem byla v tom baru, tak tam jsem se cítila dobře, že tam mám jako přátele. Doma jsem se cítila hodně opuštěná.“

R2: „Sama a ve škole, ve škole spolužáci, ale oni o tom nevěděli, možná že věděli, ale primárně sama.“

R6: „Když jsem se potřebovala uklidnit, tak jsem pila sama, 2x, 3x týdně. S ostatními skoro furt, pokud jsem zrovna neřídila.“

R3: „O samotě jsem ze začátku nepila, ale pak jsem si buď doma vzala nějaký alkohol, nebo si koupila. Sama jsem toho nevypila tolik, maximálně ty 3 panáky, protože mě to ani nechutnalo, když jsem pila sama, a to bylo tak jednou za dva týdny.“

Typické množství bylo 21 alkoholických nápojů týdně. Ve zkoumané skupině nepřevažoval žádný druh alkoholu, respondentky kombinovaly nápoje s různým obsahem alkoholu jednak během jedné epizody pití, jednak během dlouhodobého užívání.

R6: „Já pila třeba jedno pivo za druhým a doufala, že to další pivo mi už pomůže.“

R7: „Co si pamatuju co bylo jako krizovější situace, co se týče pití a říkala jsem si, že už to není dobrý, kdy jsem si dala asi 10 nebo 11 piv a ještě to nakonec rozbilo magický oko, to jsem si půl hodiny nic nepamatovala a skončila jsem v posteli.“

R3: „Většinou jsem pila do nálady a pak jak pili ostatní, tak to pokračovalo a pokračovalo až to bylo třeba 7 koktejlů za 4 hodky.“

R4: „Já jsem nepila moc pivo, já jsem byla na tvrdej, jak panáky, tak v drincích, ale vlastně jak kdy...“

S kombinováním psychoaktivních léků s alkoholem mají zkušenosti 3 respondentky. Z toho jedna užívala alprazolam problematicky a 2 res. pily na předepsané léky (u obou se jednalo o antidepresiva, stabilizátory nálady, hypnotika nebo anxiolytika).

R7: „Neurol jsem dostala na úzkosti, a že hlavně na něj nesmím pít, což jsem velmi dlouho dodržovala, než jsem zjistila, že to podporuje alkohol, takže jsem tím šetřila peníze v jednu chvíli.“

R6: „Jednou týdně jsem si to tak okořenila neurolem.“

R2: „Někdy jsem kombinovala s prášky na spaní, abych měla úplný shutdown.“

Obecně však respondentky nekombinovaly často více NL najednou.

R3: „Marihuanu jsem si nikdy nekoupila sama, vždycky ji někdo donesl. Pokaždé když jsme šli pít a někdo ji donesl, tak jednou za měsíc.“

R1: „Když jsem trávu kombinovala s alkoholem, tak jsem se cítila ještě hůř a bylo mi zle.“

R4: „Marihuanu a alkohol jsem nedávala dohromady, uspávalo mě to.“

S konopnými látkami měly potíže 2 respondentky.

R4: „Nejdřív jsem chodila s kamarádama. Před maturitou jsme měli vždy v úterý seminář do 5 a pak jsme se šli zhulit. Takže jsem začala hulit několikrát do týdne.“

Jedna res. užívala **metamfetamin** v míře škodlivého užívání.

R5: „Nejdřív s přítelem, párkrát s jinými lidmi, který jsem ani nebrala jako kámoše, jen abych nebyla sama... a pak bylo období, kdy jsem měla jednu kamarádku a s tou jsme lítaly v perníku spolu.“

3.7.3.2 Vzorce užívání NL za posledních 30 dní

Tabulka 3 nám ukazuje vzorce užívání u respondentek, které užily alkohol nebo marihuanu posledních 30 dní. Jiné látky než tyto dvě žádná neuvedla.

Tabulka 3
Vzorce užívání v posledních 30 dnech

látka	frekvence (týdně)	množství (za týden)	aplikace	místo	společnost	kombinace	kombinace s léky	počet res. v posledních 30 dnech
alkohol	2 x	2	orálně	3 doma 2 v baru	s partnerem s přáteli	ne	4	5
konopné látky	1 — 2	1 joint	inhalačně	doma v přírodě	sama	ne	2	3

Alkohol pilo v posledních 30 dnech 5 respondentek. Obvykle *nepijí samy* a průměrně každá z nich vypije 2 *alk. nápoje týdně*. Zároveň však 4 z nich užívají psychiatrické léky.

R3: „Teď mám odpor k alkoholu, tak si dám maximálně 2 sklenky vína s přítelem, nebo jednoho panáka, když je oslava, ale že bych vysloveně šla do hospody jako dřív, to vůbec. Tak jednou týdně, snažím se tomu i vyhýbat.“

R5: „...nyní třikrát týdně si dám na chuť skleničku.“

Marihuanu kouřily v posledním měsíci 3 respondentky a upřednostňují být během intoxikace samy.

R5: „Nyní abstinuju, ale cheat day mám jednou týdně jednoho jointa, abych na chvíli vypla a nepřemýšlela.“

R1: „Už jsem to přehnala s hulením, spíš mi to nedělá dobře, spouští mi úzkosti a jiné věci, takže si dávám jen tak jednou týdně, aby mi to neudělalo zle.“

3.7.4 Výzkumná otázka č. 3 – Jaké důvody je vedou/vedly k užívání?

Důvody k užívání nám ukazuje tabulka 4. Čísla ve světlemodrých kolonkách udávají počet respondentek, které uvedly v souvislosti s některou NL důvod k užití symptom v horní části tabulky. Poslední šedý sloupec opět ukazuje celoživotní prevalenci NL z prvního sloupce.

Tabulka 4
Důvody k užívání NL

Důvod	Zlepšení (nálad)	Sociální (situace)	Konformita	Zvládání pocitu úzkosti	Zvládání depresivní nálad	Zvládání pocitu nudy	Sebe-objevování	Výkon	Sebe-destrukce	alespoň 1x za život
alkohol	3	3	3	6	5	1	1	–	5	8
konopné látky	4	–	5	1	3	1	–	–	–	6
metamfetamin	2	–	1	1	1	–	2	–	1	3
kokain	–	–	2	–	–	–	–	–	–	2
MDMA	–	–	1	–	–	–	–	–	–	1
LSD	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
psylocibin	–	–	–	–	–	1	2	–	–	2
GBH	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
alprazolam	2	–	–	1	–	–	–	–	–	3
oxykodon	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
fentanyl	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
pregabalin	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
dextrometorfan	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
metylfenidat	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1

Sebedestrukci nebo sebepoškození zmiňovalo jako důvod užití u **alkoholu** 5 respondentek a u **metamfetaminu** 1.

Například u alkoholu vyjádřily touhu si ublížit takto:

R2: „*Já jsem doufala, že umřu za tu dobu, jakože mi odejdou játra. Nějak mi to nevyšlo bohužel, ale spíš vnímám, že mám nějak horší kognitivní schopnosti, než jsem mívala a takže to nedoporučuju, ale určitě v tom byly nějaké sebepoškozovací tendence. Mne to uspokojilo, protože jsem byla v tom procesu umírání.*“

R4: „*Pomohlo mi to, že jsem nemusela na nic myslet. Jak jsem se přestala sebepoškozovat, tak jsem to sebepoškozování převedla do návykových látek,*“

R1: „*Byly i fáze, kdy jsem to brala, abych se zničila.*“

R6: „Kdežto u té whisky nebo rumu, jak jsem byla zvyklá to pít a naučená, tak mi to nic nedělalo, takže jsem měla tu potřebu rýpat do sebe, abych něco cítila.“

Důvody, souhrnně pojmenovány konformita, u **alkoholu** zmiňovaly 3 respondentky.

R3: „Na té střední jsem se chytila blbých lidí, nebyli z té střední, nějak jsem je poznala přes Facebook a tak tam jsem se začala bavit s lidma, kteří prostě hodně pili a abych s nima mohla být, abych zapadla, tak jsem taky musela hodně pít, což mi bylo nějakých 15, 16, 17 let.“

R1: „Cítila jsem se hrozně a pila jen z toho zvyku, abych zapadla do té společnosti.“

R4: „Ostatní si dávali, nechtěla jsem být jediná, co ne.“

Zlepšení nálady nebo zvládnání deprese a úzkosti zmiňovala jako hlavní důvod konzumace **alkoholu** většina respondentek.

R1: „Když jsem byla opilá, tak to byla zářivě bílá, když člověk má kocovinu, tak u mě to šlo do extrému, že můžu za všechno zlo na světě a jsem strašnej člověk.“

R7: „Problém nastal v lockdownu, kdy jsem neměla co dělat, jak mi chyběl ten sociální kontakt a ta prázdnota a opuštěnost, tak jsem si to nahrazovala.“

R8: „Hlavně kvůli těm depresím, bylo to mnohem lepší s tím alkoholem, ale pak už byl problém, protože už to nefungovalo, bylo lepší toho nechat, třeba z finančního hlediska a tak.“

R6: „Pít jsem začala tomu, že se rodiče věnovali bráchovi, ten je mentálně retardovaný, musela jsem s ním psát úkoly, žehlit za něj problémy, Neměla jsem čas na sebe, a úkoly...já nosím samé jedničky a brácha trojku, čtyřku a je strašně pochválenej.“

R5: „Chtěla jsem zahnat vnitřní bolest, aby nepřišel ten hysterák.“

R3: „Člověk jde do té paniky, začne se třepat a tak, vezme si flašku, dvakrát jsem se napila, pak jsem se vydýchala a dobrý, pak jsem se z toho šla vyspat a najednou jsem už jen tak seděla a nic nedělala. On je ten prvotní impuls přebít tu bolest, co máš v sobě, dostat ji ven.“

R2: „Jako snažila jsem se nepít, pak jsem vlastně vyhledala psychoterapeuta. Čistě na tu prázdnotu, tam jsem chodila asi 3 měsíce, pak jsem začala znovu pít, takže jsem chodila na schůzky opilá a řekla jsem si, že to úplně nemá smysl.“

R8: „Měla jsem problém s neustálým selháním.“

Jedna z žen zmiňovala, že po alkoholu dokázala *lépe popsat jaká je*. Její odpověď se prolíná s odpovědí na výzkumnou ot. č. 4 a zároveň jsem ji zařadila do kolonky sebeobjevování.

R8: „*Když jsem se dostala do nálady s tím alkoholem, tak mi to dokázalo otevřít tu možnost o sobě mluvit, nějak mi to v tu chvíli seplo a uvědomila si, kdo jsem a těm lidem jsem mohla podat ten pohled kdo jsem, co dělám a že jsem se jako víc otevřela.*“

U **konopných látek** byla *konformita* důvodem k užívání u 5 žen.

R3: „*Já jsem se tomu nejdřív strašně bránila, nechtěla jsem, pak mě k tomu kamarád donutil.*“

R2: „*S kamarádama to byla vyloženě taková sociální věc. Chodila jsem s jednou určitou skupinou.*“

Kvůli *zlepšení nálady* kouřily **marihuanu** 4 res., ale jen jedna užívala konopí, pokud chtěla potlačit úzkost.

R3: „*Takže jsem začala a zjistila jsem, že se po tom cítím docela dobře, cítila jsem se po tom líp než po alkoholu.*“

R4: „*Já jsem v podstatě nechtěla být střízlivá se svými myšlenkami.*“

Důvod k užívání **pervitinu** shrnula jedna z účastnic takto:

R5: „*Hlavní motiv byl necejtít nic, protože jsem toho cejtila hodně a bolelo to. Ten stav na tom perníku nic nenahradí, tak dobře mi v životě nebylo, když jsem si to dala. Měla jsem dobřej pocit na srdci, na hrudníku, že všechno bude v pohodě.*“

Alprazolam užívaly *na úzkost* nebo *na zlepšení nálady*.

R2: „*Občas mě xanax vypl, když jsem neměla alkohol, ale potřebovala jsem nic necítit, necítit to svírání.*“

Kokain, MDMA, metamfetamin byly užity příležitostně a důvodem byla opět konformita.

Halucinogenní látky nebo disociativní látky byly užívány s cílem sebeexplorace.

R2: „*Měla jsem je 1x a to týden po tom, co jsem vyšla z Karláku a jsem si vysadila léky, protože jsem je chtěla zkusit, protože zrovna rostly. Měla jsem tedy asi ještě v sobě nějakou dávku těch antipsychotik, protože mi to nedalo ten účinek halucinogenní. Chtěla jsem zažít pocit toho tepla a euforie.*“

R3: „Mě to láká ty účinky těch halucinogenů, ty jsou pro mne nejzajímavější z hlediska návykových látek, nějaký ty vizuální halucinace, který jsou příjemný.“

3.7.5 Výzkumná otázka č. 4 – Jaký dopad mají NL na symptomy HPO?

Tabulka 5 v kolonce symptomy vyjmenovává nejčastější *subjektivní symptomy HPO*, které respondentky zmiňovaly v souvislosti s užitím NL. Pod každým symptomem je celkový počet res., které ho uvedly. Poslední šedý sloupeček pro lepší přehlednost zobrazuje celoživotní prevalenci u každé NL.

Kladný dopad je zde míněn ve smyslu zlepšení symptomů, např. potlačení úzkosti. Záporný dopad znamená zhoršení symptomů, např. větší tendence k automutilaci. Žádný dopad ukazuje, že respondentka o symptomu hovořila, ale nevěděla jaký dopad NL měla nebo neměla dle ní žádný.

Tabulka 5
Dopad NL na symptomy HPO

symptom	vztek			pocit osamění			úzkost			smutek			sebepoškozování			pocit prázdnoty			nejistá identita			alespoň 1x za život
	počet respondentek																					
dopad	kladný	žádný	záporný	kladný	žádný	záporný	kladný	žádný	záporný	kladný	žádný	záporný	kladný	žádný	záporný	kladný	žádný	záporný	kladný	žádný	záporný	
alkohol	1	3	3	1	4	1	4	0	2	2	1	4	0	1	4	5	0	2	2	3	0	8
konopné látky	0	6	0	0	3	3	1	1	4	1	3	2	1	1	3	0	6	0	0	2	3	6
metamfetamin	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	3

Z tabulky je zřejmé, že **alkohol pocit vzteku zhoršuje**, také **zhoršuje smutek**, ale má spíše *pozitivní dopad na pocit úzkosti*. Pocit smutku může korelovat s *větším sebepoškozováním* po intoxikaci **alkoholem**, kdy 4 res. uvádějí, že se více a vážněji sebepoškozovaly, pokud byly opilé. *Kladný dopad měl alkohol* také na pocit prázdnoty, kdy 5 res. uvedlo, že necítily tak intenzivní pocit prázdnoty, pokud byly opilé.

R6: „Když jsem pila whisky nebo rum, tak byly větší dopady na sebepoškozování, hlubší rány.“

R2: „Myslím si, že když už jsem prošla tím alkoholismem, je to na hovno, ale třeba ty záchvaty, co HPO mívají, sebepoškozovací tendence, chuť něco si udělat, je horší po tom alkoholu.“

R3: „Víc vzteklá jsem byla po alkoholu. Stačilo se opít do té hladinky, kdy už se něco točí, ale furt vnímáte, co se okolo děje a stačila jakákoli špatná myšlenka na cokoli z minulosti, v ten moment se mi to začalo v hlavě strašně opakovat, převíjet dokola a začala jsem o tom přemýšlet, i když jsem třeba na to předtím nemyslela a měla jsem to někde v bloku uložený, tak jsem na to začala myslet a začalo mi být hrozně. Měla jsem pocit, jak když do vás někdo zevnitř vráží nůž a fyzicky to bolelo a že mám uprostřed sebe hrozný tlak, co se

dere ven, a musela jsem začít křičet, abych to dokázala korigovat. Tohle byl ten impuls, proč jsem samovolně přestala pít.“

R1: „...protože jsem zjistila, že po tom alkoholu jsem měla fakt deprese, že jsem šla domů a měla úplně strašné myšlenky, teď jsem se jako motala a bála jsem se těch lidí, říkala jsem si, pane bože, tenhle člověk teď na mě vytáhne nůž. Pak to zacházelo i tak daleko, že jsem ležela ve škarpe vedle silnice a jenom jsem brečela, nemohla se zvednout, nemohla jsem nikam jít. A to nebylo, že fyzicky by mi ten alkohol nikam nedovolil jít, ale psychicky mi bylo tak hrozně, křičela jsem, cítila jsem takovou vnitřní bolest z toho.“

R4: „Cítila jsem se hrozně, nechovali se ke mně jako kamarádi, často mě uráželi a prostě nerefletovali, že dělají něco špatně.“

Konopné látky zhoršovaly úzkostné pocity u 4 res. a 3 res. zmiňovaly, že se cítily osamělejší a jejich představa o sobě byla více nejistá.

R1: „...a ten jeden kluk, co tam byl, mě začal schízovat, ponižovat a ve mně to vyvolávalo hrozný loopy, prostě jsem se totálně overthinkovala a přestalo mě to bavit s nima chodit ven.“

R2: „začala jsem se zasekávat ve svých myšlenkových pochodech a začalo to být hodně špatný, hodně nervózní, nesvá.“

R5: „Později už to bylo, že jsem špatně spala, měla jsem problémy s usínáním, a když jsem šla hulit před spaním, tak jsem se ráno vzbudila skoro jako s kocovinou, cítila jsem se hrozně, psychicky hnusně.“

R4: „Po panické atace už nechci, spouští mi to úzkosti.“

Kladný dopad na příznaky HPO po **pervitinu** popsala respondentka těmito slovy:

R1: „Jednou mi bylo tak dobře, že jsem si jenom lehla do postele a příteli říkám nemluv na mě, nech mě bejt, jenom jsem se občas podívala, jak hraje televize, ale měla jsem furt zavřené oči a trvalo to třeba tři, čtyři hodiny, jenom jsem si užívala ten stav.“

Negativní dopad pervitinu na sebepoškozování zmínila mimo jiné takto:

R1: „Teď je to na hovno ten stav, tak se jdu zničit prostě.“

4 Diskuze a závěr

Cílem této bakalářské práce byl průzkum a popis potenciální adiktologické klientely, a to žen mezi 20 – 30 lety s emočně nestabilní poruchou hraničního typu. Výzkumné otázky byly stanoveny takto: Jaká je prevalence užívání NL u žen s HPO ve věku 20 – 30 let? Jaké jsou jejich vzorce užívání? Jaké důvody je vedou/vedly k užívání? Jaký dopad mají NL na symptomy HPO?

Z výsledků vyplývá, že všechny respondentky mají zkušenosti s alkoholem a u více než poloviny z nich bylo přítomné problémové užívání, u některých z nich před dosažením dospělosti. Během problémového užívání konzumovaly 21 alkoholických nápojů za týden a průměrně pily 4x týdně, a to nejčastěji ve společnosti přátel. Problémové užívání trvalo přibližně 2,5 roku. Jedna respondentka kombinovala alkohol s psychofarmaky pravidelně. Tři čtvrtě respondentek má zkušenosti s konopím, škodlivé užívání se vyskytovalo u třetiny z nich a trvalo přibližně 2 roky. Přibližně třetina respondentek má zkušenosti s metamfetaminem a jedna z nich jej užívala v takové intenzitě a dopady měly takovou závažnost, že můžeme hovořit o škodlivém užívání či syndromu závislosti.

V posledních 30 dnech pila alkohol více než polovina respondentek a většina z nich má zároveň předepsaná psychofarmaka. Nejčastěji konzumují 1 alkoholický nápoj 2x týdně, a to ve společnosti přátel nebo partnera/partnerky. Oproti tomu konopné látky užívají spíše samy ve frekvenci maximálně 2x týdně a v množství odpovídající jedné cigaretě s marihuanou - toto užívání se týká přibližně třetiny respondentek.

Žádná z respondentek neužila heroin, buprenorfin, amfetamin, ketamin, ayahuascu, fencyklidin nebo (nové) syntetické drogy. Ostatní látky užívaly příležitostně, to znamená, že je neužily vícerorát než 5x za život.

Ve zkoumané skupině nebyly patrné výraznější tendence k experimentování s NL ani k polyvalentní závislosti či kombinování více drog najednou.

Důvody k užívání se nelišily podle míry závažnosti projevů HPO. Důvody zůstávají stejné, ať už jsou ženy kompenzované či nikoli. Závažnost symptomů má vliv spíše na frekvenci užívání. Napříč látkami byla nejčastější motivací k užívání snaha o zvládnutí úzkostných a depresivních pocitů a snaha o zlepšení nálady. Jako výrazný důvod se ukázala snaha o sebedestrukci, kde byl nejčastěji nástrojem alkohol. U alkoholu se také jako důvod užívání často objevoval sociální tlak a touha po přijetí skupinou. Také společenské situace, při kterých je běžné pít, byly u alkoholu častým důvodem konzumace. Snaha zapadnout a nevyčnívat se jako důvod objevoval nejčastěji u konopných látek.

Alkohol zmírňoval u respondentek pocit prázdnoty a zmenšoval míru úzkosti, ale zhoršoval depresivní ladění a měl dopad na sebepoškozování, které bylo po alkoholu častější a vážnější. Konopné látky zhoršovaly úzkost a také činily respondentky více nejisté ohledně jejich identity.

Pokud porovnám své výsledky s článkem od Feskeho a jeho spolupracovníků (2006), kde se uvádí, že během života bylo problémové užívání alkoholu přítomné u 59 % žen s HPO a u 49 % v souvislosti s nelegálními NL, tak u alkoholu jsem došla k podobným výsledkům. U nelegálních látek se můj výzkum neshoduje a celoživotní prevalence problémového užívání je dle mých zjištění 25 %.

Další výzkumy se týkají osob s HPO a není u nich rozlišováno pohlaví. Motivací k užívání je dle Kienasta a jeho kolegů (2014) potřeba sebemedikace, což souhlasí s mými výsledky, jelikož snaha o potlačení negativních emocí je zřejmá. Tito autoři jako další důvod uvádějí touhu po disociativních stavech. Respondentky z mého výzkumu vyzkoušely látky s disociativním účinkem na psychiku, ale jednalo se pouze o experimenty a žádná je nevyhledává. Podle nejnovější studie od Wojciechowskiho (2021) je HPO rizikovým faktorem pro užívání alkoholu. Ke stejným výsledkům jsem došla taktéž. Ohledně polymorfního užívání se mé výsledky liší, jelikož autor uvádí, že HPO je rovněž rizikovým faktorem. Dle Pizzarello a Taylor (2011) signifikantní vliv na užívání NL mají blízké osoby, což můj výzkum potvrdil.

Z povahy výzkumu, který je kvalitativní, nemůžeme výsledky generalizovat, a to jak kvůli počtu zkoumaných osob, tak kvůli vlastnostem vzorku. Ten obsahoval ženy, které aktuálně nemají potíže s užíváním NL a mají náhled na svoji poruchu – jiná data bychom získali u žen, které jejich závislost dohnala až k léčbě nebo u žen, které si ani částeně neuvědomují, jak jejich chování a prožívání souvisí s HPO a následně se sklony k užívání NL. Domnívám se, že převládající symptomy nebo organizace osobnosti má velký dopad na druh NL. Jiné látky bude užívat osoba, jejíž organizace osobnosti se kloní spíše k psychotickému než neurotickému pásmu a naopak.

Za další limity výzkumu považuji tvorbu a interpretaci dat, a to hlavně u dopadů na symptomy HPO, jelikož při zkoumání těchto dopadů jsem porovnávala příznaky, které měly respondentky zvědomělé. Patrné to bylo v situacích, kdy respondentky popisovaly dle mého názoru velice komplikované vztahy, ale zároveň je nevnímaly jako něco nestandardního. Nebylo tedy vhodné dotazovat se, jak užívání mělo vliv na tento příznak.

Odpovědi také mohly být velmi ovlivněny mým chováním či stylem vedení rozhovoru apod. Myslím, že u této skupiny žen je ochota odpovídat pravdivě a beze studu více závislá na tazateli než u jiných osob. Také jsem mohla informace, které mi respondentky podaly, vyhodnotit nesprávně. Myslím, že u tohoto typu výzkumu je velmi vhodná triangulace dat pomocí jiného výzkumníka, který si poslechne nahrané rozhovory.

Uvědomuji si, že vzhledem k obšírnosti a komplexnosti zvoleného tématu může docházet v této práci k určitému zjednodušení, jelikož i třeba jen jedna z výzkumných otázek by „stačila“ jako téma práce.

Pokud bych z výsledků výzkumu dovolila vyvodit nějaká doporučení pro praxi, týkala by se žen s HPO závislých na alkoholu, které je potřeba sledovat pečlivěji ohledně sebepoškozování. Další doporučení by se týkalo přímo adiktologické léčby. U žen s HPO by tato léčba měla více podporovat sebeúctu, aby se klientky necítily pod tlakem, že musí užít NL, pokud jsou ve společnosti osob, které jim je nabízejí. Jeden ze základních symptomů (strach z opuštění) má pravděpodobně dopady na ochotu přijmout nabízenou drogu.

Během výzkumu vyvstalo mnoho dalších otázek, a tak by bylo vhodné pokračovat ve výzkumu této skupiny s více respondenty, např. pomocí dotazníků, které jsou anonymní a tím by se mohla pokrýt témata, která jsou citlivá (například vliv NL na sexuální chování). Dále je možné, že problémové užívání NL v adolescenci je jedním z nejvýraznějších prediktorů HPO v dospělosti, jelikož ostatní symptomy lze do určité míry vztáhnout na běžné adolescentní chování (vztek, vztahovačnost, změny nálad, vnitřní nejistota o sobě a svých prioritách, intenzivní vztahy) nebo jej lze skrýt (stopy sebepoškozování lze schovat pod oblečení).

Jelikož žádná z respondentek momentálně neměla potíže s NL, přišlo by mi přínosné zjistit salutory, které jim pomohly a pomáhají překonávat touhu řešit jejich potíže pomocí NL. Tato zjištění by šla využít při adiktologické léčbě žen s HPO.

Pro další výzkumníky bych zde ráda zdůraznila, že pokud se dodržují během hovoru určitá pravidla, např. je jasné dané téma rozhovoru, ale také témata, která nebudou probírána a je vysvětlen důvod, proč o nich nelze hovořit, i když by respondentka chtěla, je rozhovor bezproblémový. Předejdeme tak rizikovým situacím, které by mohly respondentky destabilizovat. Také je nutné brát v potaz, že rozhovor nemusí proběhnout v domluvený termín a je potřeba být flexibilní. Je nutné respondentkám zdůrazňovat, že chápeme, pokud se cítí psychicky zle a zruší rozhovor. Pokud chce respondentka přesto rozhovor uskutečnit, je naší odpovědností přesunout rozhovor na jindy.

Přínos výzkumu vidím především v přispění k lepšímu pohledu na ženy s HPO, které mají zkušenosti s drogami. Tyto ženy lze zkoumat bez vážných potíží, pokud se dodrží určitá pravidla. Dále si myslím, že přestože odborníci pracující se závislými znají specifika uživatelů drog s HPO, není obecně mezi odborníky známo, jaké látky tyto ženy upřednostňují, jaký k tomu mají důvod nebo jaký má užívání těchto látek dopad na jejich poruchu. O zodpovězení těchto otázek jsem se pokusila ve své práci. Jak jsem zdůraznila v úvodu, ženy s HPO patří mezi naši klientelu a je potřeba pečlivějšího zmapování jejich charakteristik, aby pro nás tato skupina žen byla přehlednější. Potřeba specifické péče pro

ně je patrná také ze zahraničních snah vyvářet speciální léčebné adiktologické programy přímo pro ně.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Amchová, P., & Kučerová, J. (2015). Pohlaví a drogová závislost: od animálních modelů ke klinické praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(2), 72-78.
<http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>
2. Arpa, S. (2018). Ženy užívající drogy: otázky, potřeby, řešení, výzvy a význam pro politiku a praxi. *Zaostřeno*, 2018(3), 1-16. <http://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/>
3. Biolcati, R., & Passini, S. (2019). Development of the Substance Use Motives Measure (SUMM): A comprehensive eight-factor model for alcohol/drugs consumption. *Addictive behaviors reports*, 10, 100199-100199.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100199>
4. Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada Publishing.
5. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
6. Ditrich et al. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation (2021) 8:22 <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00162-8>
7. Doležalová, P. (2014). Uživatelky drog ohrožené stigmatizací: Témata v poradenství a léčbě. *Zaostřeno na drogy*, 12(1), 1-12. http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy
8. Dreher, J., & Landa, L. (2017). *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Grada Publishing.
9. Dvořáková I. (2010) Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. *Antropowebzin*, 2010(2), 95-99.
<http://www.antropoweb.cz/cs/obsahova-analyza-formalni-obsahova-analyza-kvantitativni-obsahova-analyza>
10. Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti. Část I. Diagnostika. *Psychiatrie pro praxi*, 6(1), 48-51.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/01/12.pdf>
11. Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti. Část II. Diferenciální diagnostika a terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 6(2), 96-99.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/02/11.pdf>
12. Feske, U., Tarter, R. E., Kirisci, L., & Pilkonis, P. A. (2006). Borderline Personality and Substance Use in Women. *American Journal on Addictions*, 15(2), 131–137. <https://doi.org/10.1080/10550490500528357>
13. Grambal, A., Grambalová, Z., & Praško, J. (2013). Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti v praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 14(1), 15-17.
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/04.pdf>
14. Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada Publishing.

15. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.
16. Hublová, V., Ustohal, L., Stehnová, I., & Přikrylová Kučerová, H. (2016). Psychobiologická teorie v kontextu poruch osobnosti a well-being. *Psychiatrie pro praxi*, 17(1e). <https://doi.org/10.36290/psy.2016.034>
17. Janota, T. (2008). Akutní infarkt myokardu u žen. *Intervenční a akutní kardiologie*, 7(suppl. B).
18. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada.
19. Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.
20. Kasalová, P., Praško, J., & Jadlovec, F. (2015). Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu. *Psychiatrie pro praxi*, 21-23. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/01/05.pdf>
21. Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(16), 280–286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
22. Kotková in Maxová, V., & Preslová, I. (Eds.). (2009). *Ženy & drogy: sborník odborné konference: Praha 15.-16. dubna 2009*. SANANIM.
23. Kulhánek, A. (2015). *Vzorce užívání kokainu mezi rekreačními uživateli: terénní kvalitativní výzkum*. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.
24. McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu*. Portál.
25. Miller, G. A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.
26. Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.
27. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing. (Miovský, 2006)
28. Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Grada.
29. Namey E. (2017, duben, 25). R&E Search for Evidence. R&E Search for Evidence. <https://researchforevidence.fhi360.org/riddle-me-this-how-many-interviews-or-focus-groups-are-enough>
30. Nesnídal, V., Praško, J., Ocisková, M., Minaříková, K., Holubová, M., Vaněk, J., Bundárová, L., Kantor, K., Hodný, F., & Šlepecký, M. (2020). Zotavení u hraniční poruchy osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*, 148 - 153. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2020/mn3.php>
31. Ocisková, M., Mgr.Zuzana Sedláčková Z., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Ph.D.2 (2014). Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma, *Psychiatrie pro praxi*, 15(2): 62-67.
32. Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti* (Druhé vydání). Portál.
33. Preslová I. in Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie* Grada Publishing.

34. Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Portál.
35. Röhr, H. -P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál, s.r.o.
36. Sadek, J. (2017). *Clinician's Guide to Adult ADHD Comorbidities Case Studies*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39794-8>
37. Scalzo, Franco & Hulbert, Carol & Betts, Jennifer & Cotton, Sue & Chanen, Andrew. (2017). Substance Use in Youth With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. DOI: 1-16. 10.1521/pedi_2017_31_330.
38. Scott Pizzarello MS & Jeanette Taylor PhD (2011) Peer Substance Use Associated With the Co-occurrence of Borderline Personality Disorder Features and Drug Use Problems in College Students, *Journal of American College Health*, 59:5, 408-414. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.513407>
39. Sikora, J., & Novotná, M. (2007). Poruchy osobnosti a závislosti. *Psychiatrie pro praxi*, 8(2), 63-65. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/04.pdf>
40. Thomas Wojciechowski (2021) Borderline Personality Disorder as a Predictor of Drug Use Variety: Cognitive Vs. Affective Mechanisms, *Journal of Psychoactive Drugs*. DOI: 10.1080/02791072.2021.2009067
41. Torrens Mèlich, M., Mestre-Pintó, J. -I., & Domingo Salvany, A. ([2017]). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

PŘÍLOHY

Příloha č.1

INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Název projektu: Výzkum k bakalářské práci

Hlavní řešitel: Katalin Robovski

Vedoucí výzkumu: Katalin Robovski

Vážená paní, vážená slečno,
byla jste vyzvána k účasti ve výzkumu k bakalářské práci. Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Výsledky tohoto výzkumu budou použity v mé bakalářské práci z oboru Adiktologie, který je vyučován na 1. lékařské fakultě UK v Praze.

Budu Vám klást tzv. otevřené otázky. Na některé sice bude možno odpovědět pouze ano či ne, ale cílem je, abyste Vaše odpovědi co nejvíce rozvedla.

Časová náročnost je max. 1,5h.

Zeptám se Vás:

- na Vaše onemocnění a na momentální medikaci
- jaké legální i nelegální návykové látky (dále jen NL) jste užívala
- jaké NL užíváte
- na Vaše pocity, které se pojí s užíváním NL

Nebudu se Vás dotazovat:

- na intimní a příliš konkrétní informace týkající se rodinných, přátelských či partnerských vztahů
- na Vaši minulost, která bezprostředně nesouvisí s užíváním NL
- na sexuální orientaci, na politické názory
- na Váš vztah k terapeutům, lékařům apod.
- na traumata jakéhokoli druhu-pokud na toto téma narazíme, nebudu ho dále rozvíjet

Pokud se výzkumu zúčastníte, budete v něm vystupovat pouze pod anonymním kódem vyznačeném na Informovaném souhlasu ke studii. V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohla být identifikována, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje.

Publikace výsledků výzkumu v odborném tisku bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky studie identifikovat.

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoli přerušit bez udání důvodu.

V Praze dne _____

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Název projektu: Výzkum k bakalářské práci

Hlavní řešitel: Katalin Robovski

Tazatel: Katalin Robovski

Kód účastníka výzkumu:

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu k bakalářské práci, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s:

- účastí ve výzkumu
- nahrávkou interview

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které *sdělím* tazateli budoucnou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informována, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího projektu _____ na e-mail _____. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti. Pokud nebudou s vyřízením stížnosti souhlasit, mohu se obrátit na Etické kolegium SNN ČLS JEP.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž 1 obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlavním řešitelem.

V Praze, dne _____

podpis účastníka výzkum

PROHLÁŠENÍ TAZATELE

Název projektu: Výzkum k bakalářské práci

Hlavní řešitel: Katalin Robovski

Tazatel: Katalin Robovski

Kód účastníka výzkumu:

Prohlášení tazatele

Já, Katalin Robovski, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastnice tomuto vysvětlení porozuměla a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____

Podpis tazatele: _____

PRVNÍ POMOC

Krizové centrum v FN Brno-psychiatrická klinika

ambulantní konzultace:

s nepřetržitým provozem poskytne první psychiatrickou a psychologickou pomoc
budova G, Jihlavská 20, 625 00 Brno

telefonická krizové intervence:

Linka naděje **547 212 333** (nonstop)

532 232 078 (od 15.00 do 07.00 h)

CKI, krizové centrum v PN Bohnice

krizová intervence psychiatra či psychologa

ambulantní konzultace:

adresa: Ústavní 91, Praha 8, 181 02

Autobusem č. 200, 177 nebo 152 z Kobylis:

do zastávky Katovická, popř. Odra – k hlavnímu vchodu do PN Bohnice, do zastávky Libeňská – k vjezdové vrátnici PN Bohnice

telefonická krizové intervence:

anonymní linka důvěry, v provozu 19 - 7 hod., víkend 0 - 24 hod. **284 016 666**

zpoplatněna je běžným tarifem telefonních operátorů

Linky bezpečí

- Linka bezpečí (Sdružení Linky bezpečí): **116 111** (nonstop), ZDARMA (pomoc pro děti, mládež a studující do 26 let).
- Linka první psychické pomoci (Cesta z krize): **116 123** (nonstop), ZDARMA (krizová pomoc pro dospělé).

Pražské krizové linky pro dospělé

- Linka důvěry (CKI Psychiatrické nemocnice Bohnice): **284 016 666** (nonstop) pro dospělé (viz výše)
- Pražská linka důvěry (Centrum sociálních služeb Praha): **222 580 697** (nonstop) pro dospělé

On-line pomoc

- Psychologické konzultace online: <https://www.delamcomuzu.cz/>.
- E-linka - chat s linkami důvěry: <https://elinka.internetporadna.cz/>.

NÁVYKOVÉ LÁTKY

- Národní linka pro odvykání: **800 350 000** (všední dny 10-18:00), ZDARMA (pomoc pro lidi se závislostí na alkoholu, drogách, gambling apod.).
- Poradna pro odvykání: <https://chciodvykat.cz/>, poradte@chciodvykat.cz (pomoc pro lidi se závislostí na alkoholu, drogách, nelátkové závislosti).

Příloha č.5

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Zastoupení PO mezi uživateli NL

Tabulka 2: *Vzorce užívání během problémového užívání NL*

Tabulka 3: *Vzorce užívání v posledních 30 dnech*

Tabulka 4: *Důvody k užívání NL*

Tabulka 5: *Dopad NL na symptomy HPO*

Graf 1: *Věkové rozložení respondentek*

Graf 2: *Aktuální stav respondentek ohledně zaměstnání/studia*

Graf 3: *Prevalence užívání NL*

Graf 4: *Zkušenosti s kratomem*

