

Univerzita Karlova v Praze
1.lékařská fakulta
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

Komplikace při léčbě duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Michaela Bartáková, DiS.

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Předpokládané datum obhajoby: 29. 1. 2009

Praha 2008

Výčet osob, které se podílely na této bakalářské práci:

- **Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.** - vedoucí práce
- **Mgr. Magdalena Skřivánková** - oponentka práce
- **Mgr. František Barták** - technický a pravopisný poradce

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie**

Školní rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno studenta: **Michaela Bartáková**

Obor: **Adiktologie**

Název bakalářské práce:

**Komplikace při léčbě duální diagnózy
„porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“**

**Treatment complications in dual diagnosis
„eating disorder/alcohol addiction“**

Typ bakalářské práce: kasuistická studie

Datum odevzdání bakalářské práce: 5.1.2009

Předpokládané datum obhajoby bakalářské práce: 29.1.2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Praze 20. prosince 2008

.....
(Podpis předkladatele práce)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu své bakalářské práce Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za odborné vedení a rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Františkovi Bartákovi za technickou, pravopisnou a psychickou podporu. V neposlední řadě patří velké díky mé kamarádce, bez které bych se do studií této problematiky nikdy nepustila. Děkuji jí hlavně za její odvalu a ochotu se mnou spolupracovat, jako výraz vděčnosti tuto práci věnuji právě jí.

OBSAH

A. ÚVOD.....	10
B. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Závislost na alkoholu	11
1.1 Definice.....	11
1.2 Etiologie.....	11
1.3 Diagnostika.....	12
1.4 Epidemiologie.....	12
1.5 Léčba.....	13
2. Poruchy příjmu potravy.....	13
2.1 Definice.....	13
2.2 Etiologie.....	14
2.3 Diagnostika.....	14
2.4 Epidemiologie.....	17
2.5 Poruchy příjmu potravy jako závislostní chování.....	18
2.6 Léčba.....	18
3. Duální diagnóza.....	19
3.1 Definice	19
3.2 Etiologie.....	20
3.3 Diagnostika.....	20
3.4 Epidemiologie	22
3.5 Léčba.....	23
4. Duální diagnóza „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“.....	25
4.1 Definice.....	25
4.2 Etiologie.....	26
4.3 Diagnostika.....	27
4.4 Epidemiologie.....	28
4.5 Léčba.....	29
4.6 Komplikace léčby	31
C. PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
1. Etické náležitosti.....	32
2. Předmět kasuistické studie.....	32
3. Metody použité k získávání dat	32
4. Anamnézy.....	33
4.1 Osobní anamnéza.....	33
4.2 Rodinná anamnéza.....	33
4.3 Sociální anamnéza.....	33
4.4 Pracovní anamnéza.....	34
4.5 Gynekologická anamnéza.....	34
5. Vznik a průběh onemocnění a návrhy intervencí.....	34
6. Rozhovor I.....	42
7. Rozhovor II.	45
8. Úryvky z dopisů.....	48
9. Pozorování a úvahy adiktoložky	49
9.1 Status preasenc - klinické pozorování.....	49
9.2 Predisponující faktory.....	49
9.3 Výhled do budoucna	50
10. Stručné shrnutí příběhu	51
D. DISKUSE A ZÁVĚRY.....	52
E. POUŽITÁ LITERATURA.....	53

Bibliografický záznam

BARTÁKOVÁ, Michaela. (2008). Komplikace při léčbě duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN. Vedoucí diplomové práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Abstrakt

Bakalářská kasuistická studie s názvem *Komplikace při léčbě duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“* poukazuje na problematiku léčby duálních diagnóz. Hlavním cílem práce je přispět k odborné diskusi směřující k vytvoření specializovaných pracovišť či systémů péče pro léčbu duálních diagnóz. Ze získaných informací, jak z rešerše odborné literatury, tak z kasuistické studie, vyplývá, že problematika duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“ je poměrně rozsáhlá a zároveň je potvrzena domněnka, že tato duální diagnóza je značnou komplikací léčby. Významným zjištěním pak je, že v České republice, dle dostupných informací, dosud neexistuje žádné integrované specializované pracoviště pro léčbu této specifické duální diagnózy.

Klíčová slova: závislost na alkoholu - poruchy příjmu potravy - duální diagnóza - duální diagnóza „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“ - kasuistická studie

Summary

Bachelor's case study named *„Treatment complications in dual diagnosis „eating disorder/alcohol addiction“* highlights the issue of treatment of dual diagnosis. The main goal of the study is to contribute to scientific discussion heading towards the creation of specialized departments and systems of care for the treatment of dual diagnosis. Collected information - both of the literature search and the case studies - show that the issue of dual diagnosis' eating disorders and addiction to alcohol is quite extensive. At the same time, this dual diagnosis is a great complication of treatment. It is an important finding that due to available information there has been no specialized integrated workplace for the treatment of this specific dual diagnosis in the Czech Republic yet.

Key words: alcohol addiction - eating disorder - dual diagnosis - dual diagnosis „eating disorder/alcohol addiction“ - case study

Motto

„*A proč piješ?*“ zeptal se malý princ. „*Abych zapomněl,*“ řekl pijan. „*Nač abys zapomněl?*“ vyzvídal malý princ a užuž ho začínal litovat. „*Abych zapomněl, že se stydím,*“ přiznal se pijan a sklonil hlavu. „*A zač se stydiš,*“ vyptával se dále malý princ, protože by mu rád pomohl. „*Stydím se, že piji!*“ dodal pijan a nadobro se odmlčel. (Saint-Exupéry, 1972)

A. ÚVOD

Téma této bakalářské kasuistické práce *Komplikace při léčbě duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“* je zvoleno z důvodu osobní interakce s jedincem trpícím právě touto duální diagnózou a zjištěním, že zdárné vyléčení není v tomto případě nikterak jednoduché.

Cílem práce je poukázat na problematiku léčby této konkrétní duální diagnózy a přispět tak k odborné diskusi směřující k vytvoření specializovaných pracovišť či systémů péče pro léčbu duálních diagnóz.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části, a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část mapuje problematiku na základě rešerše z odborné literatury. Protože se práce týká problému duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“, teoretická část nejprve definuje problém závislosti na alkoholu, dále se věnuje problematice poruch příjmu potravy, duálním diagnózám obecně a poslední část se věnuje této konkrétní duální diagnóze s důrazem na možnosti její léčby.

Praktická část obsahuje podrobný popis kasuistické studie, která mluví o jedné reálné klientce trpící duální diagnózou „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“. Praktická část je rozdělena na anamnestickou část, dále část, která popisuje vznik a vývoj onemocnění a dále na část, která obsahuje adiktologické klinické pozorování a návrhy intervencí. Součástí praktické části bakalářské kasuistické studie jsou i přepisy rozhovorů s klientkou a úryvky z její korespondence.

B. TEORETICKÁ ČÁST

1. Závislost na alkoholu

1.1 Definice

To, že užívání alkoholu může vyvolat řadu problémů ví lidstvo již od nepaměti. Viz např. první „protialkoholový“ zákon, který byl vyhlášen Břetislavem I. z roku 1039, jak uvádí Popov (2003).

Alkohol totiž působí jako centrální psychoaktivní látka, která má výrazný účinek na lidskou psychiku. Působí anxiolyticky, psychorelaxačně, mění dysforii v normoforii, normoforii v euforii. To však neplatí vždy. Podle Marečka (1996) totiž může být podkladem vlivu alkoholu na psychiku očekávání vlivu a účinku na psychické funkce a předcházející zkušenost s alkoholem. Alkohol působí v malých dávkách stimulačně, častá je potenciace nebo vyvolání agrese. Ve větších dávkách působí tlumivě až narkoticky.

1.2 Etiologie

Jak Popov (2003) uvádí, vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dispozičně-expoziční model“: čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita, aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti.

Při popisu etiologie vzniku závislosti na alkoholu je také brán v potaz bio-psycho-socio-spirituální model podmíněnosti. „Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí, aj.), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou více či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost

vzniku závislosti, či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu,“ uvádí Popov (2003).

1.3 Diagnostika

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10) se závislost na alkoholu označuje kódem F 10.2 a jak Nešpor (2007) uvádí, lze ji diagnostikovat, pokud u jedince došlo během jednoho roku ke třem nebo více z následujících jevů.

Diagnostická kritéria podle MKN - 10 (F 10.2)

- A. silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- B. potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- C. tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- D. průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- E. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- F. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.

1.4 Epidemiologie

Výsledky epidemiologických studií nejsou pro Českou republiku nikterak přívětivé. Popov (2003) uvádí, že Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku

mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100%ní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deset litrů (!!!) na jednoho obyvatele za rok. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé, závislí na alkoholu 30 - 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení.

1.5 Léčba

Terapie může být ambulantní či pobytová, individuální nebo skupinová. Popov (2003) uvádí, že klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu hraje psychoterapie. Jedním z hlavních terapeutických cílů pacienta v odvykací léčbě je dle Marečka (1996) získání náhledu, jeho vývoj od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu, kdy je pacient schopen začít realizovat důležité změny životního stylu a s tím související rozhodnutí (upevnění rozhodnutí) pro abstinenci.

Z farmakoterapie se užívá nejčastěji Antabus, jež obsahuje látku, která zvyšuje vnímavost organismu k alkoholu. Současné užití tohoto preparátu a alkoholu se projeví nepříjemnou vegetativní reakcí. Dále se využívá „anticravingového efektu“ antidepresiv. Jako podpůrná farmakoterapie se užívají hepatoprotektiva a vitaminy.

Poměrně častou součástí léčby, jak zmiňuje Mareček (1996) jsou kluby Anonymních Alkoholiků, socioterapeutické kluby a doléčování.

2. Poruchy příjmu potravy

2.1 Definice

Pro účely této práce je pod pojem „porucha příjmu potravy“¹ myšlena mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, syndrom nočního přejídání a další méně známé podtypy jako je ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tato práce se tedy nezabývá poruchami příjmu potravy ve smyslu obezity.

¹ Přestože správný překlad termínu „eating disorders“ je „poruchy jídla“, používá se v odborné literatuře u nás zdomácnělého termínu „poruchy příjmu potravy“.

Krch (2005) uvádí, že poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. V posledních letech ale stoupá i počet mužů, kteří trpí tímto onemocněním.

Pro celou skupinu onemocnění spadajících pod PPP je charakteristické záměrné udržování si nízké tělesné hmotnosti, obava z nadváhy (i přes podváhu dotyčné osoby) a záměrné potlačování „výkrmného“ účinku jídla, např. vyvolaným zvracením či užíváním (zneužíváním) laxativ, anorektik, nebo diuretik.

2.2 Etiologie

O etiologii PPP bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. V osobní a rodinné anamnéze pacientů s mentální anorexií a bulimií se můžeme setkat s některými nesespecifickými rizikovými faktory, které se ale často vyskytují i u jiných duševních poruch. Krch (2005) poukazuje zejména na negativní sebehodnocení, alkoholismus a depresivitu rodičů. Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci mnoha různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti PPP.

Pod biologické faktory lze zahrnout např. věk, pohlaví a tělesnou hmotnost. Pod psychologické faktory spadají osobnostní rysy a specifické poruchy osobnosti. A kulturními faktory se v odborné literatuře míní převážně všeobecně přítomný tlak (reklam, časopisů...), který nás nutí být dokonalými, štíhlými a za každých okolností šťastnými.

2.3 Diagnostika

Jak Krch (2005) uvádí, zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM - IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem „porucha příjmu potravy“ dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexií a mentální bulimii. Kritéria

stanovená v DSM - IV nebo starším DSM - III - R jsou běžně užívána ve výzkumu a v publikační činnosti, MKN - 10 je naopak standardem v klinické praxi.

2.3.1 Diagnóza mentální anorexie

Diagnostická kritéria podle MKN - 10 (F 50.0) uvádí Krch (2005) následovně:

- A. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti a to tak, že je hmotnost udržována nejméně 15 % pod normou odpovídající výšce a věku, nebo je BMI (kg/m²) 17,5 a nižší.
- B. Snížení schopnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea , u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou jsou ženy užívající hormonální antikoncepci. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (např. se zastavuje růst). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.

Specifické typy, volně dle Krcha (2005)

Nebulimický (restriktivní) typ: během epizody mentální anorexie se u pacienta nevyskytují opakované záchvaty přejídání, vyprovokované zvracení nebo zneužívání laxativ a diuretik.

Bulimický (purgativní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání nebo k vyprovokovanému zvracení či ke zneužívání laxativ a diuretik.

2.3.2 Diagnóza mentální bulimie

Diagnostická kritéria podle MKN - 10 (F 50.2) uvádí Krch (2005) následovně:

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavé období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často nepřiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Specifické typy, volně dle Krcha (2005)

Purgativní typ: pacient pravidelně používá zvracení, zneužívání laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní typ: pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

2.3.3 Další druhy poruch příjmu potravy

Následující druhy PPP spadají dle Krcha (2005) pod „jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy“ a jsou diagnostickou kategorií DSM - IV. Mezi odbornou populací jsou stále častěji zmiňovány a i ve své praxi se s nimi často setkávám.

- **Záchvatovité přejídání** - někdy se označuje jako **psychogenní přejídání** se vyznačuje epizody přejídání bez kompenzačního chování, tedy bez vyvolaného zvracení, či užívání laxativ, velice často má úzkou souvislost se stresem.
- **Syndrom nočního přejídání** - je charakterizován večerní anorexií, nespavostí a nočním přejídáním.
- **Ortorexie** - je patologická posedlost zdravou výživou, jak uvádí Kulhánek (2008).
- **Bigorexie** - se dle Kulhánka (2008) týká převážně tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem.
- „**Drunkorexie** - označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu.“ (Kulhánek, 2008)

2.4 Epidemiologie

Existuje mnoho větších i menších výzkumů, které se snaží zjistit incidenci i PPP. „Čím nejasnější jsou hranice mezi normou a patologií, tím obtížnější může být na tyto otázky odpovědět. V případě PPP je situace o to složitější, že mentální bulimie byla vymezena až koncem sedmdesátých let a od té doby byla její diagnostická kritéria několikrát změněna nebo upřesněna. Podle užitých diagnostických kritérií, ale i metody výzkumu a výběru sledovaného vzorku populace se liší výsledky různých epidemiologických studií. Jejich mechanické srovnávání proto může být zavádějící.“ (Krch, 2005)

Nicméně dostupná odborná literatura vztahující se k PPP se víceméně shodne na následujících číslech. Mentální bulimií trpí v České republice 4 až 6 % žen, tedy přibližně každá dvacátá žena. Mentální anorexií trpí přibližně 1 % žen, tedy každá stá žena. Na deset až dvacet nemocných žen s poruchou příjmu potravy připadá jeden nemocný muž. Pro úspěšnost léčby a mortalitu platí tzv. pravidlo třetin. Přibližně třetina nemocných se zcela vyléčí, třetina se s nemocí víceméně potýká celý život (chronická forma nemoci) a třetina nemocných následkem poruch příjmu potravy zemře.

2.5 Poruchy příjmu potravy jako závislostní chování

Velice zajímavý je fakt, že PPP jsou ve své podstatě velice podobné klasické látkové závislosti.²

Pokud vezmeme v potaz 6 diagnostických kritérií pro závislost, které uvádí ve své publikaci např. Nešpor (2007), lze konstatovat, že mentální bulimie hned 4 z nich naplňuje. Jde o:

- silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku - v tomto případě jídlo;
- potíže v sebeovládání při užívání látky (jídla), a to pokud jde o začátek a ukončení (jedení) nebo množství látky (jídla);
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů - ve prospěch užívané látky (jídla);
- pokračování v užívání (patologických jídelních vzorcích) přes informovanost a jasný důkaz o škodlivých následcích.

Nicméně, pravděpodobně právě proto, že se PPP „netočí“ kolem psychoaktivní látky, ale „pouze“ kolem jídla, nelze je označit za závislost, ale jak uvádí např. Nešpor (2007) za „návykové chování“.

PPP jsou současně často spojeny se zneužíváním (škodlivým užíváním) různých látek, které nemají psychoaktivní účinky. Nejčastěji jde o laxativa, diuretika a anorektika. Vzhledem k tomu, že jde o léky nemající psychoaktivní účinky, opět zde nemůžeme mluvit o závislosti, ale pouze o zneužívání těchto léků, nebo jak píše Nešpor (2007) o abúzu látek nevyvolávajících závislost (v MKN - 10 pod kódem F55).

2.6 Léčba

„V posledních deseti letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii PPP.“ (Garner, 2005)

² Často od nemocných poruchou příjmu potravy, se kterými se setkávám ve své praxi, slyším věty typu: „Jsem jak závislák.“, „Je to horší než alkohol - ten prostě přestanete pít, ale já jíst musím!“, „Je to závislost jako jakákoli jiná.“

Podle Garnera (2005) se pro léčbu PPP užívá, jak ambulantní terapie, tak i terapie v rámci denních stacionářů či hospitalizace. Terapie může probíhat jak individuálně, tak skupinově. Z psychoterapeutických směrů se nejvíce využívá kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie, interpersonální terapie a psychodynamická terapie. Často je nedílnou součástí léčby farmakoterapie. Existují také svépomocné aktivity - svépomocná setkání a svépomocné manuály. Pro komplexnost léčby lze také využít nutričního poradenství, práce s tělem a různé způsoby relaxačních technik či arteterapii (volně dle Krcha, 2005).

3. Duální diagnóza

3.1 Definice

Definice pojmu *duální diagnóza* není v odborné literatuře jednotná, často splývá s pojmem *komorbidita* a ojediněle i s pojmem *multimorbidita*.

EMCDDA (2004) definuje duální diagnózu jako souběžný výskyt duševního onemocnění a poruch spojených s užíváním návykových (psychotropních) látek. Podobně je však definován i termín *komorbidita*. „Psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince.“ (WHO, 2001)

Další definice dokonce termíny *duální diagnóza* a *komorbidita* označuje za synonyma. „Komorbiditu, která je někdy označována jako *duální diagnóza* definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1995 jako *souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince*.“

„Vlastně bychom v mnoha případech měli hovořit spíše o multimorbiditě, protože postižení jedinci trpí též často somatickými onemocněními, jako je nákaza virem lidské imunodeficiency (HIV) či hepatitidou C, a zároveň vykazují i sociální poruchy – mají například rodinné problémy, jsou nezaměstnaní, odpykávají si trest odnětí svobody nebo jsou to bezdomovci.“ (EMCDDA, 2001)

Nejvýstižnější a pro tuto kasuistickou bakalářskou nejpřiléhavější je tato definice: „Termín *duální diagnóza* je užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci.“ (Williams & Cohen, 2000)

3.2 Etiologie

Rozšifrovat etiologie komorbidity, tedy určit, která diagnóza byla první a ovlivnila vznik té druhé je velice obtížné, neboť symptomy duševní poruchy a problémy závislosti vstupují do interakce a vzájemně se neustále ovlivňují. (volně dle EMCDDA, 2004)

„Výsledky výzkumu naznačují, že duševní poruchy a poruchy osobnosti se obvykle objevují dříve než poruchy způsobené užíváním návykových látek, takže zvyšují náchylnost k takovýmto problémům.“ (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Andrade, et al., 2001). Na užívání drog lze také nahlížet jako na tzv. automedikaci, tedy užití drogy ke zmírnění příznaků (primární) duševní choroby, jak uvádí např. Williams, O'Connor, et Kinsella (1990). Z tohoto pokusu pacienta sám si naordinovat léčbu nezřídka vznikne právě problém zvaný *duální diagnóza*.

Nicméně v odborné literatuře (Krausz, 1996), se objevují 4 nejběžnější druhy etiologie duální diagnózy:

- primární diagnóza duševního onemocnění, s následnou (duální) diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví;
- primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění;
- souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy;
- duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí

z traumatického zážitku, například z posttraumatického stresu.

3.3 Diagnostika

„Komorbidní pacienti často mají mnoho duševních, fyzických a sociálních problémů, které je třeba identifikovat a diagnostikovat.“ (EMCDDA, 2004)

Avšak diagnostikovat duální diagnózu bývá velice obtížný a mnohdy zdoluhavý proces, který je komplikován překrýváním symptomů účinkem návykové látky. „Kromě toho může zneužívání návykových látek vyvolat rozvoj symptomů duševního onemocnění, které lze stěží odlišit od symptomů duševních poruch.“ (Barthel, 2003)

Jak uvádí EMCDDA (2004), diagnostika duševních poruch a poruch osobnosti nebývá vždy součástí standardních diagnostických postupů na začátku léčby. S výjimkou některých zvláště uvědomělých a/nebo specializovaných služeb pečujících o tuto klientelu se při léčbě drogové závislosti jen zřídka věnuje náležitá pozornost duševním poruchám a jejich symptomům.

„Obecně lze stanovit několik základních požadavků, respektive zásad, pro úspěšné provedení diagnostiky a následné stanovení odpovídajícího a realistického léčebného plánu:

- A. Kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta).
- B. Sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta (může pomoci ve získání diagnostiky validních informací o životě pacienta, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace na jeho problémy atd.).
- C. Kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek. To znamená především zamezit dalšímu požití návykových látek (kontrola doby abstinence) a mít přehled o časovém odstupu např. od poslední intoxikace. Toto kritérium je často podceňováno a přitom např. u diagnostiky toxických psychóz může být téměř jediným validním kritériem pro odlišení od jiných psychotických poruch. Zajištění kontrolovaných podmínek také znamená možnost opakovat vyšetření a provést například několik nezávislých pozorování s určitým odstupem času atd.
- D. Detailní znalost anamnestických údajů, a to jak z perspektivy individuální, tak rodinné anamnézy a průběhu onemocnění/poruchy.
- E. Seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta nebo s výpisy z ní (údaje případně ověřujeme s kolegy z jiného odborného zařízení).

F. Zajištění standardního toxikologického, biochemického a dalších vyšetření včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta.

G. Spolupráce a ochota pacienta, bez které mnohé z údajů není možné přesně zjistit a mít jejich přesný popis (okolností vzniku, průběhu apod.)“ (Miovská a spol, 2008)

3.4 Epidemiologie

Čísla o výskytu duálních diagnóz se v odborné literatuře poměrně liší. Vždy záleží na použitých metodách výzkumu, velikosti a druhu zkoumaného vzorku, časovém rámci a použitých diagnostických metodách.

„Stávající rozsáhlé mapování hovoří o 76 % mužů s poruchou způsobenou návykovou látkou a další jinou psychiatrickou diagnózou, u žen se tato situace vyskytuje v 65 %.“ (Kaplan et al., 1991)

„Regier et al. (1990) uvádí, že 22,3 % celoživotně psychiatricky nemocných jedinců uvedlo celoživotní užívání alkoholu a závislost na něm a 14,7 % pacientu uvedlo užívání dalších drog a drogovou závislost. Podle tohoto průzkumu má 38 % uživatelů drog ještě další psychiatrické onemocnění (Regier et al., 1990). Jiná americká studie (Kessler et al., 1996) referuje o tom, že celoživotní prevalence psychiatrické komorbidity mezi uživateli drog je 51 %. V Evropě se odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky, zejména alkohol, sedativa a konopné látky (EMCDDA, 2004).“ (Miovská a spol., 2008)

EMCDDA 2004 uvádí, že v České republice je ze vzorku 200 léčených osob v terapeutických komunitách 35 % osob s duální diagnózou.

Nejčastější přídatné diagnózy u drogově závislých jsou poruchy osobnosti, psychosexuální dysfunkce, zneužívání alkoholu a generalizovaná úzkost. Plný výčet diagnóz znázorňuje tabulka číslo 1 (Tims, 1997).

Tab. 1: Nejčastější psychické poruchy u drogově závislých

Diagnostická skupina	Četnost *(% klientu)
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně-kompulzivní poruchy	6
Gambling	6
Zneužívání léku	13
Anorexie a bulimie	15
Fobie	28
Afektivní poruchy (zejména deprese různého stupně)	29
Generalizovaná úzkost	34
Zneužívání alkoholu	39
Psychosexuální dysfunkce	40
Poruchy osobnosti	44

* Poruchy se mohou kumulovat, takže součet je vyšší než 100 %.

3.5 Léčba

Snad všichni autoři zabývající se problematikou duálních diagnóz se shodují na tom, že jejich léčba je opravdu obtížná a komplikovaná. Např. Nešpor (2003) uvádí: „Obecně lze říci, že většina duševních problémů zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci a léčbu.“ „Klienti s komorbiditou jsou posíláni z psychiatrických zařízení do dalších léčebných zařízení a zpět, aniž by se jim dostalo správného posouzení jejich stavu a vhodné léčby.“ (EMCDDA, 2004)

Kalina (2003) uvádí, že duální diagnóza přináší následující problémy:

- V zařízení pro léčbu závislostí přidatná porucha velmi často komplikuje zapojení klienta do léčby, snižuje jeho schopnost mít z ní prospěch a případně vůbec v léčbě vytrvat.

- Obtíže z přídatné poruchy jsou častým spouštěčem relapsu.
- Přídatnou poruchu obvykle není možné řádně léčit v běžných psychiatricko-psychotherapeutických službách, pokud klient bere drogy:
 - A. drogová problematika zastírá a zkresluje její klinický obraz a dynamiku,
 - B. spolupráce drogově závislého na systematické psychoterapii či farmakoterapii je velmi problematická,
 - C. většina psychofarmak je při současném užívání drog kontraindikována.

Z dostupné literatury lze vyčíst, že systém léčby duálních diagnóz není propracovaný a většina personálu nemá odpovídající vzdělání pro léčbu tohoto problému. Dle EMCDDA (2004) často nejsou pracovníci zařízení poskytujících léčbu a služby uživatelům drog proškoleni pro práci s komorbidními klienty, neboť mají obvykle specializované vzdělání (medicína, psychologie, sociální práce apod.). „Personál drogových zařízení obvykle není vybaven potřebnými znalostmi a dovednostmi, aby tuto problematiku zvládal“ (Kalina, 2003). EMCDDA (2004) uvádí, že léčba komorbidity je v současné době často neefektivně organizována a postrádá prvky řízení kvality. Důsledkem je neúčinnost léčby a velmi častá obměna pracovníků.

Nešpor (2003) píše o různých druzích léčby vhodných pro léčbu duálních diagnóz:

- **Následná** - obvykle nejprve v jednom zařízení pro návykový problém a pak v jiném pro duševní poruchu, návykový problém je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii.
- **Souběžná** - současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení.
- **Integrovaná** - v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy.

Nešpor (2003) zároveň uvádí, že nejlepší z uvedených možností je zjevně integrovaná léčba, není však známo, že by v současnosti působilo v České republice zařízení specializované na léčbu těchto pacientů, i když řada zejména psychiatrických zařízení

poskytujících pomoc závislým musí ve větší míře brát v úvahu vysoký podíl pacientů s duální diagnózou.

I jiné prameny (EMCDDA, 2004) mluví o tom, jak by měla léčba duálních diagnóz vypadat. Léčba komorbidních pacientů vyžaduje dlouhodobé zapojení různých pracovišť. Nebo: léčba je efektivní, pokud je poskytována na základě ověřené praxe, pokud je plánována a individuálně řízena. Kalina (2003) vidí řešení problematiky léčby duálních diagnóz takto: „Vývoj ve vyspělých zemích ukazuje, že řešení tohoto obtížného komplexu problémů může a musí začít právě na straně zařízení a personálu: jeho vzděláváním, výcvikem a na to navazujícím posilováním poradenských a (psycho) terapeutických aktivit během léčby.“

Některé publikace zmiňují vhodnost využití case-managementu. „K tomu, aby léčba probíhala úspěšně, potřebují komorbidní pacienti pečlivě koordinované a integrované služby. Zvláště účinným přístupem k těmto pacientům je case-management“ (EMCDDA, 2004).

4. Duální diagnóza „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“

4.1 Definice

Pod pojmem duální diagnóza „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“ rozumíme stav, kdy se u jedné osoby najednou vyskytují jak příznaky některé z poruch příjmu potravy (viz kapitola 2.1 a 2.3), tak příznaky závislosti na alkoholu (viz kapitola 1.3). Diagnóza „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“ je poměrně častá kombinace diagnóz (viz kapitola 3.4 a 4.4).

„Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného, jsou spojeny s nadměrným (ovládavým) zaujetím danou substancí (jídlem, alkoholem apod.), vedou nemocného do izolace a k podvádění apod.“ (Krch, 2005).

„Impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost nebo nezdrženlivost jsou psychické charakteristiky vyskytující se stejně často v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek, jako v souvislosti s některými formami poruch příjmu potravy, které jsou pak

srovnávány s jinými formami závislosti. V klinické praxi se setkáváme především s kombinací mentální bulimie a abúzu alkoholu.“ (Krch, 2005)

Česká studie Pecinovské (2000) uvádí: „Naše klinické zkušenosti ukazují, že tato kombinace je častá zejména u mladých pacientek závislých na alkoholu a že je prognosticky riziková, ale při spolupráci pacientky v léčbě obou poruch je prognosticky nadějná.“

4.2 Etiologie

Při hledání etiologie této diagnózy se často zkoumá, která z poruch (diagnóz) byla u daného jedince jako první a která tedy ovlivnila vznik té druhé. Jinak řečeno, která z diagnóz byla predisponujícím faktorem pro vznik další poruchy.

Krch (2005) uvádí, že klinická zkušenost ukazuje jako primární problém spíše poruchu příjmu potravy a závislost na alkoholu označuje za problém vzniklý následně.

Obě poruchy jsou si svým způsobem velice podobné a mají mnoho společného viz kapitola 2.5. nebo jak Krch (2005) uvádí: „Přejídání, podobně jako psychoaktivní látky, je používáno ke kontrolování emocí a zvládnání stresu.“ Dále Krch (2005) uvádí, že dva pacienti, z nichž jeden bude trpět mentální bulimií a druhý závislostí na alkoholu, budou vykazovat mnoho společných rysů, v nichž bude dominovat plné zaujetí určitou substancí a pocit „ztráty kontroly“ nad ní.

Jak dokazují čísla z kapitoly 4.4 poruchu příjmu potravy v souvislosti se závislostí na alkoholu nejčastěji zastupuje mentální bulimie, nebo purgativní mentální anorexie (viz kapitola 2.3.1).

Krch (2005) uvádí různé hypotézy o tom, jaký je mechanismus příčinného vztahu mezi bulimií a závislostmi na psychoaktivních látkách:

- Obě poruchy jsou výrazem stejné biologické vulnerability - adiktivní predispozice, poukazováno je zejména na možnou roli endogenních opiátů;
- společná adiktivní (nezdrženlivá) osobnost;
- poruchy příjmu potravy a některé jejich příznaky a důsledky zvyšují nebezpečí vzniku závislosti na psychoaktivních látkách.

K poslednímu bodu nelze nezmínit hypotézu automedikace, kdy se nemocný s poruchou příjmu potravy snaží „vyrovnat“ s velkými výčitky svědomí, pocity viny, studem, častými výkyvy nálad a depresivními a úzkostnými rozlady pomocí alkoholu. Zmíněná hypotéza naprosto odpovídá mottu této kasuistické bakalářské práce a s největší pravděpodobností taktéž etiologii obtíží u klientky podrobně uváděné v praktické části této práce.

Jasně tuto myšlenku formuloval Mikota (1995): „Závislí neberou návykové látky proto, aby uspokojovali své potřeby, ale aby udrželi stav trvalé neúnosné frustrace, k němuž se cítí být odsouzeni. Euforie navozená substancí či chováním jim pomáhá snášet - podle jejich slov - jinak nesnesitelný život.“

4.3 Diagnostika

Ke konkrétním diagnostickým metodám pro zjišťování této specifické duální diagnózy se mnoho autorů nevyjadřuje. Okrajově se zmiňuje studie Pecinovské (2002) z Oddělení pro léčbu závislostí: „Problematické poruch příjmu potravy věnujeme pozornost při vstupním psychiatrickém vyšetření, u rizikových pacientek již při této příležitosti provádíme základní edukaci o souvislosti těchto poruch.“

Miovska a kol. (2008) uvádí několik základních požadavků, respektive zásad, pro úspěšné provedení diagnostiky duálních diagnóz a následné stanovení odpovídajícího a realistického léčebného plánu:

- Kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta).
- Sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta (může pomoci ve získání diagnostiky validních informací o životě pacienta, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace na jeho problémy atd.).

- Kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek. To znamená především zamezit další požití návykových látek (kontrola doby abstinence) a mít přehled o časovém odstupu např. od poslední intoxikace. Toto kritérium je často podceňováno a přitom např. u diagnostiky toxických psychóz může být téměř jediným validním kritériem pro odlišení od jiných psychotických poruch. Zajištění kontrolovaných podmínek také znamená možnost opakovat vyšetření a provést například několik nezávislých pozorování s určitým odstupem času atd.
- Detailní znalost anamnestických údajů, a to jak z perspektivy individuální, tak rodinné anamnézy a průběhu onemocnění/poruchy.
- Seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta nebo s výpisy z ní (údaje případně ověřujeme s kolegy z jiného odborného zařízení).
- Zajištění standardního toxikologického, biochemického a dalších vyšetření včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta.
- Spolupráce a ochota pacienta, bez které mnohé z údajů není možné přesně zjistit a mít jejich přesný popis (okolností vzniku, průběhu apod.).

„Kvalitní diferenciální diagnostika a zhodnocení komorbidit je časově a finančně náročný proces, bez kterého však není možné zahájit efektivní léčbu.“ (Miovská a kol, 2008)

4.4 Epidemiologie

Sledování epidemiologie duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“ lze pojmout ze dvou základních rovin:

- Lze sledovat kolik je nemocných poruchou příjmu potravy ve skupině závislých na alkoholu;

- nebo lze sledovat kolik je závislých na alkoholu ve skupině nemocných poruchou příjmu potravy.

Nejprve bude věnována pozornost první rovině - sledována tedy bude skupina závislých na alkoholu. Existují data informující o tom, kolik závislých (na čemkoli) trpí zároveň poruchou příjmu potravy (viz kapitola 3.4), ale data informující o počtu nemocných PPP ve skupině závislých konkrétně na alkoholu lze nalézt minimum. Pecinová (2000) zjistila mentální bulimii u 16,9 % pacientek přijatých k první protialkoholní léčbě a u 25,4 % pacientek přijatých k druhé protialkoholní léčbě.

Nyní bude věnována pozornost studiím zaměřujícím se na sledování skupiny nemocných poruchou příjmu potravy.

V různých studiích bývá závislost na alkoholu uváděna u 2,9 až 48,6 % sledovaných bulimiček, s mediánem 22,9 %. Nižší konzumace alkoholu a počet závislých je uváděn u restriktivní formy mentální anorexie, nikoli však u anorektiček s bulimickými epizodami, kde se v různých studiích pohybuje mezi 12 až 39 % (volně dle Krcha, 2005). Nižší výskyt závislosti na alkoholu u nemocných s mentální anorexií uvádí např. slovenská studie Dimové a kol (2000). Ve studii se uvádí, že výskyt závislosti na alkoholu byl nejčastěji u pacientů s kombinací anorexie a bulimie (11 %), u pacientů s bulimií byl nižší (6,3 %) a u pacientek pouze s mentální anorexií se závislost na alkoholu vyskytovala pouze u 1,8 %.

Starší studie Dimové (1997) v souboru 100 pacientek s diagnózou porucha příjmu potravy zjistila u 1,8 - 11,1 % pacientek (podle druhu poruchy příjmu potravy) závislost na alkoholu.

4.5 Léčba

O konkrétních léčebných metodách duální diagnózy „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“ se v odborné české literatuře příliš nepíše. Vždy lze nalézt pouze velice stručné věty informující převážně o nutnosti mezioborové komunikace, dlouhodobosti léčby a o nutnosti následné léčby. Např. jak uvádí Koutek a Kocourková (2000): „Léčba v těchto případech vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci.“

Nešpor (2003) uvádí, že nejvhodnější způsob léčby je zřejmě léčba integrovaná (viz kapitola 3.5), nicméně následně dodává, že v současnosti v ČR žádné takové zařízení poskytující integrovanou léčbu neexistuje. V tom případě jsme odkázáni na léčbu souběžnou, nebo následnou (viz kapitola 3.5).

Z velice útržkovitých informací lze zjistit, že psychiatrická zařízení se o tyto druhy léčby opravdu snaží, ale oba druhy jsou velice náročné na spolupráci a motivaci klienta, které jsou právě u takto nemocných velmi diskutabilní. Např. Pecinovská (2000) uvádí, že na Oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze se s léčbou této duální diagnózy vypořádávají následovně: „Pokud se v komunitě sejde potřebný počet pacientek motivovaných k práci na problému poruch příjmu potravy ve skupině, nabízíme specializovanou skupinovou psychoterapii. U některých pacientek volíme podpůrnou farmakoterapii. Značná část pacientek však řeší tuto problematiku až v rámci doléčování, někdy po recidivě abúzu návykové látky v souvislosti s dekompenzací stravovacího programu.“

Pravděpodobně všechny tři druhy léčby (integrovanou, souběžnou a následnou) by mohl obsahovat nový terapeutický program, který je budován ve spolupráci s oddělením pro léčbu závislostí VFN v Praze a centrem pro léčbu poruch příjmu potravy v Praze. „V současné době (2003) pracujeme na tvorbě komplexního terapeutického programu, zahrnujícího možnost plynulého přechodu mezi programem oddělení pro léčbu závislostí a Centrem specializované péče pro poruchy příjmu potravy, i možnost souběžné účasti ve vybraných programech obou oddělení podle individuálního terapeutického plánu, přizpůsobeného aktuálnímu stavu pacientky. Naším cílem je vytvoření systému rezidenční i následné péče pro tuto diagnosticky i terapeuticky náročnou skupinu pacientek“ (Pecinovská, 2003). Pro tuto kasuistickou bakalářskou práci se bohužel nepodařilo získat informace o aktuálním stavu tohoto terapeutického programu.

K následnosti léčby lze z odborné literatury vyčíst, že pokud jde o prioritu terapie, panuje většinou shoda v tom, že drogová nebo alkoholová závislost má být léčena přednostně (např. Krch, 2005).

Pokud jde o úspěšnost léčby, studie Pecinovské (2000), která byla realizována na Oddělení pro léčbu závislostí VFN uvádí, že nebyl nalezen žádný významný rozdíl ve výsledcích léčby u pacientek bez poruch příjmu potravy a u pacientek s poruchami příjmu potravy, včetně mentální bulimie. Výrazně horší výsledky léčby však zaznamenali u pacientek s utajovanou bulimií. Z tohoto zjištění vyplývá i jejich léčebný cíl, tedy: aby bulimička přešla ze skupiny „suspektních“ do skupiny „deklarovaných“.

4.6 Komplikace léčby

Proč je poměrně obtížné léčit a vyléčit klienta s touto duální diagnózou je popsáno již v průběhu předešlých kapitol, zde je k tomuto tématu pouze stručný přehled.

- Symptomy poruchy příjmu potravy mohou být mylně považovány za symptom navozený užíváním alkoholu (skleslost, apatie, depresivní rozlada).
- Nebo naopak - abstinenci či intoxikační příznaky jsou vykládány „pouze“ jako příznak poruchy příjmu potravy.
- Nevyřešená problematika poruch příjmu potravy často vede nemocného k opětovným relapsům.
- V ČR dosud chybí specializované integrované pracoviště pro léčbu této duální diagnózy.
- Projevy obou diagnóz se mohou navzájem negativně ovlivňovat a prohlubovat.
- Velký stud přiznat okolí (lékařům) jak problém s poruchou příjmu potravy, tak závislost na alkoholu.

C. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce pojednává o kasuistické studii - příběhu klientky, která má ve své anamnéze údaje o duální diagnóze „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“.

1. Etické náležitosti

Dívka, která je předmětem následující kasuistické studie byla informována o způsobu zpracování a účelu kasuistické bakalářské práce a byla informována o možnosti odmítnout spolupráci. Přesto s použitím svého příběhu pro účely této kasuistické bakalářské práce plně souhlasí.

V rámci této kasuistiky je dívka označována pojmem „klientka“. Z důvodu zachování anonymity a etických náležitostí kasuistických studií není v kasuistice uvedeno jméno klientky, jména osob blízkých, bydliště, ani jména lékařů či léčebných zařízení, která klientka navštívila. Místo názvů léčebných zařízení či jmen doktorů je uvedeno pouze pořadí léčby či pouhé označení „doktor“. Úryvky z dopisů, přepis rozhovoru i odpovědi z dotazníkového šetření jsou použity s plným souhlasem klientky.

2. Předmět kasuistické studie

Předmětem této kasuistické studie je příběh klientky, která se několik let potýká s duální diagnózou „porucha příjmu potravy a závislostí na alkoholu“.

3. Metody použité k získávání dat

Pro vypracování této kasuistické práce byly použity postřehy a informace z několikaletého osobního setkávání se s touto klientkou v osobním životě. Dále byl

použit částečně řízený osobní rozhovor s předem standardizovanou osnovou otázek, dotazníkové šetření a několikaletá korespondence s klientkou.

4. Anamnézy

4.1 Osobní anamnéza

Klientka narozena v roce 1978, nyní (rok 2008) jí je 30 let. Měří 168 cm, váží cca 42 kg (listopad 2008) a její BMI³ tedy je 14,8, což značí vážnou podváhu. Porod klientky proběhl bez komplikací a v řádném termínu. Klientka prodělala běžné dětské nemoci. Přibližně v 17 letech podstoupila apendektomii a kolem 28. roku absolvovala odstranění hemangionu v oblasti hlavy. Na jaře v roce 1996 utrpěla poranění očí (pravděpodobně natržení očních vazů) při pádu z kola a na jaře v roce 2007 si z automobilové nehody odnesla mnohačetné zhmožděninny a fissuru lebky. Klientka je poměrně výrazná alergička - alergické reakce se objevují na prach, pyly, roztoče a některé druhy ovoce (např. jablka, broskve).

4.2 Rodinná anamnéza

Klientka vyrůstala v úplné rodině jako prostřední ze tří dcer na malé vesnici. Její matka se celý život potýká s mírnou nadváhou, jinak je zdravá, nyní (rok 2008) jí je 53 let. Otec klientky je silný kuřák, celoživotně nadměrně užívá alkohol (nikdy toto nadměrné užívání nevyústilo v závislost) a 2x prodělal infarkt myokardu. Starší sestře klientky je 33 let, žije již řadu let v jiném městě a nyní společně s partnerem vychovávají několikaměsíční dceru. Před otěhotněním byla silná kuřačka a pravděpodobně v minulosti trpěla některou z poruch příjmu potravy. Mladší sestře je 24 let, nikdy neužívala žádné návykové látky a je zdravá.

4.3 Sociální anamnéza

Klientka bydlí, pokud není zrovna hospitalizována, u rodičů v rodinném domku. Dříve bydlela se svým manželem v jeho domě, nicméně v době vzniku onemocnění bydlela

³ BMI - zkratka užívaná pro pojem „Body Mass Index“, koeficient určující stav váhy vzhledem k výšce jedince

s rodiči a sestrami. Klientka bývala dříve poměrně společenská s normálním kulturním životem, nyní se ale nestýká v podstatě s žádnými přáteli. V minulosti aktivně sportovala, dnes se věnuje spíše čtení, případně vyšívání.

4.4 Pracovní anamnéza

Klientka vystudovala střední zdravotnickou školu a následně vyšší zdravotnickou školu - obor dětská sestra. Vždy dosahovala naprosto vynikajících studijních úspěchů, absolvovala s vyznamenáním. Po studiích pracovala jako au-pair v zahraničí, poté v různých zdravotnických zařízeních jako zdravotní sestra. Posledních pár let se vždy střídá období hospitalizace v protialkoholní léčebně, období nezaměstnanosti, či období zaměstnání jako nižší zdravotní personál či výpomoc v kuchyni nebo s úklidem. Nyní (prosinec 2008) je hospitalizována na protialkoholním oddělení.

4.5 Gynekologická anamnéza

Klientka má již řadu let sekundární amenoreu a pravděpodobně již 2x prodělala spontánní potrat.

5. Vznik a průběh onemocnění a návrhy intervencí

Následující kapitola zachycuje vznik a průběh onemocnění popsaný v nejdůležitějších životních etapách, u kterých je vždy pro přehlednost uveden rok případně i roční období, ve kterém se udály. Po každém takovém významnějším životním období následuje návrh intervencí, které by měly být v ideálním případě v danou dobu zrealizovány. Obsahem intervencí jsou i rady a doporučení, které je možné v danou dobu klientce nabídnout a mohou se jimi řídit jak osoby blízké (rodina, přátelé) tak i odborníci (např. stomatolog, či gynekolog). Jde tedy o návrhy a nápady intervencí, podle kterých by se mohla řídit jakákoli osoba, která by přišla v danou dobu do styku s klientkou.

- Rok 1996 - v období závěrečných zkoušek na VOŠ klientka zhubla přibližně 10 kg (tedy z 60 kg na 50 kg). Po té odjela jako au-pair do zahraničí, kde přibrala asi 7 kg. Právě zde se u ní projeví první příznaky poruchy příjmu potravy později diagnostikované jako anorexie purgativního (bulimického) typu. První vyvolaný záchvat zvracení se u klientky objevil poté, co se jednou přejedla natolik, že jí bylo špatně od žaludku, a tak se rozhodla jídlo vyzvrátit.

Intervence: blízké okolí klientky si mohlo (mělo) všimnout klientčiných náhlých výkyvů váhy, výkyvů nálad, mizení jídla v ledničce či stop po zvracení na toaletě. Pokud by si někdo z blízkých všiml, měl by se klientce zmínit, že má podezření, že trpí některou z forem poruch příjmu potravy a měl by již od těchto prvotních fází klientku informovat o vhodnosti a možnostech léčby. Čím kratší dobu trvají problémy tohoto druhu, tím snadněji a rychleji je lze vyléčit. Klientce by se měly dostat do rukou publikace o poruchách příjmu potravy. Tyto publikace by jí nabídly jednak edukaci o této problematice a informace o možných negativních bio-psycho-sociálních důsledcích těchto poruch, dále pak rady, jak se svépomocí této nemoci zbavit - svépomocné manuály, a v neposlední řadě kontakty kam se lze obrátit. Klientka by dále měla mít podporující a přijímající zázemí (rodiče i partner), které by jí ukázalo jiné hodnoty a smysl života - problematika poruch příjmu potravy by se nemusela rozvinout do takových podob.

- Rok 1999 - váha klientky neustále klesala, v průběhu tří let její váha klesla až na 45 kg, BMI 15,9 = vážná podváha. O své nemoci ví, ale léčení odmítá. Váha klesla natolik, že se objevila sekundární amenorea.

Intervence: v této době porucha příjmu potravy trvá již cca 3 roky, z toho vyplývá, že příznaků nemoci si kromě osob blízkých mohl všimnout například stomatolog. Měl by si všimnout náhle vzniklé zvýšené kazivosti zubů (vlivem „naleptávání“ zubní skloviny kyselými žaludečními šťávami během zvracení a následným urputným čištěním zubů.) Měl by se doptávat po příčině této zvýšené kazivosti. Dále by si příznaků onemocnění mohl všimnout praktický lékař v rámci klasických i preventivních návštěv - měl by zpozornět při zjištění náhlého váhového úbytku. A v neposlední řadě gynekolog, který by měl s klientkou řešit sekundární amenoreu. Klientka měla být informována

(např. gynekologem nebo praktickým lékařem) o závažných somatických komplikacích onemocnění (např. neschopnosti reprodukce při dlouhodobé nízké váze). Tyto informacemi by měly klientku motivovat k psychiatrické a psychoterapeutické léčbě. Vzhledem k velmi nízké váze by bylo vhodné uvažovat i o hospitalizaci (kde by došlo k nárůstu váhy), neboť jak někteří odborníci uvádějí, psychoterapie je účinná až od určité hmotnosti⁴.

- Rok 2000 - k lékaři ji přivedla touha otěhotnět - navštěvovala ambulantně psychologa a psychiatra, který ji naordinoval farmakoterapii antidepresivy. Asi 3 týdny dodržovala léčebný režim a přibrala 3 kg – tento váhový přírůstek nesla psychicky velmi špatně. Klientka z ambulantní psychoterapie velice rychle „vypadla“.

Intervence: k ambulantní psychoterapeutické a psychiatrické (farmakoterapeutické) léčbě by bylo vhodné doporučit buď skupinovou psychoterapii nebo svépomocné skupiny. Skupiny působí velice motivačně⁵. Klientka by zjistila, že strach z přibírání nemá pouze ona, ale mnohé jiné dívky, nebyla by na svůj problém sama, sdílela by ho s ostatními. Dostalo by se jí zpětné vazby, pocitu bezpečí, jistoty, posilování žádoucího chování, dozvěděla by se jak se vyhýbat spouštěčům záchvatů přejídání.

- Rok 2001 - nastává relativně bezproblémové období, klientka je zaměstnána v zahraničí jako zdravotní sestra, domů za partnerem dojíždí pouze na víkendy a její měsíční výdělek je velice nadprůměrný. Příznaky poruchy příjmu potravy se jí daří velice dobře zakrývat. Klientka je v tomto čase komunikativní, bez náhlých změn nálad a vypadá spokojeně - pravděpodobně díky prestižnímu zaměstnání.

Intervence: neustále se snažit posilovat klientčinu motivaci k léčbě. Připomínat rizika somatických komplikací, společně s klientkou vymýšlet další dobré důvody proč se onemocnění zbavit. Neopomenout klientku informovat o tom, (vzhledem k tomu, že se poruchy příjmu potravy rády „pojí“ se zneužíváním alkoholu), že by se měla v ideálním případě úplně vyvarovat požívání alkoholu.

⁴ Jedno z kritérií pro přijetí do denního stacionáře pro léčbu poruch příjmu potravy je BMI vyšší než 16.

⁵ Uvedeno na základě zkušeností z koordinování Svěpomocné podpůrné skupiny pro nemocné poruchou příjmu potravy v O.s. Anabell. Klientky často po skončení svépomocných skupin uvádějí pocit energie, odhodlání a silné motivace k léčbě.

- 2002 - klientka otěhotněla, ale následoval spontánní potrat. Po této nešťastné události vystoupilo do popředí její zneužívání alkoholu a objevil se i pokus o suicidium. Klientka užila velké množství několika druhů léků (např. antidepresiva, anxiolytika, nesteroidní antirevmatika), které zapila neznámým množstvím alkoholu.

Intervence: Klientce se mělo dostat krizové intervence. Ideálně by se měla ihned po suicidálním pokusu dostat na psychiatrické oddělení. Měla by být nasazena psychofarmaka z řady antidepresiv a v neposlední řadě jí měla být k dispozici podpora psychoterapeuta. Také je v této chvíli vhodné poradenství pro partnera a rodiče nemocné. Například by byly vhodné svépomocné podpůrné skupiny pro blízké nemocných s poruchou příjmu potravy. Po zvládnutí akutního stavu klientky je ideální partnerskou (párovou terapii), neboť daná problematika se velice dotýká obou. Klientka uvádí, že jí partner nerozumí, není vůči ní dostatečně empatický a že se ve vztahu necítí dobře.

- Září 2003 - klientka má svatbu se svým partnerem, ve svatebních šatech vypadá extrémně hubeně, je na to svatebčany upozorňována, ona se ale cítí „hrozně“ (ve smyslu „tlustě“, poznámka autora) - viz rozhovor č. I.

Intervence: neustále se snažit posilovat klientčinu motivaci k léčbě. Nabízet svépomocné manuály a další informace o onemocnění i o léčbě a její nutnosti.

- Podzim 2003 - klientka v zaměstnání několikrát zkolabovala (pravděpodobně díky vyčerpání organismu z nedostatečného přísunu energie), následně klientka dostala za nejasných okolností výpověď ze zaměstnání.

Intervence: zde opět klientku motivovat k léčbě, konkrétně řečeno hospitalizaci, kde by se pracovalo v prvních fázích převážně na "nabrání kil" klientky, aby následná psychoterapie byla účinná. Je možné, že by již v této fázi klientka s léčbou poruch příjmu potravy souhlasila, je pro ni ale velice obtížné přiznat si problematický vztah k alkoholu, který ji momentálně pravděpodobně brzdí v řádném řešení situace.

- Rok 2004 - klientka je nezaměstnaná, dny tráví sama doma, často se přejídá, zvrací a její závislost na alkoholu se plně rozvíjí. Prohlubuje se její nespolehlivost, lhaní

a velice časté výkyvy nálad, které znesnadňují její soužití s manželem, ale i rodiči a kamarády.

Intervence: v této fázi je důležité zabránit rostoucímu sociálnímu vyčleňování klientky. Dbát na řád jejího dne, s tím souvisí i pomoc se sestavením vhodného jídelního režimu. Pomoci najít vhodné trávení volného času, najít vhodné zaměstnání, navštěvovat svépomocné skupiny skupinovou či individuální terapii.

- Rok 2005 - klientka našla nové zaměstnání, je zaměstnána jako zdravotní sestra na ambulanci (již v ČR, nikoli v zahraničí), často pracuje pod vlivem alkoholu, její váha se pohybuje okolo 50 - 56 kg, poté co v zaměstnání 2x po sobě v krátké době zkolabovala, byla převezena na příjmové oddělení nemocnice, přeložena na psychiatrické oddělení - byla informována o své duální diagnóze (mentální anorexie purgativního - bulimického typu a závislost na alkoholu), o vážnosti svého stavu a o nutnosti léčby. O těchto skutečnostech byl informován i manžel klientky, který do té doby o problémech své manželky vůbec nevěděl. Klientka po 2 dnech podepsala revers.

Intervence: vzhledem k vážnosti onemocnění měla být rodina nemocné informována personálem psychiatrického oddělení o možnosti zabavení způsobilosti k právním úkonům. Nevýhoda tohoto řešení dané situace tkví v možné ztrátě důvěry k rodičům a partnerovi.

- Rok 2006 - klientka nadále pracuje jako zdravotní sestra, rodina i manžel ji nabádají k léčbě, párkrát navštívila některé ordinace psychologů a psychoterapeutů, ale vždy z donucení okolí - nikdy je nenavštívila s opravdovým úmyslem „léčit se“. Často podvádí a lže - předstírá návštěvy u terapeutů.

Intervence: vždy doprovázet klientku až do ordinace, počkat na ni v čekárně, či se po vzájemné domluvě (klientky, terapeuta a osoby blízké) zúčastnit sezení. Důsledně trvat na tom, že klientka společně vybraného terapeuta opravdu navštíví.

- Jaro 2007 - klientka způsobila autohavárii, v krvi zjištěn alkohol, dále se přiznala, že před jízdou užila 4 tbl. Lexaurinu 1,5 mg. Klientce v nemocnici důrazně doporučena psychiatrická léčba - klientka odmítá a podepisuje revers. Manžel ve

svém domě mění zámky - nechce, aby už s ním nadále bydlela - klientka ho v minulosti okrádala o peníze i kreditní karty, manžel za klientku několikrát splatil dluhy v celkové výši přes 100 tisíc.

Intervence: *opět zvažovat možnosti zbavení způsobilosti k právním úkonům a následné nedobrovolné hospitalizaci. Poradenská či terapeutická péče pro manžela je zde opravdu na místě.*

- Léto 2007 - klientka bydlí u rodičů, kteří na ní vytvářejí nátlak, aby se šla léčit, klientka nakonec nastupuje na svojí první protialkoholní léčbu, po 3 týdnech je z léčby propuštěna, vzhledem k závažnému porušení pravidel - klientka během vycházek 2x užila alkohol.

Intervence: *klientka by během léčby měla být co nejvíce podporována, a to jak ze strany partnera, tak rodičů. V rámci léčby (v rámci prevence relapsu) by mělo být informována reálné možnosti relapsu, měla být informována co v této situaci dělat. Totéž platí i o edukaci rodičů a jiných osob blízkých, kteří do této léčby vkládali veškeré naděje.*

- Srpen 2007 - vztah mezi klientkou a rodiči se vyhrocuje, rodiče vyhlásili ultimátum: léčba, nebo odchod z domu. Klientka nastupuje na svojí druhou protialkoholní léčbu.

Intervence: *někdy je vytvoření ultimáta jedinou možností, jak donutit klienta k léčbě. Zde se toto řešení ukázalo jako účinné. Nevýhoda je pravděpodobně v nízké motivaci k léčbě - klientka k ní byla donucena. Pro rodiče i manžela by bylo vhodné zapojení se do léčebného programu klientky - navštívit skupiny pro blízké alkoholiků, pořádané v rámci protialkoholní léčby.*

- Říjen 2007 - klientka úspěšně ukončuje léčbu, po celou dobu léčby abstinovala, domlouvá si následnou léčbu a hledá zaměstnání - má slíbený nástup od 1.11.2007 do nejmenované nemocnice jako zdravotní sestra. Je odhodlaná začít nový život, těší se, až se „postaví na vlastní nohy“.

Intervence: je na kompetenci protialkoholní léčebny, aby adekvátně informovala své klienty o nutnosti následné léčby a aby zajistila co největší navštěvovanost tohoto druhu péče.

- Listopad 2007 - do zaměstnání klientku nepřijali - zaměstnavatel se neznámým způsobem dozvěděl o klientčině protialkoholní léčbě. Na následnou léčbu klientka nepřišla ani jedenkrát. Klientka recidivuje, anorektické tendence také trvají (váha 51 kg na 168 cm - BMI 18 = podváha), nejí dostatečně, občas se přejí a následně jídlo vyzvrátí. Poměrně záhy nastupuje na třetí protialkoholní léčbu.

Intervence: je důležité během léčby upozornit na možnost relapsu a jak s ním pracovat - KB schéma (vyhnout se rizikovému chování, rozpoznání situace, která vede k užití drogy...). Je zřejmé, že k recidivě přispělo i odmítnutí v zaměstnání, které se klientky velice dotklo. Jako řešení této situace mohou být různé druhy chráněných dílen a tzv. podporovaných zaměstnání, které by měli léčebny svým klientům dávat k dispozici v rámci konečných fází terapie a přípravy na život mimo léčebnu.

- Konec prosince 2007 - klientka bydlí u rodičů, je nezaměstnaná, s manželem uvažují o rozvodu. Klientka by se chtěla k manželovi vrátit, ale nedokáže mu to říci, čeká na jeho stanovisko. Klientka tvrdí, že i on může za její potíže, manžel vinu popírá, bydlet s klientkou nechce, vyčítá jí, že mu lhala, brala peníze a že za ni musel platit dluhy.

Intervence: nasnadě je párová terapie, návštěva rodinné poradny či mediace. Rodičům i manželovi se opět (stále) nabízí možnost navštívit svépomocné podpůrné skupiny pro blízké nemocných s poruchou příjmu potravy a pro blízké alkoholiků.

- Leden 2008 - klientka je zaměstnána jako pomocná síla v penzionu, bydlí na ubytovně v místě pracoviště, s manželem se dohodli, že rozvod prozatím odloží, ale nebudou nyní sdílet společnou domácnost, klientka nadále pokračuje v alkoholické kariéře a anorektické tendence také trvají.

Intervence: neustále se snažit posilovat klientčinu motivaci k léčbě, dodávat ji odvahu, informovat ji o tom, že tato kombinace onemocnění je častá, že se nemusí stydět, nemusí trpět žádnými výčitkami a pocity viny. Nabízet konkrétní kontakty, kam se lze

obrátit pro pomoc, nabídnout jí doprovod. Nabízet svépomocné manuály a další informace o onemocnění i o léčbě a její nutnosti.

- Jaro 2008 - klientka změnila zaměstnání - nyní pracuje jako pomocná síla v kuchyni. V kuchyni došlo k úrazu - opařila se. Do nemocnice byla převezena až po několika hodinách. Okolí spekuluje o důvodu tak pozdního příjezdu na pohotovost. „Byla snad pod vlivem alkoholu a čekala, až z ní alkohol „vyprchá“?“. Popáleniny druhého až třetího stupně na 20 % těla se klientce velice špatně hojí. Hospitalizována je několik měsíců. Personál nemocnice si všiml kachektické postavy klientky, ta se následně přiznala k poruše příjmu potravy (k alkoholismu nikoli). V rámci hospitalizace na oddělení popálenin personál kontroloval klientčinu váhu a občasně se při vizitě klientky ptali, zda jí.

Intervence: *pravděpodobně by bylo vhodné, kdyby jí personál tohoto oddělení zajistil (nařídil) péči psychoterapeuta, který by za ní po celou dobu hospitalizace docházel.*

- Podzim 2008 - propuštěna do domácího ošetřování - je doma s rodiči. Ač klientka u sebe neměla žádné peníze a z domova se nic neztratilo, podařilo se jí neznámým způsobem získat několik litrů tvrdého alkoholu. Rodiče spekulují o sexuálních službách, jsou velice unaveni z neustálého hlídání jejich již 30-leté dcery. Při předem neohlášené návštěvě⁶ byla klientka nalezena značně opilá a extrémně vyhublá. Klientka pláče, oznamuje, že je „napitá“ a velice jí mrzí, že je v tomto stavu přistižena. Má křeče v rukou, není schopna se sama napít vody. Mluví o tom, že to již „nezvládne“, že půjde „skočit“, že už „nemůže“.

Intervence: *klientce poskytnout krizovou intervenci, být s ní, nenechat ji dlouho samotnou. Hrozí nebezpečí dalšího suicidálního pokusu. Dále je nutná spolupráce s rodiči, domluvit s nimi převozu do psychiatrické léčebny.*

- Listopad 2008 - klientku se rodičům podařilo dopravit na lůžkové oddělení psychiatrické léčebny, opět nasazena antidepresiva.

Intervence: *klientka je v rukou odborníků, nyní by byla vhodná poradenská pomoc pro rodiče klientky.*

⁶ Autorkou této práce.

- Prosinec 2008 - klientka je na víkend propuštěna domů a dostává epileptický záchvat ač se do této doby se u ní příznaky epilepsie nikdy neobjevily. Je přeložena na oddělení léčby pro závislosti - čtvrtá protialkoholní léčba. Epileptické záchvaty se opakují - nasazeny anitepileptika.

***Intervence:** ideální by bylo, pokud by se klientce v léčebně dostalo komplexní psychoterapeutické i psychiatrické léčby, která by byla vedena se zřetelem na její duální diagnózu. Klientce by měla být nasazena vhodná psychofarmakologická léčba, měla by docházet jak na skupinovou, tak na individuální terapii. Vzhledem k poruše příjmu potravy by bylo vhodné do komplexní péče zařadit nutriční poradenství, práci s tělem, různé techniky relaxace. Z psychoterapeutických technik by byla pravděpodobně nejvhodnější kognitivně behaviorální technika, která by ji naučila jiný (správný) způsob řešení nepříjemných životních situací, než ten, který volila dodnes (přejídání se, užívání alkoholu).*

6. Rozhovor I.

Pro ilustraci a doplnění je uveden rozhovor s touto klientkou, který byl realizován 17.4.2005. Rozhovor byl částečně řízený s předem standardizovanou osnovou otázek, které byly v průběhu rozhovoru měněny dle iniciativy klientky. Rozhovor se konal pouze za účasti klientky a tazatele.

K záznamu rozhovoru byl se svolením klientky použit diktafon. Níže je tedy uveden doslovný přepis. Text je ponechán v původní verzi i s nespisovnými výrazy. Pro lepší čitelnost je upravena pouze délka samohlásek.

Dokážeš si vybavit okamžik, kterým začalo tvoje trápení s jídlem a váhou?

„No, už je to dávno. Bylo to, když jsem byla jako au-pair v zahraničí, takže asi v roce 1998. Bylo tam spousta nového jídla, kerý jsem neznala, všechno jsem chtěla ochutnat, a taky že mi chutnalo. Přijela jsem tam poměrně hubená, protože jsem před tím měla stres kolem absolutoria a kvůli tomu úrazu očí. Když doktoři řeknou dvacetiletý holce, že do pěti let oslepne...to se teda naštěstí nestalo. Jak jsem teda

všechno ochutnávala, rychle jsem přibrala. Jednou jsem se přejedla tak, že mi bylo hrozně špatně, a tak jsem se šla vyzvracet. Zjistila jsem, že je to vlastně dobrý způsob, jak můžu sníst co chci a nepřibrat. Taky se mi tam začalo asi třetí týden hrozně stejskat a asi týden jsem probrečela. Tak možná to bylo i tím.“

Přemýšlíš někdy nad tím proč to začalo? Co všechno k tomu mohlo vést? Co to mohlo způsobit?

„Asi ani ne. Já spíš přemýšlím o tom, že prostě potřebuju, aby mě někdo zavřel a abych byla pořád pod dozorem a nemohla tyhle věci dělat. Nebo si spíš pořád říkám proč zrovna já? Proč to potkalo zrovna mě? Proč se z toho nemůžu tak dlouho vyhrabat?“

Měla jsi už v zahraničí strach z toho, že přibereš? Už tehdy si se bála váhy nebo tento strach vznikl později?

„Určitě jsem měla strach. Dyt' jsem taky přibrala, ale šla jsem zvracet taky proto, že mi bylo těžko. Přibrala jsem tak, že jsem si musela kupovat nový kalhoty. To je strašný!“

Je pro Tebe to, kolik vážíš, důležité?

„Ano. Z váhy jsem na nervy. Vážím teď (rok 2005, poznámka autora) 56 kg a váha pořád nejde dolu ani když vůbec nejím. Na svatbě (podzim 2003, poznámka autora) jsem měla 46 kg a to jsem si připadala tlustá. V těch šatech jsem se cítila strašně, i když mi ostatní říkali, jak jsem hubená.“

Když se teď vidíš na fotkách ze svatby připadáš si tam tlustá?

„Ne. Teď už vidím, že jsem byla moc hubená. I gynekolog mi po tom potratu řekl, abych se nedivila, když jsem takhle hubená.“

A teď si připadáš jak?

„Pane Bože, dyt' jsem tak tlustá! Podle BMI vím, že nejsem, ale hrozně jsem se divila, když jsem si podle knížky našla, že nemám nadváhu. Připadám si jak matrona. Nemůžu nosit takový oblečení, jaký bych chtěla, nemůžu nosit svetříky do pasu. Prostě nemůžu.“

Kdybych měla aspoň 53 – 54 kg... já to mimčo moc chci, ale ty 2 –3 kg dolu bych si přála, abych se prostě cejtila spokojená.“

Četla jsi už několik knížek o poruchách příjmu potravy, tak možná tušíš, že to, jak své tělo vnímáš se nazývá porucha vnímání svého těla.

„Ne. Jsem tlustá! To není žádná porucha. Ostatním nevěřím. Když se vidím... je to nechutný. I když mě ostatní chválí, jak jsem hubená, stejně si budu myslet, že jsem tlustá.“

Řekla jsi manželovi o tom, že máš anorexii?

„Já s ním o tom mluvit nechci, protože ... je to prostě ještě kluk (manželovi klientky bylo v době konání rozhovoru 35 let, poznámka autora). On by tohle vůbec nepochopil. Vlastně i ten pokus o sebevraždu byl kvůli tomu, že mě vůbec nechápe. Svěřila jsem se mu, že jsem potratila a on mě vůbec neutěšil, choval se ke mně, jako by se nic nestalo. Tak jsem spolykala ty prášky. Za pár měsíců jsem se mu teda svěřila i s tím, že jsem se pokusila spáchat sebevraždu a on na to řekl: „Hm, aha.“ Dál už jsem se k tomu sama nikdy nevracela a on se mě taky nikdy na nic neptal. Je to zbytečný mu to říkat, je to ještě kluk. Spíš bych to řekla kamarádce. Snad už začnu chodit na ty konzultace.“

Tvoje maminka tedy ví, že máš anorexii?

„Víš, ale myslí si, že už jsem v pohodě. Já jsem přeci byla. Kolem Vánoc... jak jsem přibrála, opravdu jsem se snažila. Pak se to ale zase zvrtilo. Dyť já mám výčitky i po rajčeti! Snědla jsem celý rajče - hrůza, tak už je to jedno a dám si teda i sušenku a... a pak du zvracet, no. Ale není to takhle každéj den. Jsem šťastná, když někam jedem, když mám program.“

Zkoušela jsi znovu se naučit ráno snídat?

„Zkoušela, ale bolí mě z toho břicho. Nesnáším to. Víím, že je to základ, všude se to píše. První jídlo jím až tak kolem poledne. Projímadla samozřejmě taky беру – to si tam taky klidně napiš. Beru je už asi 4 roky... no asi to bude dýl. Snažím se je vynechávat nebo hodně piju kafe – po tom jdu taky na záchod. Když zvracím připadám si hnusně,

vlastně už když mířím na záchod, říkám si: „Už zase...“, ale vyhodit to prostě musím. Potom jsem hrozně vyčerpaná a nic už pak neudělám. Někdy jdu zvracet i třikrát denně... to už je mi ze mě hodně zle.“

Jedli jste doma společně, když jsi byla malá?

„Ne, společně ne. Možná jen o víkendu. Snídat jsem přestala někdy na střední. Obědvala jsem většinou ve škole. K večeri si každý přihřál co chtěl, kdy chtěl. No, občas jsme jedli spolu, ale ne pravidelně.“

7. Rozhovor II.

Další rozhovor byl realizován s klientkou na jaře 2008, a to formou dopisu - sestaveného z otázek. Klientka byla předem informována o účelu dotazování a tázána na souhlas. Níže je uveden doslovný přepis otázek i odpovědí. Text je ponechán v původní verzi i s případnými nespisovnými výrazy.

Mluvila jsi někdy v protialkoholních léčebnách o tom, že máš poruchu příjmu potravy?

„Ano. V druhé protialkoholní léčbě jsem při příjmu přiznala poruchu příjmu potravy, ale celé 3 měsíce se tím nikdo nezabýval. V třetí protialkoholní léčbě - po mé recidivě - se zpočátku zabývali oběma problémy současně.“

Snažili se ti lékaři v protialkoholních léčebnách nějakým způsobem s tímto problémem pomoci?

„Ano často mne sestry kontrolovaly u jídla, dívaly se, kolik toho sním, ptaly se, zda jsem zvracela, vážily mě.“

Myslíš, že by pro tebe bylo přínosné, kdyby někdo řešil tyto dva problémy najednou? Nebo by ti to vyhovovalo jinak? Jak?

„Vyhovovalo by mi to, myslím, že tyto dvě závislosti spolu nějak souvisí.“

Jaký problém ti přijde závažnější? Alkoholismus, nebo porucha příjmu potravy?

„To je těžká otázka. Asi porucha příjmu potravy.“

Pokud se nepletu, nejdříve tě začaly trápit problémy týkající se poruchy příjmu potravy, až poté nastaly problémy s nadužíváním alkoholu, je to tak?

„Ano.“

Myslíš, že to, že jsi měla poruchu příjmu potravy přispělo k vzniku závislosti na alkoholu?

„Ano.“

Myslíš, že tyto dvě onemocnění spolu nějak souvisejí?

„Zřejmě ano.“

Kdy jsi si uvědomila, že jsi na alkoholu závislá?

„V době, kdy jsem při každodenním nákupu měla v košíku lahev alkoholu. První ranní myšlenka byla, kde koupit lahev alkoholu, abych neměla abstinenční příznaky.“

Proč jsi se nikdy s poruchou příjmu potravy nešla léčit? Nebo se pletu? Šla?

„Ano, šla. Ale bylo to až v době, kdy jsem byla vdaná. Zašla jsem na psychiatrickou kliniku. Tam mě poslali do nutriční poradny. A také jsem začala docházet na svépomocné skupiny.“

Kdo ti diagnostikoval poruchu příjmu potravy a kdy?

„Bylo to na psychiatrické klinice, kam jsem sama přišla. Byl to rok asi 2002. Lékaři mi napsali diagnosu mentální anorexie a mentální bulimie. Posléze přibyla diagnóza alkoholismus.“

Kdo ti diagnostikoval závislost na alkoholu a kdy?

„Bylo to také tam, opět jsem tam sama přišla. Byl to asi rok 2007.“

Dokázala bys mi říci, proč je tak těžké přestat pít?

„Kdybych to věděla. Je to strašné nutkání. Ty si dáš sklenku vína a je ti fajn. Ale mě něco nutí, abych si dala druhou, třetí...“

A dokázala bys mi říci, proč je tak obtížné vyléčit se z poruchy příjmu potravy?

„Upřímně nevím. Už to trvá tak dlouho. Neumím se najíst, aniž bych při tom myslela na to, že každé jídlo obsahuje kalorie. Ale něco přeci jím, protože dobře vím, že tělo potřebuje energii.“

A zvracíš ještě někdy? Přejídáš se? Jak vnímáš své tělo? Připadáš si akorát, nebo hubená, či tlustá? Kolik vlastně měříš a vážíš?

„V současné době si připadám celkem hubená, hlavně nohy. Ale pořád si připadám silná v pase. Není to denně, ale občas se plánovitě přejím a vyzvrátím to. Je to v době volna a když vím, že budu sama. Aktuálně vážím 45 kg a měřím 168 cm.“

Přemýšlíš někdy nad tím, proč to všechno začalo? Co všechno k tomu mohlo vést? Co to mohlo způsobit?

„Často se ptám, proč já. A proč je tak těžké to zvládnout. Odmítáním a posléze zvracením jsem reagovala na negativní změny v osobním životě. Začaly problémy s tchyní, s manželem... Když jsem zhubla pár kilo, známí chválili, jak mi to sluší a to se mi líbilo. Pak už to šlo rapidně dolů, hubla jsem dál.“

Je pro tebe to, kolik vážíš důležité?

„Momentálně stále ano.“

Jak se nyní cítíš? Jak ti je?

„Unavená, hrozně sama, jako bych neuměla žít.“

Co by jsi nyní ze všeho nejvíce potřebovala? Co by ti mohlo pomoci?

„Přátele, nebýt stále sama. Mít si s kým popovídat, jít ven. Ne žít jen práce - podnájem.
A sama.

Kdo by ti mohl pomoci?

„Asi nikdo.“

Co by jsi nyní nejvíc ze všeho chtěla slyšet?

„Zvládla jsi to.“

8. Úryvky z dopisů

Následují krátké úryvky z korespondence s klientkou, které vhodným způsobem dokreslují informace o průběhu terapeutického pobytu v protialkoholních léčebnách. Z korespondence lze převážně vyčíst nadmíru volného času, který rozhodně nepůsobí z terapeutického hlediska pozitivně.

- „Příjem byl docela fajn. Ani mi moc neprohlíželi tašky. Klidně bych pronesla nějaký léky, nebo alkohol. Fuj!“
- „Vůbec netuším jak to tu vydržím. Už teď se můžu ukousat nudou.“
- „Jsem na pokoji s paní, která se léčí s anorexií a depresí. Někdy mi přijde docela nevhodné, že nás dali na jeden pokoj. Stále mne totiž pozoruje, co jím a kolik. Když nás vážili měla jsem o jedno kilo méně, než ona. Hned řekla, že mne musí dohnat.“
- „Je tu hrozná nuda, den je dlouhý.“
- „Někdy je to docela nepříjemné, být s ní na jednom pokoji a vidět, že dělá podobné věci, jako já. Sedíme samozřejmě u jednoho stolu.“
- „Já už se tak těším, až odsud odejdu. Je tu děsná nuda.“
- „Kolegyně odešla na víkend. Aspoň mám trošku klidu. Nepozorují mě oči, co jím a co ne. Kolegyně totiž vůbec není sladké. Ale já ano. A ona vždycky obrátí oči v

sloup, jakto, že jím sušenky nebo čokoládu, že ztloustnu. A ty řeči fakt nepotřebuju.“

- „Je sobota, to znamená, jen dvě sestry na oddělení = žádná vycházka ven. Ach jo, to zas bude dlouhý den.“

9. Pozorování a úvahy adiktoložky

Následující kapitola je sestavena z adiktologického klinického pozorování stavu klientky, výčtu predisponujících faktorů, kterých si může adiktolog během práce s klientkou všimnout a poslední podkapitola se týká úvah a doporučení vhodných pro budoucí práci s klientkou.

9.1 Status preasenc - klinické pozorování

Klientka trpí častým kolísáním nálad - někdy je odhodlaná k léčbě a těší se na její úspěšné ukončení a jindy zas trpí stavy naprosté bezvýchodnosti situace, ve kterých často mluví o suicidii. Dále mluví o tom, že neunes, že o ní sousedé ví, že je alkoholička a že svým onemocněním trápí své rodiče.

Oční kontakt, řeč i pohyby normální, na otázky většinou reaguje souvisle a smysluplně. Výjimečně je zpomaleno tempo, což je pravděpodobně způsobeno užitím zklidňujících farmak. Klientka má potíže s usínáním a časným ranním buzením.

Trpí nepříjemnými myšlenkami ve smyslu, že si nezaslouží, aby s ní někdo mluvil, četl dopis od ní, či ji dokonce na dopis odpověděl.

9.2 Predisponující faktory

Z výše popsané kasuistické studie lze vypožorovat určité predisponující faktory, které mohly ovlivnit (způsobit) vznik onemocnění. Uvědomit si tyto faktory je důležitý předpoklad úspěšné psychoterapie, jsou to tedy zároveň důležitá témata, o které by se měl psychoterapeut opřít.

Následuje stručný přehled těchto faktorů:

- matka trpící nadváhou - patologická touha klientky být hubená může mít kořeny právě ve strachu z dědičné nadváhy;
- otec silný kuřák a celoživotně nadměrný uživatel alkoholu - adiktivní chování mohla klientka získat jednak genetickou informací, ale i nápodobou;
- sestra pravděpodobně v minulosti trpěla některou z forem poruch příjmu potravy - PPP v rodině jsou poměrně výrazným predisponujícím faktorem;
- perfekcionismus, touha být dokonalá a z toho plynoucí vynikající školní výsledky - v odborné literatuře vždy popisováno jako jeden z významných faktorů vzniku PPP;
- prožitý stres - jednak po úrazu očí, kdy bylo klientce oznámeno, že do 5 let oslepne a dále klientka prožívala silný stres při odloučení od rodiny během pobytu v zahraničí - stresové situace jsou mnohdy popisovány jako spouštěcí faktor pro poruchy příjmu potravy;
- samotná porucha příjmu potravy, zvláště pokud je dlouhodobá, neléčená a utajovaná je významný predisponující faktor pro vznik závislosti - viz kapitoly teoretické části této práce.

9.3 Výhled do budoucna

Jak lze z kapitoly „*Vznik a průběh onemocnění a návrhy intervencí*“ vyčíst, klientce se ani po třetí protialkoholní ústavní léčbě (čtvrtou právě nyní podstupuje) nepodařilo dlouhodoběji abstinovat, po žádné z terapií neabsolvovala následnou léčbu (tudíž ani dlouhodoběji neužívala předepsaná farmaka) a problematika poruch příjmu potravy není v podstatě nijak organizovaně řešena. Klientka často z léčby vypadává a její motivace k terapii je výrazně kolísavá. Jako řešení této situace lze na základě prostudování odborné literatury uvést dva nejvýznamnější návrhy péče. V první řadě lze doporučit zřízení integrované léčebné péče pro klienty s touto duální diagnózou a dále lze mluvit o využití case managementu.

Integrovaná léčba zahrnuje léčbu obou problémů najednou v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem. Z pozorování i z rozhovorů s klientkou lze vyčíst, že během protialkoholní léčby sama intenzivně řeší otázky týkající se poruchy příjmu potravy. Sama v rozhovoru uvádí, že si myslí, že její dvě diagnózy nějakým způsobem spolu souvisejí a že by jí vyhovovalo, pokud by byly řešeny současně. Klientka sice uvádí, že jí během léčby v protialkoholních léčebnách hlídali hmotnost a kontrolovali u jídla, ale o psychoterapeutické pomoci s poruchou příjmu potravy se nezmiňuje.

Case management je druh sociální práce a je zaváděn právě pro „problémové“ klienty, kteří často vypadávají z léčby, nedocházejí do následné péče, či trpí právě duálními diagnózami, které výrazně komplikují zdárnou léčbu (volně dle Stuchlíka, 2002). Existuje mnoho různých modelů case managementu. Pro tuto klientku lze doporučit jeden z nich, a to „*Intenzivní case management*“, který obsahuje péči jednoho přiděleného case managera poskytujícího část služeb a vyhledávajícího další vhodné služby v dostupném okolí klienta. Přidělený case manager může poskytovat včasnou krizovou intervenci, fungovat jako poradce, asistovat např. při docházení do následné léčby, rehabilitačních zařízení, chráněných dílen, či podporovaných zaměstnání. Je klientovi neustále na blízku a v neposlední řadě může také kontrolovat, zda klient užívá předepsaná farmaka.

10. Stručné shrnutí příběhu

Kasuistická studie popisuje životní příběh klientky s duální diagnózou „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“. Poruchou příjmu potravy klientka trpí již 12 let, závislost na alkoholu se přidružila přibližně před čtyřmi lety. Klientka zneužívá různé léky, např. anxiolytika či laxativa, má dluhy u zdravotní pojišťovny a momentálně uvažuje o rozvodu s manželem. Klientka trpí značnými pocity viny vůči rodičům, zklamáním z manželství a v anamnéze nechybí ani suicidální myšlenky, či reálné suicidální pokusy. Snahy o ambulantní terapii poruch příjmu potravy v minulosti selhaly, nyní se podrobuje čtvrté protialkoholní ústavní léčbě. Během léčby zatím klientka nezaznamenala žádné organizované, specializované a dlouhodobé péče v oblasti léčby duálních diagnóz.

D. DISKUSE A ZÁVĚRY

Tato bakalářská kasuistická práce pojednává o komplikacích a obtížích, které se mohou vyskytnout během terapie klienta s duální diagnózou „porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu“.

Cílem práce bylo poukázat na problematiku léčby této konkrétní duální diagnózy a přispět tak k odborné diskusi směřující k vytvoření specializovaných pracovišť či systémů péče pro léčbu duálních diagnóz.

V rámci rešerše odborné literatury bylo zjištěno, že problematika duálních diagnóz je poměrně rozsáhlá. Některé studie (např. Kaplan, et al., 1991) mluví až o 76 % závislých na návykových látkách, kteří zároveň trpí další psychickou poruchou. Ze studií (např. Pecinovská, 2000) ale i kasuistického materiálu obsaženého v této práci také vyplývá, že komorbidita snižuje pravděpodobnost řádně dokončené léčby.

Rozsáhlost a závažnost této problematiky nás vede k tématu léčby. Někteří autoři (např. Nešpor, 2003) se zmiňují, že v České republice dosud neexistuje žádné specializované integrované pracoviště pro léčbu duálních diagnóz. V literatuře (Pecinovská, 2003) lze ale nalézt zmínku o budování komplexního terapeutického programu, zahrnujícího možnost plynulého přechodu mezi programem oddělení pro léčbu závislostí a Centrem specializované péče pro poruchy příjmu potravy, i možnost souběžné účasti ve vybraných programech obou oddělení podle individuálního terapeutického plánu, přizpůsobeného aktuálnímu stavu pacientky. Bohužel se pro tuto bakalářskou práci nepodařilo zjistit aktuální stav tohoto projektu. Z výše uvedeného zajisté vyplývají podněty pro další výzkumnou práci - tedy zmapovat jednak reálný stav tohoto komplexního terapeutického programu, ale i stav (rozsah) využívání case managementu při péči o tyto klienty.

Získané poznatky z této kasuistické práce lze implikovat při hledání nových způsobů pomoci klientům s duální diagnózou a dále lze souhrnné informace obsažené v této práci využít při např. psaní žádostí o dotace (např. z Evropských strukturálních fondů) z oblasti sociální či zdravotnické péče.

E. POUŽITÁ LITERATURA

1. Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. V: Beubler, E., Haltmayer, H. a Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vídeň. Obtained from EMCDDA (2004). Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v EU a Norsku. Lisabon: EMCDDA.
Dostupné 29.11. 2008 z <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page002-cs.html>
2. Csémy, L., Krch, f. D., Provazníková, H., Rážová, J., Sovinová, H. (2005). Životní styl a zdraví českých školáků. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
3. Dimová, N., Kolibáš, E., Novotný, V., Havlíčková, E. (1997). Niektoré klinické problémy u pacientov s poruchami príjmu potravy. Slovenský lékař. Roč. 7/21, č.9, s 14 - 17.
4. Dimová, N., Kolibáš, E., Novotný, V., Havlíčková, E. (1997). Používanie návykových látok u pacientov s poruchami príjmu potravy. Alkohol a drogové závislosti. Roč. 32, č.1. s 57 - 63.
5. Dimová, N., Kolibáš, E., Novotný, V., Havlíčková, E., Pastrnková, R. (2000). Poruchy príjmu potravy a užívanie psychoaktívnych látok. (4. slovenský psychiatrický zjazd „Kvalita života na prahu nového tisícročia“. Psychiatrie, Roč. 7, č. 2. s.85.
6. Garner, D. M. (2005). Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D. a kol. (2005). Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované vydání. Kapitola 10. Praha: Grada. s. 123.

7. Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In: Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Kapitola 7/3. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 105.
8. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2004) Synopsis od Psychiatriy. 17th Edition. Williams and Wilkins, Baltimore. Obtained from Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In: Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Kapitola 6/2. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 21.
9. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., et al. (2001), Mentalsubstance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 32, str. 62–79. Obtained from EMCDDA (2004). Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v EU a Norsku. Lisabon: EMCDDA.
Dostupné 29.11. 2008 z <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page002-cs.html>
10. Koutek, J., Kocourková, J. (2000). Komorbidita u poruch příjmu potravy - faktor komplikující diagnostiku i léčbu. *Praktický lékař*. Roč. 80, č.12. s. 688 - 690.
11. Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives *European Addiction Research* 2, str. 1–2. Obtained from EMCDDA (2004). Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v EU a Norsku. Lisabon: EMCDDA.
Dostupné 29.11. 2008 z <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page002-cs.html>
12. Krch, F. D. (2005). Epidemiologie poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované a doplněné vydání. Kapitola 4. Praha: Grada, s. 35.
13. Krch, F. D. (2005). Etiologie a komorbidita. In: Krch, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované a doplněné vydání. Kapitola . Praha: Grada, s. 57, 76.

14. Krch, F. D. (2005). Předmluva. In: Krch, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované a doplněné vydání. Kapitola 1. Praha: Grada, s. 13.
15. Krch, F. D. (2005). Vymezení poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované a doplněné vydání. Kapitola 2. Praha: Grada, s. 15-22.
16. Kulhánek, J. (2008). Ortorexie, bigorexie, drunkorexie.
Dostupné 7.12.2008 z
http://www.pppinfo.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251
17. EMCDDA (2004). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. Drugs in Focus, 14. Lisabon: EMCDDA.
Dostupné 29.11.2008 z <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36329EN.html>
18. EMCDDA (2004). Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v EU a Norsku. Lisabon: EMCDDA.
Dostupné 29.11. 2008 z <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page002-cs.html>
19. Mareček, P. (1996). Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, s. 47, 57.
20. Mikota, V. (1995). Supervize v individuální psychoterapii. In: Psychoterapie IV.- sborník přednášek. Praha: Triton. Obtained from Hajný, M. (2003). Rizika abstinence, potlačení závislého chování a regulační funkce sebepoškozování. 9. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci a 42. konference sekce AT při ČSL JEP, Měřín, 19. -23. 5. 2003. Adiktologie, Supplementum. Roč. 3, č. 2, s. 34 - 38.

21. Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.
22. Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, s. 10,30.
23. Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Kapitola 4/5. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 234.
24. Pecinovská, O. (2000). Poruchy příjmu potravy u pacientek hospitalizovaných pro závislost na návykových látkách. Alkoholové a drogové závislosti. Roč. 35, č. 3., s. 131 - 146.
25. Pecinovská, O., Heller, J., Papežová, H. (2003). Terapeutický program pro duální diagnózy (4. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Československá psychiatrie, Supplementum. Roč. 99. č. s1. s. 28.
26. Popov, P. (2003). Alkohol. In: Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Kapitola 3/1. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 151, 152, 155.
27. Saint-Exupéry, A. de (1972). Malý princ. Praha: Albatros, s. 48.
28. Stuchlík, J. (2002). Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Focus Books.
30. Tims F.M., Inciardi J.A., Fletcher B.W., McNeill Horton A.(1997). The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Westport, Conn./London: Greenwood Press.

31. Vymětal a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.
32. Williams, R. & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 24, 43-46. Obtained from Adiktologie. *Léčba a následná péče. Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog* (2006). Dostupné 29.11. z <http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=72&iid=574&acc=enb>
33. Williams, H., O'Connor, J. J. a Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, str. 45–46. Obtained from EMCDDA (2004). *Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v EU a Norsku*. Lisabon: EMCDDA. Dostupné 29.11. 2008 z <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page002-cs.html>
34. World Health Organization. *The World Health Report 2001* (2001). Dostupné 29.11.2008 z <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index.html>