

# Univerzita Karlova v Praze

## 1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Tereza Taušková**

Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek u pacientek  
v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a Psychiatrické léčebně Opava

Comorbidity of eating disorders and drug use among female patients in the Psychiatric  
hospital Červený Dvůr and Opava

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

PRAHA, 2013

## **Prohlášení**

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

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

V Praze .....

Tereza Taušková

.....

Identifikační záznam:

TAUŠKOVÁ, Tereza. *Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek u žen v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a Psychiatrické léčebně Opava [Comorbidity of eating disorders and drug use among female patients in the Psychiatric hospital Červený Dvůr and Opava]*. Praha, 2013. 60 s., 3 přílohy, 15 tabulek, 4 grafy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Adiktologie 1. LF UK 2013. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

## Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Lence Čablové za odborné vedení, pomoc a rady při vypracování mé bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala PhDr. Editě Svobodové a Martině Fickové za spolupráci při získávání dat.

V neposlední řadě také děkuji své rodině a všem, kteří mě během studia podporovali.

Obsah:

Abstrakt.....	7
Abstract.....	8
Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	10
1.1 Rozdělení poruch příjmu potravy.....	10
1.1.1 Mentální anorexie .....	10
1.1.2 Mentální bulimie.....	11
1.1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy .....	13
1.1.4 Psychogenní přejídání.....	13
1.2 Etiologie vzniku poruch příjmu potravy .....	14
1.2.1 Biologické faktory .....	14
1.2.2 Psychologické faktory.....	15
1.2.3 Sociální faktory.....	16
1.3 Průběh poruch příjmu potravy a jejich prognóza.....	17
2. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	18
2.1 Etiologie vzniku závislosti .....	18
2.1.1 Biologické faktory .....	18
2.1.2 Psychologické faktory.....	18
2.1.3 Sociální faktory.....	18
2.1.4 Spirituální faktory .....	19
3. KOMORBIDITA .....	20
3.1 Psychiatrická komorbidita u uživatelů návykových látek.....	20
3.2 Psychiatrická komorbidita u poruch příjmu potravy.....	22
3.3 Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek .....	24
3.3.1 Etiologie komorbidity .....	25

3.3.2	Prevalence komorbidity .....	26
PRAKTICKÁ ČÁST .....		30
4.	METODY VÝZKUMU .....	30
4.1	Výzkumné cíle .....	30
4.1.1	Výzkumné otázky .....	30
4.2	Metody získávání dat .....	30
4.2.1	Eating attitude test (EAT-26).....	30
4.2.2	Maudsley addiction profile (MAP).....	31
4.3	Metody analýzy dat .....	32
4.4	Proces získávání dat .....	32
4.5	Výzkumný soubor .....	32
4.5.1	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr .....	32
4.5.2	Psychiatrická léčebna Opava .....	34
5.	Etické normy a pravidla výzkumu .....	36
6.	Výsledky výzkumu .....	36
6.1	Výzkumná otázka č. 1 .....	36
6.2	Výzkumná otázka č. 2 .....	38
7.	Diskuze a závěry .....	44
8.	Použité zkratky .....	46
9.	Literatura.....	47
10.	Přílohy.....	52
10.1	Seznam tabulek.....	52
10.2	Seznam grafů .....	52
10.3	Dotazníky .....	53
10.3.1	EAT-26 .....	53
10.3.2	MAP.....	57

## **Abstrakt**

Bakalářská práce Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek u žen v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a Opava se zabývá výskytem poruch příjmu potravy u žen léčících se pro závislost na návykových látkách.

Téma poruch příjmu potravy je velmi aktuální a existuje o něm dostatečné množství české i zahraniční literatury. Komorbiditou poruch příjmu potravy a užívání návykových látek se naopak česká literatura hlouběji nezabývá a neexistuje dostatek studií.

V teoretické části této práce se zaměřuji na vysvětlení základních pojmů, charakteristiku poruch příjmu potravy, etiologii jejich vzniku. Vysvětluji zde pojem komorbidita, uvádím nejčastější psychiatrické komorbidity vyskytující se u pacientek s diagnózou poruchy příjmu potravy a u pacientek se závislostí. Na základě rešerše z dostupných zahraničních zdrojů uvádím výsledky získané ve studiích zabývajících se komorbiditou poruch příjmu potravy a užívání návykových látek.

Praktická část je zaměřena na výzkum prevalence komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek u celkem devětadvaceti žen z psychiatrických léčeben Červený Dvůr a Opava. Data pro výzkum byla získána pomocí dotazníku EAT-26 a MAP.

Klíčová slova: užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy, komorbidita, EAT-26, MAP

## **Abstract**

This review named Comorbidity of eating disorders and drug use among female patients in the Psychiatric hospital Červený Dvůr and Opava is dealing with the prevalence of eating disorders among women who are in treatment with drug addiction.

The theme of eating disorders is very topical and there is a lot of Czech and foreign literature about it. On the other hand, the comorbidity between eating disorders and drug use is not well elaborated and there are not enough studies about it.

In the theoretical part of this study I explained the basic terms, I characterized the eating disorders and the etiology of eating disorders. I explained the term comorbidity and introduced the most common comorbidities of eating disorders and also of drug addiction. I presented the results of the studies which were taken abroad and which are dealing with the topic of comorbidity of eating disorders and drug use.

The research is focused on the prevalence of the comorbidity of eating disorders and drug use among twenty nine women from the Psychiatric hospital Červený Dvůr and Opava. The data were taken by the questionnaire EAT-26 and MAP.

Key words: drug use, eating disorders, comorbidity, EAT-26, MAP



## Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou v posledních letech velmi aktuálním tématem a lze je vnímat jako nemoc moderní ženy. Také užívání návykových látek se stalo sledovaným problémem nejen v České republice.

U obou těchto nemocí se vyskytuje množství psychiatrických komorbidit, které jsou více či méně časté u každého z typů poruch příjmu potravy nebo návykové látky. Při diagnostice pacienta/ klienta je třeba brát v potaz možnost výskytu komorbidit a věnovat jí pozornost také v léčebném procesu.

Komorbiditou poruch příjmu potravy a užívání návykových látek se zabývali převážně zahraniční vědci, byly provedeny jak klinické, tak neklinické studie. Tyto se týkaly jednak výzkumu prevalence výskytu komorbidit, ale také etiologie jejího vzniku.

Česká odborná literatura prezentuje také pouze zahraniční výsledky. Pro českou populaci není k dispozici dostatek dat na toto téma a je tedy třeba se jím začít zabývat více.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších nemocí dospívajících dívek a mladých žen (Keski-Rahkonen a kol., 2007; Krch, 1999). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vymezuje pod pojmem poruchy příjmu potravy dva syndromy – mentální anorexii a mentální bulimii. V poslední době však přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria pro výše uvedené nemoci. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) i Diagnostický statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) proto zavádí nové kategorie atypických a nespecifických poruch příjmu potravy (Eddy a kol., 2008; Krch, 1999).

### 1.1 Rozdělení poruch příjmu potravy

#### 1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexia nervosa) je charakterizována vysokým úbytkem a úmyslným snižováním tělesné hmotnosti (Krch, 1999; Wilson a kol., 2007). Pojem anorexie je však mnoha autory považován za nepřesný, protože v překladu znamená nechutenství. Nechutenství však není hlavní podstatou onemocnění, vzniká často až sekundárně v důsledku dlouhodobého hladovění (Faltus, 2010; Krch, 1999).

MKN-10 uvádí tato kritéria pro diagnostiku mentální anorexie (F50.0):

1. Tělesná váha je dlouhodoběji nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Quetelův index hmotnosti těla (body mass index):  $BMI = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$  je 17, 5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
2. Nemocný si snižuje váhu z vlastní vůle dietami, vyprovokovaným zvracením a užíváním diuretik, anorektik, laxativ či nadměrným cvičením.
3. Specifická psychopatologie se vyznačuje přetrvávajícím strachem z tloušťky při výrazné podvaze, zkreslenou představou o vlastním těle a vtíravými, ovládacími myšlenkami na udržení podváhy.

4. Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen se objevuje amenorea (dnes je často krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.

5. Začne-li před pubertou, je zpožděna anebo zcela zastaven růst a vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení následně dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale první menstruace může být opožděna (Krch, 1999; Papežová, 2010).

DSM-IV uvádí tato kritéria pro diagnostiku mentální anorexie:

1. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).

2. Intenzivní obava a strach z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

3. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.

4. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea) (Krch, 1999; Attia & Walsh, 2007).

DSM-IV dále rozlišuje dva typy mentální anorexie – restriktivní a purgativní typ. Pro restriktivní typ (nebulimický) je typická nepřítomnost bulimických epizod, zatímco pro typ purgativní (bulimický) jsou charakteristické epizody záchvatovitého přejídání, následného zvracení, eventuálně užívání diuretik (Eddy a kol., 2008; Krch, 1999; Němečková, 2007).

### **1.1.2 Mentální bulimie**

Mentální bulimie (bulimia nervosa) je charakterizovaná záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 1999; Wilson a kol., 2007). Následkem kombinace těchto činností vzniká u postižených typická forma chování, spočívající v opakovaném zvracení či požívání (zneužívání) pročišťujících prostředků

typu laxativ nebo diuretik. Toto chování je vyvolané strachem ze ztloustnutí, které by mohlo způsobit záchvatovité přejídání (Faltus, 2010). Mentální bulimie je vyčleněna jako samostatná nemoc teprve od devadesátých let minulého století. Dříve byla považována pouze za průvodní jev některých forem mentální anorexie (Němečková, 2007).

MKN-10 uvádí tato kritéria pro diagnostiku mentální bulimie (F50.2):

1. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
3. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
4. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivního omezování v jídle (Krch, 1999; Murphy a kol., 2010).

DSM-IV uvádí tato diagnostická kritéria pro mentální bulimii:

1. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
  - a) konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (např. během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
  - b) pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
2. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracením, zneužíváním laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
3. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
4. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
5. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch, 1999).

Stejně jako u mentální anorexie, i u bulimie rozlišujeme dva typy. Purgativní typ mentální bulimie je charakterizován pravidelným zvracením, zneužíváním laxativ nebo

diuretik, nepurgativní typ spíše přísnými dietami, hladovkami nebo intenzivním fyzickým cvičením (Eddy a kol., 2008; Krch, 1999).

### **1.1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy**

Jak již bylo zmíněno výše, existují pacienti, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria pro diagnózu mentální anorexie nebo bulimie. V MKN-10 jsou proto rozlišeny další diagnózy – atypická mentální anorexie (F50.1) a atypická mentální bulimie (F50.3) (Krch, 1999). Také v DSM-IV se setkáme s charakteristikou atypických forem poruch. Ty jsou zařazeny v kategorii EDNOS (eating disorders not otherwise specified – jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy). Do této kategorie lze zahrnout například ženy a dívky splňující kritéria mentální anorexie, u nichž je ale přítomna pravidelná menstruace, jedince splňující kritéria pro mentální bulimii, u kterých dochází k záchvatovitému přejídání méně často než dvakrát týdně po dobu tří měsíců atd. (Papežová, 2010; Wilson a kol., 2007).

Pod poruchy v kategorii EDNOS je možné zařadit také syndrom nočního přejídání (Krch, 1999).

### **1.1.4 Psychogenní přejídání**

Psychogenní přejídání (F50.4) je nemoc vedoucí k problémům s obezitou. Je pro ni typické, že se pacient neustále zabývá jídlem, vyskytuje se bažení (craving) po jídle a záchvatovité přejídání (binge eating). Klasifikace DSM-IV vyžaduje pro tuto diagnózu dva dny přejídání v týdnu v období nejméně šesti měsíců, aniž by se u nemocného vyskytly kompenzační mechanismy typu zvracení, užívání laxativ, hladovění a užívání léků. Dále je nutné splnit alespoň tři z následujících symptomů – rychlá konzumace jídla, nepříjemný pocit plnosti, jedení bez pocitu hladu, osamělá konzumace s pocity studu, pocity znechucení, viny a deprese po jídle (Papežová, 2010).

Záchvatovité přejídání se, stejně jako i ostatní poruchy příjmu potravy, vyskytuje častěji u žen. Avšak vysoké procento najdeme i mezi mužskou populací. Počátek nemoci se projevuje až ve starším věku. Ve vztahu k obezitě bylo zjištěno, že čím vyšším stupněm obezity pacient trpí, tím častější je u něho výskyt záchvatovitého přejídání (Krch, 1999).

Mezi psychogenní poruchy příjmu potravy je zařazen také syndrom nočního jedlictví, u něhož existují dva podtypy. Prvním z nich je syndrom nočního jedlictví, u kterého je primární porucha příjmu potravy. Pacient se několikrát za noc vzbudí a není schopen znovu usnout, dokud se nenají. Druhým je syndrom poruchy spánku s nočním jedlictvím, u kterého je primární poruchou parasomnie. Zatímco u prvního syndromu si je pacient zcela vědom svého přejídání, u druhého si na noční epizodu nevzpomíná (Faltus, 2007).

## **1.2 Etiologie vzniku poruch příjmu potravy**

Existuje celá řada hypotéz o možné etiologii poruch příjmu potravy. V současné době jsou poruchy příjmu potravy považovány za onemocnění bio-psycho-sociálního původu (Krch, 1999; Němečková, 2007), pro jejich vznik je tedy třeba souhry několika rizikových faktorů. Rizikový faktor je událost nebo vlastnost, která zvyšuje pravděpodobnost vzniku onemocnění (Pavlová, 2010).

### **1.2.1 Biologické faktory**

Mezi biologické faktory vzniku poruch příjmu potravy lze řadit faktory genetické a neurologické (Harrop & Marlatt, 2009; Krch, 1999; Martásková & Papežová, 2010).

Geneticky dané je pohlaví. Právě to patří mezi nejvýznamnější rizikové faktory. Podle Krcha (1999) je riziko anorexie u žen až desetkrát vyšší než u mužů, Maloney & Kranzová (1997) uvádějí, že „přibližně z 95 procent jsou mentální anorexií postiženy ženy“ (s. 68).

Dalším geneticky podmíněným znakem, který lze považovat za rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy, je tělesná hmotnost. S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá nespokojenost s vlastním tělem. Ta také souvisí s rozložením tuku v těle (Krch, 1999).

Genetické studie, zabývající se dědičností poruch příjmu potravy, prokázaly existenci genetických determinant (Harrop & Marlatt, 2009; Martásková & Papežová, 2010). Podíl dědičnosti byl odhadnut na 56-84% (Martásková & Papežová, 2010). Byl

také prokázán zvýšený výskyt poruch příjmu potravy u dívek, jejichž matky trpěly anorexií či bulimií (Harrop & Marlatt, 2009).

Většina nemocných je ve věkovém rozmezí 12-18 let (Maloney & Kranzová, 1997), proto lze také období puberty považovat za rizikový faktor. Na vzniku poruch příjmu potravy se bezpochyby podílí také zvýšená sebekritičnost dospívajících dívek, vnitřní nejistota a nízké sebevědomí (Krch, 1999).

„Poruchy příjmu potravy, a anorexie zvláště, jsou vnímány jako nemoc „bílých“ dívek“ (Pavlová, 2010, s. 37). Z provedených výzkumů vyplývá, že Afroameričanky jsou se svým tělesným vzhledem spokojenější, než „bílé“ dívky. Přesto však nebyl dostatečně prokázán vliv etnické příslušnosti na vznik poruch příjmu potravy (Pavlová, 2010).

Poruchy chuti k jídlu vedly k úvahám o souvislosti mezi vznikem poruch příjmu potravy a funkcí hypothalamo-endokrinního systému (Němečková, 2007). Charakteristickým znakem u nemocných s poruchami příjmu potravy je narušení dopaminergního systému. Stejně tak se objevují také disbalance v serotoninu, GABA systému a endogenním opioidním systému (Harrop & Marlatt, 2009; Mathes a kol., 2009).

### **1.2.2 Psychologické faktory**

Mezi psychologické faktory ovlivňující vznik poruchy příjmu potravy patří faktory emocionální, osobnost a další psychické charakteristiky (Krch, 1999).

Pacientky s mentální anorexií a bulimií trpí často úzkostnými a depresivními příznaky, přičemž známky depresí jsou výraznější u bulimie. Existuje předpoklad, že poruchy příjmu potravy a depresivní porucha mají společnou příčinu, mají však odlišnou dynamiku. Dosud nebyl u pacienta zaznamenán vznik obou poruch ve stejnou dobu. Depresivní a úzkostné příznaky u anorektiček a bulimiček jsou přímo spojeny s obavami o tělesnou hmotnost (Krch, 1999).

Existují teorie, podle kterých je patogeneze poruch příjmu potravy spojena s určitými osobnostními rysy. Pacientky trpící mentální anorexií bývají popisovány jako dívky cílevědomé, které dodržují společenské normy a rodičovské hodnoty, nemají však fantazii, vynalézavost, často o sobě mají negativní mínění a nejdeme u nich problémy s přizpůsobením se novým podmínkám. Za rizikové faktory byly označeny nadměrná

afektivní kontrola, rigidita a perfekcionismus pro mentální anorexii a afektivní nestabilita a snížená sebekontrola pro bulimii (Krch, 1999).

U pacientek trpících poruchami příjmu potravy je možné se setkat s neurotickými či obsedantními rysy, s hraniční osobností, hysterickými rysy, egocentriem, narcistickou poruchou osobnosti, sociální úzkostí. Kvůli časnému vzniku poruchy příjmu potravy často nedozraje osobnost pacientky tak, jak je tomu u zdravých jedinců. Z toho důvodu se u pacientek vyskytují různé druhy adaptačních poruch a nevyzrálé postoje (Krch, 1999).

Na vzniku poruch příjmu potravy se mohou také podílet různé životní situace. Pacienti se často zmiňují o narážkách okolí na jejich tělesný vzhled, dále o sexuálních konfliktech, ale také o nemoci v rodině, ztrátě blízké osoby, významné životní změně či osobních nezdarech (Krch, 1999). Upře-li pacientka pozornost na váhu a diety, může vytěsnit myšlenky na ostatní problémy a negativní emoce, které jsou s nimi spojené (Vodáčková a kol., 2002).

### **1.2.3 Sociální faktory**

Poruchy příjmu potravy se velmi rychle rozvíjí v zemích západního světa a v zemích, které se po druhé světové válce snažily přizpůsobit západním zemím v oblasti životního stylu a kulturních hodnot (např. Hong Kong, Japonsko, Izrael, Argentina). Bylo zjištěno, že prezentovaný módní ideál nepřímo ovlivňuje vnímání sama sebe u adolescentů. Štíhlost je jimi pak považována za prostředek k dosažení úspěchu (Krch, 1999).

„Nejenže jsou ženy stále agresivněji konfrontovány se štíhlým ideálem krásy ve sdělovacích prostředcích, ale i zobrazované modelky jsou stále hubenější... Současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující“ (Krch, 1999, s. 58).

I přes výše uvedené fakty však průměrná hmotnost populace západních zemí stále roste. Obézní lidé jsou vnímáni jako lidé líní, hloupí a oškliví. Předpojatost vůči lidem s nadváhou posiluje strach z tloušťky, stigmatizace jedinců se objevuje již v jejich dětském věku (Krch, 1999).



### **1.3 Průběh poruch příjmu potravy a jejich prognóza**

Jak již bylo výše uvedeno, poruchy příjmu potravy se poprvé objevují nejčastěji ve věku mezi dvanácti a dvaceti lety. Krch (1999) uvádí, že jak mentální anorexie, tak mentální bulimie mohou proběhnout jako jedna epizoda s úplným uzdravením, jako dlouhodobá nemoc, nebo se mohou během života krátké epizody několikrát opakovat. Plnému rozvoji nemoci přechází často období stupňujících se diet.

Předpokládá se, že bulimie má lepší prognózu a jí trpící pacientky mají vyšší šanci na uzdravení. Po deseti až patnácti letech trvání nemoci se hovoří o chronicitě. I při dlouhém trvání nemoci však může dojít ke stabilizaci pacienta, a to i při nízké aktuální váze. U mentální anorexie se setkáváme s případy, u kterých se zdravotní a psychický stav zhorší natolik, že pacient není schopen žít mimo nemocniční zařízení (Krch, 1999). Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti (Freeman, 1999).

## **2. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK**

### **2.1 Etiologie vzniku závislosti**

Příčiny vzniku závislosti na návykových látkách jsou velmi komplexní. Přístupuje se tedy k takzvanému bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu závislosti, ve kterém se kombinují vlivy biogenetické a psychosociální (Kudrle, 2003; Millerová, 2012).

#### **2.1.1 Biologické faktory**

Biologická stránka zahrnuje geneticky dané vlastnosti a predispozice, problematické okolnosti v těhotenství matky dítěte (klienta) a problémy při porodu, prodělané nemoci v dětství, neurologické vlivy (rychlost neurotransmise) a individuální rozdíly v mozku (Kudrle, 2003).

#### **2.1.2 Psychologické faktory**

Na počátku užívání návykových látek často stojí nuda, zvědavost a touha po nových zážitcích, chybění výplně volného času. Do této kategorie dále spadá přítomnost nějaké další psychické nemoci (například deprese, poruchy osobnosti, panické poruchy) či traumatu (například smrt blízké osoby, fyzické či psychické zneužívání) (Kudrle, 2008).

#### **2.1.3 Sociální faktory**

Mezi sociální faktory patří veškeré vlivy klientova okolí. Do této skupiny lze zařadit rasovou příslušnost, společenský status rodiny, prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. „Jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta“ (Kudrle, 2003, s. 92).

Velký vliv je přikládán rodině – zda jedinec vyrůstá v rodině úplné, částečné, či bez rodiny, zda mají rodiče na dítě dostatek času, jakým způsobem jej s dítětem tráví, zda dodržují rituály. Pokud je jeden z rodičů uživatelem drog, dítě je od dětství

konfrontováno s užíváním návykové látky jako s něčím běžným a často se také v pozdějším věku stává uživatelem (Kudrle, 2003).

Neopomenutelný je také vliv vrstevníků (Kudrle, 2003).

#### **2.1.4 Spirituální faktory**

Pojem spiritualita označuje vztah k něčemu, co přesahuje člověka (Kudrle, 2003). Rizikovým faktorem pro užívání návykových látek je chybění smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority (Kudrle, 2008).

Velmi často hledají jedinci jakousi transcenci, jiné nepoznané úrovně svého vědomí, které odkrývají pomocí experimentálního užívání psychotropních látek (Kudrle, 2003).

### **3. KOMORBIDITA**

Komorbidity znamená současný výskyt svou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince (WHO, 2004).

Vezme-li se v úvahu užívání návykových látek, lze definovat komorbidity dvojího druhu. Somatická komorbidity souvisí s tělesným poškozením vzniklým během užívání návykových látek (například hepatitidy). Psychiatrická komorbidity patří mezi náročná adiktologická témata a to hlavně proto, že vyžaduje zkušenosti a znalosti psychologické a psychiatrické diagnostiky. V případě, že nedojde k nalezení komorbidity, případně je špatně stanovena, může být negativně ovlivněn proces léčby i její výsledek (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

#### **3.1 Psychiatrická komorbidity u uživatelů návykových látek**

Vztah mezi užíváním návykových látek a současně se vyskytujícím psychiatrickým onemocněním byl zkoumán v mnoha studiích (Miovská, Miovský & Kalina, 2008). EMCDDA (2004) uvádí, že v Evropě 30-50% psychiatrických pacientů současně užívá návykové látky a trpí duševním onemocněním.

EMCDDA (2004) uvádí, že „u klinických vzorků drogově závislých pacientů jsou nejčastější formou komorbidity poruchy osobnosti (50–90 %), po nich následují afektivní poruchy (20–60 %) a psychotické stavy (15–20 %)“. Výzkumy také ukázaly, že psychopatologie obvykle předchází užívání návykových látek.

Tims a kol. (in Kalina, 2008, s. 75) uvádí následující psychické poruchy jako nejčastěji se vyskytující u závislých na návykových látkách (Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Nejčastější psychické poruchy vyskytující se u drogově závislých

<b>Diagnostická skupina</b>	<b>Četnost (% klientů)</b>
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně kompulzivní poruchy	6
Gambling	6
Zneužívání léků	13
Anorexie a bulimie	15
Fobie	28
Afektivní poruchy	29
Generalizovaná úzkost	34
Zneužívání alkoholu	39
Psychosexuální dysfunkce	40
Poruchy osobnosti	44

V roce 2001-2002 byl v České republice proveden výzkum týkající se psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek. Výzkumný vzorek tvořili klienti ze zařízení o.s. Sananim. Zjištěná prevalence komorbidity byla 35,5% (Mravčík a kol., 2003).

V letech 2007-2008 proběhl průzkum v zařízení CADAS, které také patří pod o.s. Sananim. Jde o ambulantní zařízení poskytující substituční léčbu. Výzkumným souborem bylo 95 klientů (žen i mužů). Výsledky byly následující (viz. Tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Psychiatrická komorbidita u klientů CADAS, o.s. Sananim (Mravčík a kol., 2008, s.73)

<b>Rozdělení dle typu diagnózy</b>	<b>Četnost (% klientů)</b>
Afektivní porucha (deprese)	66
Porucha osobnosti	43
Neurotická a stresová porucha	6
Psychóza	4
Epilepsie	3
Bez další diagnózy	18

V roce 2008 byl proveden průzkum v Psychiatrické léčebně v Brně-Černošicích. U celkem 49 pacientů s diagnózou závislosti, případně gamblingu, byly zjištěny tyto komorbidity (viz. Tabulka č. 3).

Tabulka č. 3: Psychiatrická komorbidita u pacientů Psychiatrické léčebny v Brně-Černošicích (Pokora, 2011 in Mravčík a kol., 2012).

<b>Porucha</b>	<b>Četnost (% klientů)</b>
Smíšená úzkostně-depresivní porucha	14,3
Lehká kognitivní porucha	12,2
Porucha přizpůsobení s úzkostně-depresivní symptomatologií u smíšené poruchy osobnosti	6,1
Lehká až středně těžká depresivní fáze (sekundární závislost na alkoholu)	6,1
Smíšená porucha osobnosti	4,1
Gambling se sekundárními depresivními rozladami	2
Prolongovaná porucha přizpůsobení u akcentované osobnosti	2
Rekurentní depresivní porucha	2
Schizoafektivní porucha	2

### **3.2 Psychiatrická komorbidita u poruch příjmu potravy**

U pacientů trpících poruchami příjmu potravy je také možné se setkat s psychiatrickou komorbiditou. Jak již bylo popsáno výše, častý je výskyt depresí, úzkostí, obsedantních rysů či hraniční osobnosti (Krch, 1999).

Steinhausen (2002) ve své studii uvádí, že více než polovina pacientů účastnících se studie trpí nějakou další psychickou poruchou. Následující tabulka uvádí nejčastější komorbidity u pacientů s poruchami příjmu potravy (Tabulka č. 4).

Tabulka č. 4: Psychiatrická komorbidita u poruch příjmu potravy (Steinhausen, 2002)

<b>Porucha</b>	<b>Četnost (% pacientů)</b>
Afektivní porucha	24,1
Neurotická nebo úzkostná porucha	25,5
Obsedantně-kompulzivní porucha	12
Schizofrenie	4,6
Nespecifická nebo hraniční porucha osobnosti	17,4
Histriónská porucha osobnosti	16,6
Obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti	31,4
Užívání návykových látek	14,6

Deprese jsou nejčastější diagnostikovanou poruchou u pacientů trpících anorexií a bulimií (O'Brien & Vincut, 2003). Halm a kol. (1991) uvádí, že 68% žen, které mají v anamnéze anorexii, mělo také diagnostikovanou depresi. O něco nižší prevalenci uvádí ve své práci Geist a kol. (1998), konkrétně 45%.

Deprese se mohou objevit až sekundárně jako následek somatických změn (American Psychiatric Association, 1994).

Prevalence obsedantně kompulzivní poruchy u pacientů s poruchami příjmu potravy je vyšší, než v kontrolní skupině (Halmi a kol., 1991).

Geist (1998) uvádí ve výsledcích výzkumu, kterého se zúčastnilo 120 pacientů s různými typy poruch příjmu potravy, že 37% z nich byla diagnostikována úzkostná porucha, fobie, posttraumatická stresová porucha nebo obsedantně kompulzivní porucha.

Hraniční porucha osobnosti je nejčastěji diagnostikovanou poruchou osobnosti u pacientů s poruchami příjmu potravy (O'Brien & Vincut, 2003). Ve studii, které se účastnilo 504 pacientek s některou z poruch osobnosti, bylo zjištěno, že 62% z nich splňuje kritéria DSM-III-R pro některou z poruch příjmu potravy (Zimmermann & Mattia, 1999).

Kaye a kol. (2004) provedli studii s celkem 741 pacienty s poruchami příjmu potravy. Byly zjištěny následující přidružené psychické poruchy (viz. Tabulka č. 5).

Tabulka č. 5: Psychiatrická komorbidita u pacientů s poruchami příjmu potravy (Kaye a kol., 2004)

<b>Porucha</b>	<b>Všechny typy Četnost %</b>	<b>Anorexia nervosa Četnost %</b>	<b>Anorexia nervosa i Bulimia nervosa Četnost %</b>	<b>Bulimia nervosa Četnost %</b>
Alespoň jedna diagnostikovaná úzkostná porucha	64	55	62	68
Obsedantně kompulzivní p.	41	35	44	40
Sociální fobie	20	22	23	16
Specifická fobie	15	14	18	12
Generalizovaná úzkostná porucha	10	13	10	8
Posttraumatická porucha	13	5	15	13
Panická porucha	11	9	11	11
Agorafobie	3	3	4	2

Ve studii provedené se 4075 německými obyvateli ve věku 18-64 let bylo zjištěno, že poruchou příjmu potravy trpí 27 jedinců, z nichž 12 má jednu další psychiatrickou komorbiditu, 8 má dvě nebo tři další komorbidity a 3 mají čtyři a více komorbidit. Depresivní porucha se vyskytovala u 37%, úzkostná v 52% a somatoformní porucha u 30% pacientů s poruchou příjmu potravy (John a kol., 2006).

### **3.3 Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek**

Vztah mezi poruchami příjmu potravy a užíváním návykových látek byl studován v mnoha studiích. Předpokládá se, že existuje společný základ pro vznik těchto nemocí (Corte & Stein, 2000).



### 3.3.1 Etiologie komorbidity

Mnoho žen onemocní poruchou příjmu potravy a u mnoha se současně vyskytne problém s užíváním návykové látky. V posledních dvaceti letech bylo provedeno mnoho výzkumů, které se zaměřily na komorbiditu těchto dvou nemocí.

Bylo vyřčeno několik teorií, které se snaží vysvětlit etiologii komorbidity. Harrop & Marlatt (2009) poukazují na podobnost závislosti a poruch příjmu potravy. Bulimia nervosa a anorexia nervosa purgativního typu jsou charakteristické zvýšenými behaviorálními a emocionálními dysregulacemi a také sníženou kontrolou impulzů. S tím se lze také setkat u uživatelů návykových látek. Dále se autoři soustřeďují na podobnost symptomatologie obou nemocí. Jak poruchy příjmu potravy, tak návykové poruchy jsou charakteristické rozvratem chutí a sytosti, obsesivním a kompulzivním chováním, sebedestruktivním chováním, popíráním problému a závažnými zdravotními dopady.

Harrop & Marlatt (2009) dále uvádí několik modelů, vysvětlujících vznik komorbidity.

Bio-psycho-sociální model poukazuje na podobnost symptomů u obou nemocí. U pacientů s poruchami příjmu potravy i u závislých na návykových látkách se při vzniku nemoci uplatňují genetické faktory, rodinná historie, osobnostní rysy, sociální a kulturní vlivy.

Model genetických vlivů a dědičnosti se opírá o výzkumy vědců, kteří se zabývali prevalencí výskytu poruchy příjmu potravy u dcer uživatelů návykových látek a také prevalencí výskytu užívání návykových látek u dětí matek s poruchou příjmu potravy. Ukázalo se, že u každé z nemocí se uplatňují jiné geny, mezi nimiž však existuje jisté spojení.

Biologický model poukazuje na důležitost fyziologických aspektů nemoci. Rozvrat v dopaminergním systému a následný rozvrat serotoninergního, GABAergního a endogenního opioidního systému je zřejmý jak u poruch příjmu potravy, tak u závislosti. Tento model navrhuje, že za počátek obou nemocí lze považovat právě tyto rozvraty a tím také vysvětluje podstatu komorbidity. Také poukazuje na společné tělesné projevy obou nemocí – dlouhodobé užívání návykových látek i poruchy příjmu potravy způsobují pokles váhy, snížení/ zvýšení chuti k jídlu, snížení/ zvýšení srdeční frekvence, amenoreu, únavu, nespavost, svalovou slabost, sexuální dysfunkci atd.

Osobnostní model se zaměřuje na rysy osobnosti. Jak již bylo zmíněno výše, pacientky trpící jednotlivými typy poruch příjmu potravy se mezi sebou odlišují ve svých osobnostních rysech. Ačkoli existuje řada rysů, které se vyskytují jak u pacientek s poruchami příjmu potravy, tak u závislých jedinců (negativní emotivita a afektivita, nízké sebeovládání apod.), rozdíly mezi nemocemi v této oblasti převažují a tento model není schopen relevantně vysvětlit komorbiditu.

### **3.3.2 Prevalence komorbidity**

Corte & Stein (2000) provedly v USA dotazníkovou studii, které se zúčastnilo 79 žen s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy (12 pacientek s mentální anorexií, 29 s mentální bulimií, 14 s atypickou mentální anorexií a 24 s atypickou mentální bulimií). V dotazníku zaměřeném na užívání návykových látek byly pokládány otázky na užití marihuany, alkoholu a tabáku. Bylo zjištěno, že 15% pacientek má v anamnéze nadměrné užívání alkoholu (17% ze skupiny s mentální anorexií, 7% ze skupiny s atypickou mentální anorexií, 24% s mentální bulimií a 8% s atypickou mentální bulimií). 13% pacientek v době průzkumu užívalo marihuanu, a to převážně pacientky s diagnostikovanou mentální bulimií.

V roce 2006 byla provedena studie mezi 526 vysokoškolačkami ve věku 18-25 let z Univerzity v Torontu. Podle výsledků úvodním dotazníku byly dívky rozděleny na kontrolní skupinu, ve které byly ty, které nikdy nedržely dietu, netrpěly záchvatovitým přejídáním a neužívaly laxativa nebo diuretika, dále na skupinu dívek držících diety, skupinu dívek, u kterých se objevuje přejídání bez užívání léků na hubnutí a skupinu dívek, u kterých se objevuje přejídání s užíváním hubnoucích prostředků. Každé této skupině byl rozdán dotazník zaměřený na užívání návykových látek. Tabulka č. 6 ukazuje získané výsledky. Z těchto výsledků vyplývá, že dívky držící diety a dívky trpící přejídáním, které užívají hubnoucí prostředky, užívají kokain v podstatně vyšší míře než kontrolní skupina. Kontrolní skupinu i ostatní skupiny poruch příjmu potravy výrazně převyšuje v užívání stimulantů skupina dívek držících diety. Užívání antidepressiv, analgetik, sedativ/ hypnotik a tabáku je výrazně vyšší u přejídajících se dívek, které neužívají hubnoucí prostředky, než u kontrolní skupiny, a stejně tak je tomu také u užívání tabáku. Tabák, marihuanu a stimulantia užívají ve vyšší míře než kontrolní skupina dívek, které se přejídají a používají hubnoucí prostředky.

Tabulka č. 6: Užívání návykových látek mezi studentkami Univerzity Toronto (Piran & Robinson, 2006)

<b>návyková látka</b>	<b>kontrolní skupina</b>	<b>držení diet</b>	<b>přejídání bez hubnoucích prostředků</b>	<b>přejídání s hubnoucími prostředky</b>
Alkohol	3%	9%	6%	3%
Tabák	40%	46%	60%	57%
Marihuana	41%	36%	44%	55%
Kokain	2%	14%	1%	10%
Halucinogeny/ heroin	12%	18%	16%	18%
Stimulancia/amfetaminy	5%	18%	4%	10%
Trankvilizéry	2%	5%	2%	2%
Antidepresiva	0%	0%	4%	0%
Analgetika	5%	5%	10%	7%
Sedativa/ hypnotika	3%	5%	11%	7%

V letech 2001-2002 proběhla příprava studie v pěti evropských zemích, které se zúčastnilo celkem 1664 lidí (1555 žen a 109 mužů). Výsledky 172 účastníků s diagnózou anorexia nervosa restriktivního typu, 156 s diagnózou anorexia nervosa purgativního typu, 250 s diagnózou bulimia nervosa a 201 s diagnózou EDNOS (jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy) byly porovnány s výsledky v kontrolní skupině. Nebyly zjištěny výrazné rozdíly v množství vypitých alkoholických nápojů týdně mezi kontrolní skupinou a pacienty s poruchou příjmu potravy, avšak u druhé skupiny se častěji vyskytovala častější ztráta kontroly během pití. Užívání návykových látek, ať už z pohledu celoživotní prevalence, nebo aktuálního užívání, bylo výrazně vyšší mezi lidmi diagnostikovanými s poruchou příjmu potravy. Zatímco v kontrolní skupině užívalo v době provádění výzkumu stimulanty 2,3% osob, mezi pacienty s poruchami příjmu potravy to bylo 13,6% (nejvíce ve skupině anorexia nervosa purgativního typu). Stimulanty v kontrolní skupině užívalo 1% osob, ve skupině anorexia nervosa purgativního typu 12,1%, mezi pacienty s bulimia nervosa 11,4% a mezi pacienty s EDNOS 8,3%. 29,8% pacientů s bulimia nervosa užívalo marihuanu, v kontrolní skupině bylo 20% uživatelů. Také se u pacientů s poruchami příjmu potravy

prokázalo zvýšené užívání tabáku. V této studii byla potvrzena souvislost mezi užíváním návykových látek a poruchami příjmu potravy (Krug a kol., 2008).

Rodríguez-Llera a kol. (2005) publikovali studii týkající se výskytu psychiatrické komorbidity u uživatelů heroinu ve věku 18 až 30 let. Pomocí dotazníkové studie a rozhovoru s psychiatrem bylo zjištěno, že se poruchy příjmu potravy vyskytují u 10,2% dotazovaných žen.

Sullivan a kol. (1998) ve své studii také zjistili, že se zneužívání alkoholu u anorektických pacientů vyskytuje ve výrazně vyšší míře než u kontrolní skupiny (27,1% oproti 10%). Také užívání marihuany bylo u pacientů s poruchou příjmu potravy vyšší než u zdravých jedinců.

Soubor žen mezi 15 a 40 lety s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy si pro výzkum komorbidity užívání psychoaktivních látek vybral Corcos a kol. (2001). Bylo zjištěno, že zneužívání alkoholu a závislost na něm je výrazně vyšší u bulimických pacientek (12,4%) a pacientek s purgativním typem anorexie (10,9%). Tyto dvě skupiny také zneužívají návykové látky ve větší míře, než pacientky s restriktivním typem anorexie. Tabulka č. 7 prezentuje konkrétní výsledky tohoto výzkumu. U 5,8% pacientek s purgativní bulimií a 15,7% s nepurgativní bulimií byla zjištěna závislost na dvou a více drogách.

Tabulka č. 7: Užívání návykových látek mezi pacientkami s poruchou příjmu potravy (Corcos a kol., 2001)

	<b>THC</b>	<b>stimulancia</b>	<b>kokain</b>	<b>heroin</b>	<b>opiáty</b>	<b>jiné</b>
<b>AN restriktivní</b>	3,6%	1%	0%	1,8%	1%	0%
<b>AN purgativní</b>	14,5%	9,1%	0%	0%	1,8%	0%
<b>BN purgativní</b>	11,6%	11,6%	2,3%	4,6%	3,5%	3,5%
<b>BN nepurgativní</b>	5,2%	26,3%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%

BN – bulimia nervosa, AN – anorexia nervosa

Z provedených studií vyplývá, že pacientky s bulimií mají vyšší sklon k užívání návykových látek. Holderness a kol. (1994) uvádí, že 20% žen zneužívajících návykové látky nebo závislých na návykových látkách má v anamnéze také diagnózu bulimia nervosa nebo alespoň bulimické chování. Braun a kol. (1992) uvádí, že téměř polovina pacientek s bulimií, účastnících se studie, měla problémy s alkoholem nebo návykovými

látkami, zatímco u anorektických pacientek se tento problém vyskytl pouze v 11,8%. Podobné výsledky uvádí také Bulik a kol. (1992).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. METODY VÝZKUMU

### 4.1 Výzkumné cíle

Cílem tohoto výzkumu je popsat prevalenci výskytu komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek u žen ve dvou vybraných psychiatrických léčebnách. Z dotazníkové studie dále bude možno zjistit rozdíl ve výskytu poruch příjmu potravy u pacientek, které užívaly různé druhy návykových látek.

#### 4.1.1 Výzkumné otázky

1. Jaká je míra rizika vzniku poruch příjmu potravy u léčících se uživatelék návykových látek v PL Červený Dvůr a v PL Opava?
2. U uživatelék jaké návykové látky se zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy vyskytuje nejčastěji?

### 4.2 Metody získávání dat

Pro získání výzkumných dat kvantitativní metodou jsem ve své práci použila dva testy. První část testu byla zacílena na poruchy příjmu potravy a druhá na užívání návykových látek.

#### 4.2.1 Eating attitude test (EAT-26)

EAT-26 byl publikován v roce 1982, jeho autorem je Garner a jeho kolegové (Garner & Garfinkel, 1982). Test je sestaven z úvodních otázek (věk, výška, aktuální váha, nejvyšší a nejnižší dosažená váha, ideální váha) a dále z otázek vypovídajících o jídelním chování, jídelních postojích, vztahu k jídlu a k vlastnímu tělu. Otázky

v posledním oddíle se týkají diagnostikovaných poruch příjmu potravy a kombinace více poruch.

Tento test je standardizován pro populaci ve Spojených státech amerických, je však pro hodnocení jídelních postojů užíván i u nás. Bývá používán k detekci onemocnění (Papežová, 2010).

Dotazník lze vyhodnotit dvěma způsoby, a to celkovým skóre, nebo jako tři samostatné oddíly (viz. Tabulka č. 4) (Allison & Baskin, 2009).

Tabulka č. 8: Škály dotazníku EAT-26 podle Allison & Baskin (2009)

Dietní chování	1	6	7	10	11	12	14	16	17	22	23	24	25	celkem
Bulimie a zaujetí potravou	3	4	9	18	21	26								celkem
Orální kontrola	2	5	8	13	15	19	20							celkem
Celkem bodů														

#### 4.2.2 Maudsley addiction profile (MAP)

Tento dotazník byl vytvořen na základě strukturovaného rozhovoru. Jeho autory jsou Marsden a kol. Je rozčleněn do čtyř částí, které jsou zaměřeny na užívání drog, rizikové chování, fyzické a psychické zdraví a osobní a sociální fungování.

První část, zaměřená na užívání drog, obsahuje otázky na druh návykové látky, četnost užití drog v období 30 dnů před nástupem do léčby, množství drogy během typického dne, způsob užívání, věk prvního užití a délku užívání.

Ve druhé části, týkající se rizikového chování, jsou pacienti dotazováni na nitrožilní užívání a jeho četnost, sdílení injekčního náčiní, nechráněný pohlavní styk a počet sexuálních partnerů, vše opět v období 30 dnů před nástupem léčby.

Otázky ve třetí části jsou zaměřeny na fyzické (nechutenství, bolesti žaludku, kloubů, kostí, zubů, chvění, třes atd.) a psychické (pocity napětí, strachu, nervozity, samoty atd.) potíže v posledních 30 dnech.

Ve čtvrté části jsou pokládány otázky týkající se osobního a sociálního fungování pacienta. Zaměřují se na kontakt s rodinou, partnerem, přáteli, na četnost konfliktů, na chybění v práci. Jsou zde také otázky na zdroje financí na získávání drog, na bydlení před léčbou a na trestnou činnost.

### **4.3 Metody analýzy dat**

Výsledky z dotazníkové studie byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel 2010 do grafů a tabulek. Pro vyhodnocení dat byla použita shluková a deskriptivní analýza.

### **4.4 Proces získávání dat**

Dotazníková studie v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr proběhla v březnu 2013. V Psychiatrické léčebně Opava proběhl sběr dat v dubnu 2013. V průběhu vyplňování dotazníků jsem byla přítomna na odděleních. Vyplňování dotazníků trvalo přibližně 45 minut, některé pacientky měly dotazy týkající se správného pochopení otázek, které jsem zodpověděla.

Návratnost dotazníků byla 100%, žádná z pacientek neodmítla účast na výzkumu.

### **4.5 Výzkumný soubor**

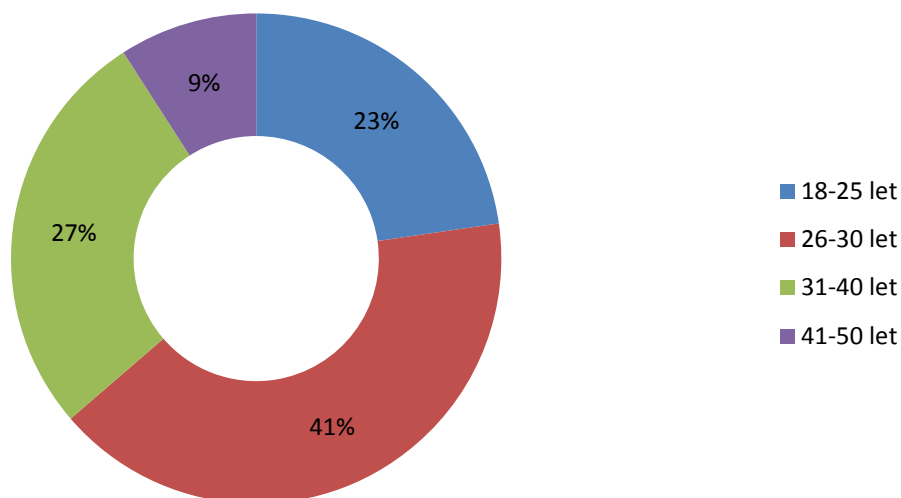
#### **4.5.1 Psychiatrická léčebna Červený Dvůr**

Dotazník vyplnilo celkem 22 respondentek z oddělení A.

Věkové rozložení vzorku ukazuje graf č. 1. Nejmladší respondentce bylo 19 let a nejstarší 50 let. Průměrný věk byl 28,4 let. Z grafu č. 1 je zřejmé, že nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 26-30 let (40,9%). Žen ve věku 31-40 let bylo 27,2%, ve věku 18-25 let 22,7% a nejméně bylo žen ve věkové skupině 41-50 let.

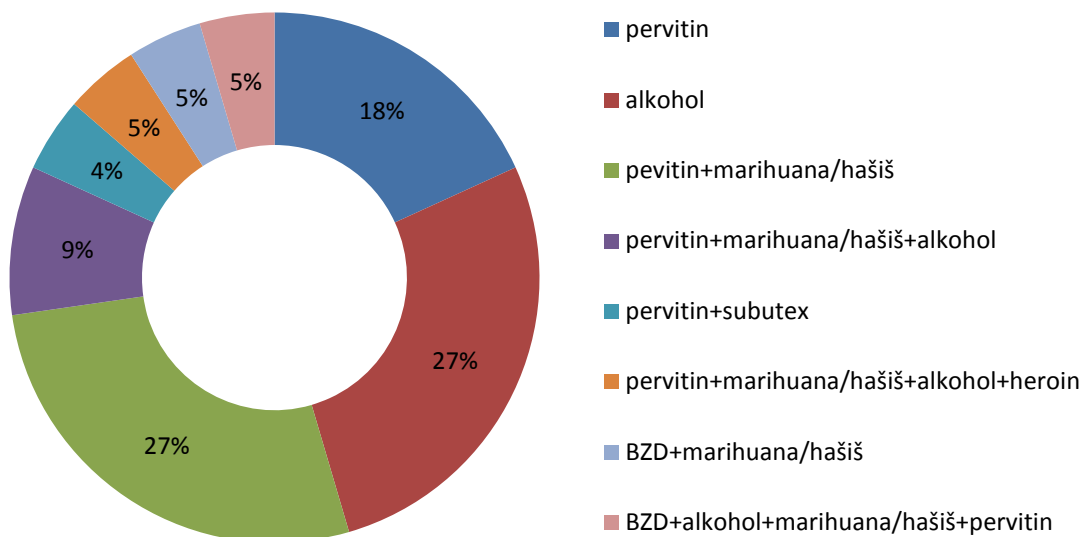


Graf č. 1: Věkové rozložení respondentek z PL Červený Dvůr



Pacientky byly nejčastěji přijaty do léčby se závislostí na pervitinu. Graf č. 2 uvádí rozložení návykových látek, které pacientky během svého života užívaly.

Graf č. 2: Návykové látky užívané pacientkami hospitalizovanými v PL Červený Dvůr

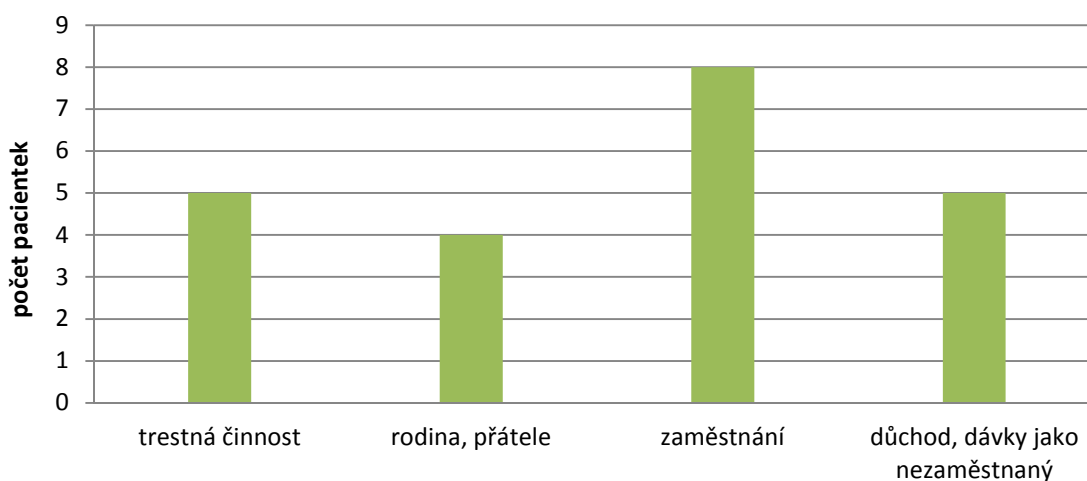


Ani jedna z injekčních uživatelék drog nepoužila na aplikaci drogy jehlu, kterou dříve použil někdo jiný.

V období 30 dnů před léčbou spáchalo trestný čin 5 patientek (22,7%). Nejčastěji šlo o krádeže v obchodě, dvě pacientky prodávaly a distribuovaly drogy a jedna je vyráběla. Na šest patientek je uvalena exekuce.

Způsob financování drog patientkami uvádí Graf č. 3.

Graf č. 3: Zdroje peněz na drogy u patientek v PL Červený Dvůr



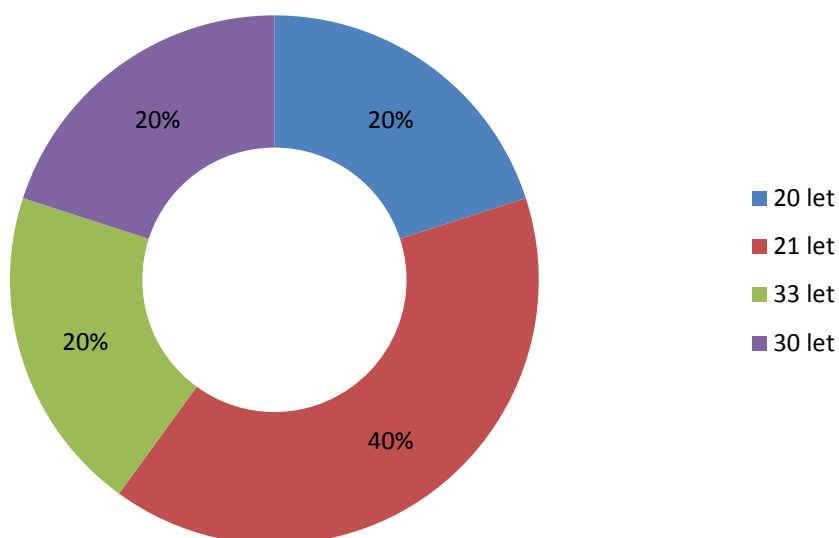
Deset patientek žilo před nastoupením léčby ve vlastním bytě nebo v dlouhodobém podnájmu. Pět patientek žilo se svými rodiči nebo přítelem. Pět patientek pobývalo ve squatu nebo toxi- bytě, jedna v institucionalizovaném bydlení a jedna ve vazbě.

#### 4.5.2 Psychiatrická léčebna Opava

Dotazník vyplnilo celkem šest respondentek z oddělení 16. Jeden dotazník musel být vyřazen z důvodu neúplného vyplnění údajů.

Graf č. 4 ukazuje věkové rozložení patientek. Průměrný věk patientek byl 25 let. Nejmladší pacientce bylo 20 let, nejstarší 33 let.

Graf č. 4: Věkové rozložení respondentek v PL Opava



Všechny pacientky byly přijaty do léčby se závislostí na pervitinu. Jedna užívala ústy nebo nosem, zbylé čtyři užívaly injekčně. Tyto uvedly, že během třiceti dnů před léčbou nepoužily jehlu, kterou již použil někdo jiný. Všechny také užívaly marihuanu/hašiš.

Čtyři z respondentek spáchaly v období třiceti dnů před léčbou trestný čin. Tři prováděly krádeže v obchodě, jedna distribuovala a prodávala drogy. Ani jedna nemá v současné době problémy se zákonem.

#### Způsob financování drog pacientkami v PL Opava

Tři respondentky uvedly jako zdroj příjmu na nákup drog trestnou činnost a peníze od rodiny či přátel. Dvě získávaly finance od rodiny a přítele.

Čtyři respondentky pobývaly před nástupem do léčby v dočasně pronajatém bytě, jedna ve squatu.

## 5. Etické normy a pravidla výzkumu

Pacientky byly seznámeny s účelem dotazníkového šetření. Byla jim zaručena anonymita, v dotaznících nebyly požadovány žádné osobní údaje. Vyplněné dotazníky byly samotnými pacientkami vkládány do boxu a vyhodnoceny byly později. Participace patientek byla zcela dobrovolná.

## 6. Výsledky výzkumu

### 6.1 Výzkumná otázka č. 1

Jaká je míra rizika vzniku poruch příjmu potravy u léčících se uživatelů návykových látek v PL Červený Dvůr a v PL Opava?

V testu EAT-26 bylo sledováno BMI (body mass index) patientek (Tabulka č. 9), dále bylo hodnoceno celkové skóre a také skóre jednotlivých oddílů (dietní chování, bulimie a trvalé zaujetí jídlem, orální kontrola).

Tabulka č. 9: BMI patientek v PL Červený Dvůr a PL Opava

BMI		Počet patientek v PL Č. Dvůr	Počet patientek v PL Opava
pod 18,5	podváha	0	0
18,5 – 24,9	norma	12	5
25 – 29,9	nadváha	4	0
30 – 34,9	obezita	5	0
35 – 39,9	závažná obezita	1	0
40 a více	těžká obezita	0	0

Tabulka č. 10 popisuje sklon k dietám mezi patientkami v PL Červený Dvůr a Opava. Je zřejmé, že patientky tvoří rozmanitou skupinu. Nejnižší skóre bylo 0 a nejvyšší 15 z celkových možných 39 bodů. V PL Opava nezískaly tři patientky (60%)

v otázkách zaměřených na dietní chování žádný bod a vykazují tedy jen mírný sklon k dietám. Dvě pacientky (40%) naopak vykazují vysoký sklon k dietám. Jejich skóre bylo 5 a 19 bodů.

Tabulka č. 10: Sklon k dietám u patientek v PL Červený Dvůr a Opava

<b>skóre</b>	<b>míra závažnosti</b>	<b>četnost (%) v PL Č. Dvůr</b>	<b>četnost (%) v PL Opava</b>
0 – 1	mírný sklon k dietám	36,4	60
2 – 4	střední sklon k dietám	22,7	0
5 a více	velký sklon k dietám	40,9	40

Sklon k bulimickému chování a trvalému zaujetí potravou u patientek je popsán v Tabulce č. 11. Mírné riziko vykazovalo 59,1% patientek z PL Červený Dvůr. Méně než polovina patientek vykazovala střední a velké riziko k bulimickému chování. V PL Opava vykazoval mírné a střední riziko stejný počet patientek, jedna pacientka (20%) s 10 body z otázek zaměřených na bulimické chování vykazovala vysoké riziko ke vzniku bulimického chování.

Tabulka č. 11: Sklon k bulimickému chování u patientek PL Červený Dvůr a Opava

<b>skóre</b>	<b>míra rizika</b>	<b>četnost (%) v PL Č. Dvůr</b>	<b>četnost (%) v PL Opava</b>
0 – 1	mírné riziko	59,1	40
2 – 3	střední riziko	22,7	40
4 a více	velké riziko	18,2	20

Poslední kategorií je sklon k orální kontrole (Tabulka č. 12). Také v této kategorii je mírná míra rizika sklonu k orální kontrole u velkého počtu patientek ze souboru. Pro PL Červený Dvůr jde o 63,6% patientek. Přibližně jedna třetina dotazovaných vykazovala střední a vysoké riziko. Také v PL Opava má nejvíce patientek pouze mírné riziko vzniku orální kontroly. Střední a velké riziko vykazují dvě pacientky.

Tabulka č. 12: Sklon k orální kontrole u pacientek PL Červený Dvůr a Opava

skóre	míra rizika	četnost (%) v PL Č. Dvůr	četnost (%) v PL Opava
0 – 1	mírné riziko	63,6	60
2 – 3	střední riziko	22,8	20
4 a více	velké riziko	13,6	20

Při hodnocení celkového skóre testu EAT-26 dosáhly pouze dvě pacientky z PL Červený Dvůr skóre 20 a více bodů, tedy takového, které naznačuje zvýšené riziko ke vzniku poruchy příjmu potravy. V PL Opava dosáhla skóre nad 20 bodů jedna pacientka, na rozdíl od pacientek z PL Červený Dvůr však její skóre dosahovalo výrazně vyšší bodové hodnoty - 39 bodů.

Na otázku, zda některá z pacientek trpěla v posledních šesti měsících stavy přejídání, při nichž měla pocit, že nemůže přestat jíst, odpovědělo 10 (tedy 45,5%) pacientek z PL Červený Dvůr a 4 (80%) pacientky z PL Opava kladně.

Tři pacientky (13,6%) z PL Červený Dvůr a jedna (20%) z PL Opava uvedly, že v posledních šesti měsících užily laxativa, dietní pilulky nebo diuretika. Všechny tři byly uživatelkami pervitinu.

Jedna pacientka z PL Červený Dvůr a dvě z PL Opava uvedly, že měly v posledních šesti měsících snahu se vyzvracet, aby kontrolovaly svou váhu.

Jedna z pacientek v PL Červený Dvůr uvedla, že byla léčena s poruchou příjmu potravy ve svých 12 letech, z PL Opava byla také léčena pro poruchu příjmu potravy jedna pacientka, a to ve svých 15 letech.

## 6.2 Výzkumná otázka č. 2

U uživatelék jaké návykové látky se zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy vyskytuje nejčastěji?

Výsledky testu EAT-26 pro jednotlivé oddíly dotazníku jsou uvedeny v Tabulce č. 13, Tabulce č. 14 a Tabulce č. 15.

Tabulka č. 13: Sklon k dietám u pacientek z PL Červený Dvůr a Opava – rozdělení podle návykových látek

<b>míra závažnosti</b>	<b>četnost celkem</b>	<b>návyková látka</b>	<b>četnost</b>
<b>mírný sklon k dietám</b>	40,75% (n=11)	Pervitin	9,1%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	54,5%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	9,1%
		Pervitin + subutex	9,1%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	0%
		BZD + marihuana/ hašiš	0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	18,18%
<b>střední sklon k dietám</b>	18,5% (n=5)	Pervitin	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	20%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	20%
		Pervitin + subutex	20%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	0%
		BZD + marihuana/ hašiš	0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	20%
<b>velký sklon k dietám</b>	40,75% (n=11)	Pervitin	27,27%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	27,27%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	18,18%
		Pervitin + subutex	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	9,1%
		BZD + marihuana/ hašiš	0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	18,18%

BZD = benzodiazepiny

Tabulka č. 14: Sklon k bulimickému chování u pacientek z PL Červený Dvůr a Opava – rozdělení podle návykových látek

<b>míra rizika</b>	<b>četnost celkem</b>	<b>návyková látka</b>	<b>četnost</b>
<b>mírné riziko</b>	55,56% (n=15)	Pervitin	20%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	33,3%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	20%
		Pervitin + subutex	6,6%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	0%
		BZD + marihuana/ hašiš	6,6%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	6,6%
		Alkohol	6,6%
<b>střední riziko</b>	22,2% (n=7)	Pervitin	14,3%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	42,85%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	0%
		Pervitin + subutex	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	0%
		BZD + marihuana/ hašiš	0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	42,85%
<b>velké riziko</b>	22,2% (n=5)	Pervitin	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	40%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	20%
		Pervitin + subutex	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	20%
		BZD + marihuana/ hašiš	0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	20%

BZD = benzodiazepiny



Tabulka č. 15: Sklon k orální kontrole u pacientek z PL Červený Dvůr a Opava – rozdělení podle návykových látek

míra rizika	četnost celkem	návyková látka	četnost
<b>mírné riziko</b>	59,25% (n=16)	Pervitin	12,5%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	37,5%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	12,50%
		Pervitin + subutex	6,25%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	6,25%
		BZD + marihuana/ hašiš	0,0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	6,25%
		Alkohol	18,8%
<b>střední riziko</b>	22,2% (n=7)	Pervitin	28,6%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	28,57%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	28,57%
		Pervitin + subutex	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol + heroin	0%
		BZD + marihuana/ hašiš	0%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	14,28%
<b>velké riziko</b>	22,2% (n=4)	Pervitin	0%
		Pervitin + marihuana/ hašiš	50%
		Pervitin + marihuana/ hašiš + alkohol	0%
		Pervitin + subutex	0%
		Pervitin + marihuana/hašiš + alkohol + heroin	0%
		BZD + marihuana/hašiš	25%
		BZD + marihuana/ hašiš + alkohol + pervitin	0%
		Alkohol	25%

BZD = benzodiazepiny

V PL Červený Dvůr užívaly pervitin čtyři pacientky. Jejich průměrný věk byl 25 let, nejmladší bylo 19 a nejstarší 29 let. Všechny užívaly drogu nitrožilně s četností 5-7 dnů v týdnu. Tři ze čtyř pacientek vykazují vysoký sklon k dietám. V bodování dosáhly 11-13 bodů z možných 39. V případě rizika pro sklony k bulimickému chování a orální kontrole vykazují pacientky mírné a střední riziko. V PL Opava neužívala samotný pervitin žádná z pacientek.

Současné užívání pervitinu a marihuany/hašiše uvedlo v PL Červený Dvůr šest pacientek. Jejich průměrný věk byl 26,83 let. Pět užívalo pervitin ústy nebo nosem, jedna nitrožilně. Jedna užívala pervitin s četností 7 dní v týdnu, jedna s četností 6 dní v týdnu, ostatní maximálně 3 dny v týdnu. V PL Opava užívalo pervitin a marihuanu/hašiš všech pět respondentek. Pervitin užíly nejméně čtyřikrát týdně, marihuanu s četností maximálně sedm dní v měsíci. Vysoký stupeň sklonu k dietám vykazovaly dvě pacientky v každé z léčeben, u jedné z každé léčebny se vyskytlo také vysoké riziko bulimického chování a orální kontroly.

Dvě pacientky uvedly mezi drogy užívané před nástupem do léčby pervitin, marihuanu/hašiš a alkohol (v míře problémového užívání). Průměrný věk těchto pacientek je 24 let. Jedna užívala pervitin šestkrát týdně, druhá dvakrát týdně. Obě ho buď kouřily, nebo šňupaly. Jedna užívala marihuanu každý den, jedna šestkrát týdně, alkohol užívala jedna každý den a druhá čtyřikrát týdně. Jedna z pacientek vykazuje vysoký sklon k dietnímu (15 bodů) i bulimickému (7 bodů) chování. Druhá vykazuje střední stupeň rizika u diet i bulimického chování. Mírný stupeň sklonu k orální kontrole vykazují obě pacientky.

Šest pacientek z PL Červený Dvůr se léčí se závislostí na alkoholu. Jejich průměrný věk je 36,5 let. Všechny užívaly před léčbou minimálně čtyřikrát týdně v dávkách 1,5-3 litry vína za den. Vysoký sklon k dietám vykazují dvě pacientky, které však výrazně nepřevyšují bodovou hranici pro zařazení do této skupiny (získaly 5 a 6 bodů z 39). Jedna pacientka vykazuje vysoký stupeň rizika pro bulimické chování a jedna pro orální kontrolu.

Jedna pacientka v PL Červený Dvůr označila v dotazníku užívání pervitinu (s frekvencí dvakrát týdně) a subutexu, který užívala každý den. Jak pervitin, tak subutex užívala injekčně. Výsledky testu EAT-26 jsou následující: sklon k dietnímu chování – 2 body (střední stupeň rizika), bulimické chování a orální kontrola 0 bodů.

Jedna pacientka z PL Červený Dvůr uvedla v dotazníku každodenní užívání alkoholu (v dávkách 1 litr vína denně) a marihuany/hašiše (v dávce 2 g/ den). 3 krát týdně užívala nosem pervitin a dvakrát týdně nosem heroin. V testu EAT-26 dosáhla 20 bodů (14 bodů – sklon k dietnímu chování, 5 bodů – bulimické chování a 1 bod orální kontrola).

Jedna pacientka z PL Červený Dvůr uvedla v dotazníku užívání benzodiazepinů a marihuany/hašiše, obě s četností 5 krát týdně. Benzodiazepiny užívala ústy nebo

injekčně. V testu EAT-26 vykazovala vysoký stupeň rizika pro orální kontrolu (4 body), v otázkách zaměřujících se na bulimické chování a sklony k dietám získala 0 bodů.

Jedna pacientka v PL Červený Dvůr označila v dotazníku užívání alkoholu (4 krát týdně čtyři piva), benzodiazepinů (2 krát týdně dva prášky), pervitinu (3 krát týdně 0,5 g) a marihuany/hašiše (2 krát týdně). Pervitin užívala nosem nebo nitrožilně. V testu EAT-26 získala pouze jeden bod a to v otázce týkající se orální kontroly.

## 7. Diskuze a závěry

Cílem této práce bylo zjistit míru rizika vzniku poruch příjmu potravy u pacientek dvou psychiatrických léčeben hospitalizovaných se závislostí a určit, s jakou návykovou látkou je riziko vzniku poruch příjmu potravy spojeno nejvíce.

V PL Červený Dvůr na oddělení A se léčí pacientky-toxikomanky i pacientky s alkoholovou závislostí. V PL Opava na oddělení 16 se léčí toxikomanky. Dotazníky vyplnilo celkem 28 pacientek, 22 z PL Červený Dvůr a 6 z PL Opava. Jeden z dotazníků od respondentek z Opavy musel být pro neúplné vyplnění vyřazen.

Předně bylo třeba zjistit informace týkající se užívání návykových látek mezi pacientkami. Tyto informace byly získány z dotazníku MAP (Marsden,1998). Šlo jednak o informace o návykových látkách, které pacientky užívaly, o rizikovém chování, fyzickém a psychickém stavu pacientek a o jejich osobním a sociálním fungování. Nejvíce pacientek před léčbou užívalo pervitin. V PL Červený Dvůr šlo o 68% pacientek, v PL Opava o 100%. Pervitin byl často užíván společně s marihuanou/hašišem, v PL Opava tuto kombinaci užívalo 100% pacientek, v PL Červený Dvůr 45,545%. Užívání alkoholu uvedlo v PL Červený Dvůr 27,3% pacientek.

Cílem vyplnění testu EAT-26 (Garner, 1982) bylo zjištění BMI pacientek (Tabulka č. 9), míry rizika vzniku poruch příjmu potravy a souvislost mezi konkrétními návykovými látkami a zvýšeným rizikem vzniku poruchy příjmu potravy. Bylo zjištěno jednak celkové skóre testu a jednak skóre v každé ze tří částí – dietní chování, bulimické chování, orální kontrola. Celkovou hodnotu dvaceti bodů, jejíž překročení naznačuje přítomnost poruchy příjmu potravy, přesáhly celkem tři pacientky, dvě z PL Červený Dvůr a jedna z PL Opava, tedy 11% ze všech respondentek. Tento výsledek přibližně odpovídá výzkumu, který provedl Tims a kol. (in Kalina, 2008) a jehož výsledky jsou uvedeny v Tabulce č. 1.

Míru sklonu k dietám v obou psychiatrických léčebnách ukazuje Tabulka č. 10, v Tabulce č. 11 a 12 jsou uvedeny míry rizika sklonu k bulimickému chování a orální kontrole. V okruhu otázek zaměřených na držení diet vykazovala největší část pacientek velký sklon k dietnímu chování (40,9% v PL Červený Dvůr). V druhých dvou okruzích vykazovalo nejvíce pacientek mírné riziko vzniku bulimického chování a orální kontroly.

Vysoký sklon k dietám vykazovalo celkem 11 pacientek, tedy 40,75%. Největší podíl v této skupině pak tvořily pacientky, které před léčbou nadužívaly pervitin (27,27%) a pervitin v kombinaci s marihuanou a hašišem (27,27%). Nejvyšší počet bodů (14) v otázkách zaměřených na dietní chování získala pacientka, která nadužívala alkohol, marihuanu/ hašiš, heroin a pervitin.

Vysoké riziko vzniku bulimického chování vykazovalo celkem pět pacientek, z nichž 40% před léčbou užívalo pervitin v kombinaci s marihuanou/ hašišem. Zde nebyl prokázán výrazný vztah mezi konkrétní návykovou látkou a vysokým rizikem pro bulimické chování. Střední riziko vzniku bulimického chování vykazovalo celkem sedm pacientek a lze vyzorovat vyšší četnost pacientek užívajících alkohol. Lze tedy říci, že existuje vztah mezi užíváním alkoholu a bulimickým chováním. S podobnými výsledky přišly i jiné studie (Arias a kol., 2009; Braun a kol., 1992; Bulik a kol., 1992; Corcos a kol., 2001). Nejvyšší podíl pacientek ve skupině nízké, střední i vysoké riziko ke vzniku bulimického chování byl ze skupiny pacientek, které před léčbou užívaly pervitin v kombinaci s marihuanou/ hašišem.

Vysoký stupeň orální kontroly vykazovaly pouze čtyři pacientky. Největší podíl pacientek vykazoval mírné riziko vzniku orální kontroly. Největší podíl pacientek pro nízké, střední i vysoké riziko pro vznik orální kontroly byl opět ze skupiny uživatelé pervitinu a marihuany/ hašiše.

Ze zjištěných výsledků je tedy pravděpodobné, že existuje vztah mezi výskytem dietního chování, bulimického chování i orální kontroly a užíváním pervitinu. Je známo, že při dlouhodobém užívání pervitinu dojde k výraznému poklesu váhy. Toto může způsobit zkreslený pohled pacientek na jejich tělo. Při vyplňování dotazníku jedna pacientka v PL Opava podotkla, že „na peřích jsem měla o dvacet kilo méně, to bylo akorát, teď jsem začala zase normálně jíst a jsem tlustá“. Při následném vyhodnocování BMI pacientek z Opavy však všem vyšla dle tabulek ideální váha.

Ačkoli byly dotazníky rozdány ve dvou zařízeních, celkový počet pacientek nebyl příliš vysoký. Z důvodu malého vzorku lze tedy výsledky těžko porovnávat s již provedenými studiemi. Také rozdíl mezi vztahem jednotlivých návykových látek a sklonem k dietnímu chování, bulimickému chování nebo orální kontrole nejsou nijak signifikantní. Pro specifitější výsledky by bylo dobré provést výzkum ve více psychiatrických léčebnách, případně provést výzkum také například v o.s. Anabell a porovnat prevalenci užívání návykových látek u pacientek s poruchami příjmu potravy.

## 8. Použité zkratky

AN	Anorexia nervosa
BN	Bulimia nervosa
BZD	Benzodiazepiny
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – 4. Vydání
EMDCCA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize
PL	Psychiatrická léčebna

## 9. Literatura

**Allison, D. B., Baskin, M. L. (2009).** Handbook of assesment methods for eating behaviors and weight-related problems: measure, theory and research. Second edition. California: Sage Publications.

**Arias, J. E., Hawke, J. M., Arias, A. J., Kaminer, Y. (2009).** Eating disorder symptoms and acohol use among adolescents in substance abuse treatment. *Substance abuse: Research & Treatment*, 3, 81-91

**Attia, E., Walsh, T. (2007).** Anorexia nervosa. *American journal of psychiatry*, 164, 12, 1805-1810

**Braun, D., Sunday, S., Halmi, K. (1994).** Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*;24:859-867

**Bulik, C. M., Sullivan, P. F., McKee, M., Wehzin, T. E., Kaye, W. H. (1992).** Characteristics of bulimic women with and without alcohol abuse. *American journal of drug and alcohol abuse* 20:273-283

**Corte, C., Stein, K. F. (2000).** Eating disorders and substance use. An examination of behavioreel associations. *Eating behaviors I*, 173-189

**Corcos, M., Nezelof, S., Speranza, M., Topa, S., Girardon, N., Guilbaud, O. a kol. (2001).** Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eating behaviors* 2, 27-38

**Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B. (2008).** Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *American journal of psychiatry*, 165, 2, 245-250

**EMCDDA (2004).** Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. *Drugs in Focus*, 14. Lisabon: EMCDDA.

**Geist, R., Davis, R., Heinmann, M. (1998).** Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian journal of psychiatry*, 43, 507-512

**Faltus, F. (2010).** Historie poruch příjmu potravy. In: Papežová a kol. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada publishing.

**Faltus, F. (2007).** Syndrom nočního jedlíví. *Česká a slovenská psychiatrie*, 6, 291-296

**Freeman, Ch. P. (1999).** Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: Krch, D.F. a kol. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada publishing.

**Fridell, M., Nilson, M. (2004).** Komorbidita: Užívání drog a duševní poruchy. Podceňovaný zdravotní problém. Praha: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti.

**Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Kohen, J. (1991).** Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 48, 712-718

**Harrop, E. N., Marlatt, G. A. (2009).** The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive behaviors*, 35, 392-398

**Holdemess, C., Brooks-Gunn, J., Warren, M. (1994).** Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: Review of the literature. *International journal of eating disorders* 1994;16:1-34

**Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. (2004).** Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American journal of psychiatry*, 161, 12, 2215-2221



**Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J., Rissanen, A. (2007).** Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American journal of psychiatry*, 164, 8, 1259-1265

**Krch, D. F. (1999).** Vymezení poruch příjmu potravy. In: Krch, D. F. a kol. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada publishing.

**Krch, D. F. (1999).** Etiologie a komorbidita. In: Krch, D. F. a kol. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada publishing.

**Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M. a kol. (2008).** Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1),169-179

**Kudrle, S. (2003).** Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.

**Kudrle, S. (2008).** Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada publishing

**Maloney, M., Kranzová, R. (1997).** O poruchách příjmu potravy. Havlíčkův Brod: Nakladatelství lidové noviny.

**Martásková, D., Papežová, H. (2010).** Genetické aspekty poruch příjmu potravy. In: Papežová, H. a kol. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada publishing.

**Mathes, W. F., Browley, K. A, Mo, X., Bulik, C. M. (2009).** Binge eating. *Appetite*, 52, 545-553

**Millerová, G. (2011).** Adiktologické poradenství. Praha: Galén

**Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008).** Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

**Mravčík, V., Chonymová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2008).** Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 [Annual Report on Drug Situation 2007 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

**Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003).** Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 [Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

**Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., Faiburn, Ch. G. (2010).** Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric clinics of North America journal*, 33, 611-627

**Němečková, P. (2007).** Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 155-157

**Papežová, H. (2010).** Průběh a vyústění onemocnění poruch příjmu potravy od remise k invalidizaci. In: Papežová, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada publishing.

**Papežová, H. (2010).** Diagnostika poruchy příjmu potravy. In: Papežová, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada publishing.

**Pavlová, B. (2010).** Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: Papežová, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada publishing.

**Piran, N., Robinson, S. R. (2006).** Association between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive behaviors*, 31, 1761-1775

**Steinhausen, H. Ch. (2002).** The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry*, 2002;159:1284-1293

**Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L., Pickering, A. (1988).** Outcome of anorexia nervosa: A case-control study. *The american journal of psychiatry*, 155, 7, 939-946

**Ulrich, J., Meyer, Ch., Rumpf, H.-J., Hapke, U. (2006).** Psychiatric comorbidity including nicotine dependence among individuals with eating disorder criteria in an adult general population sample. *Psychiatry research*, 141, 71-79

**Vodáčková, D. a kol. (2002).** Krizová intervence. Praha: Portál.

**World Health Organization (2004).** Neuroscience of Psychoactive Substance Use and dependence. Geneva: World Health Organization.

**Zimmermann, M., Mattia, J. I. (1999).** Axis I comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 40, 245-252

## 10. Přílohy

### 10.1 Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Nejčastější psychiatrické poruchy vyskytující se u drogově závislých
- Tabulka č. 2 Psychiatrická komorbidita u klientů CADAS, o.s. Sananim
- Tabulka č. 3 Psychiatrická komorbidita u pacientů Psychiatrické léčebny v Brně-Černošicích
- Tabulka č. 4 Psychiatrická komorbidita u poruch příjmu potravy
- Tabulka č. 5 Psychiatrická komorbidita u pacientů s poruchami příjmu potravy
- Tabulka č. 6 Užívání návykových látek mezi studentkami Univerzity Toronto
- Tabulka č. 7 Užívání návykových látek mezi pacientkami s poruchou příjmu potravy
- Tabulka č. 8 Škály dotazníku EAT-26
- Tabulka č. 9 BMI pacientek v PL Červený Dvůr a PL Opava
- Tabulka č. 10 Sklon k dietám u pacientek v PL Červený Dvůr a Opava
- Tabulka č. 11 Sklon k bulimickému chování u pacientek PL Červený Dvůr a Opava
- Tabulka č. 12 Sklon k orální kontrole u pacientek PL Červený Dvůr a Opava
- Tabulka č. 13 Sklon k dietnímu chování u pacientek z PL Červený Dvůr a Opava – rozdělení podle návykových látek
- Tabulka č. 14 Sklon k bulimickému chování u pacientek z PL Červený Dvůr a Opava – rozdělení podle návykových látek
- Tabulka č. 15: Sklon k orální kontrole u pacientek z PL Červený Dvůr a Opava – rozdělení podle návykových látek

### 10.2 Seznam grafů

- Graf č. 1 Věkové rozložení respondentek z PL Červený Dvůr
- Graf č. 2 Návykové látky užívané pacientkami hospitalizovanými v PL Červený Dvůr
- Graf č. 3 Zdroje peněz na drogy u pacientek v PL Červený Dvůr
- Graf č. 4 Věkové rozložení respondentek v PL Opava

## 10.3 Dotazníky

### 10.3.1 EAT-26

#### The Eating Attitude Test (EAT-26)

Garner, D. M. a kol., (1982)

**Věk:**

**Výška:**

**Aktuální váha:**

**Nejvyšší váha:**

**Nejnižší váha:**

**Ideální váha:**

#### 1. Mám obavy z toho, že mám nadváhu.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 2. Vyhýbám se jídlu, když jsem hladová.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 4. Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

#### 5. Děním si jídlo na malé části.

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**6. Uvědomuji kalorickou hodnotu jídla, které jím.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (př. pečivo, brambory).**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**8. Mám pocit, že ostatní chtějí, abych více jedla.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**9. Po jídle zvracím.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**10. Cítím pocit viny, když se najím.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**11. Jsem posedlá touhou být štíhlejší.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**12. Při cvičení myslím na spalování kalorií.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**13. Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubená.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**14. Jsem posedlá myšlenkou, že mám příliš mnoho tuku na svém těle.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**15. Jím déle než ostatní.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**16. Vyhýbám se jídlu s obsahem cukru.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**17. Jím dietní jídla.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**18. Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**20. Cítím, že ostatní na mě vyvíjí tlak, abych jedla.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**21. Věnuji příliš mnoho času a pozornosti jídlu.**

- |            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| a. vždy    | c. často | e. zřídka |
| b. obvykle | d. někdy | f. nikdy  |

**22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.**

- |         |          |           |
|---------|----------|-----------|
| a. vždy | c. často | e. zřídka |
|---------|----------|-----------|

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**23. Držím diety.**

a. vždy

c. často

e. zřídka

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**24. Mám ráda, když mám prázdný žaludek.**

a. vždy

c. často

e. zřídka

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**25. Po jídle mám nutkání ke zvracení.**

a. vždy

c. často

e. zřídka

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**26. Ráda zkouším nová obsahově bohatá jídla.**

a. vždy

c. často

e. zřídka

b. obvykle

d. někdy

f. nikdy

**V posledních 6 měsících jste:**

**A. Trpěla stavy přejídání, kdy jste měla pocit, že nemůžete přestat?** ( Jím mnohem více než by většina lidí jedla za stejných okolností.)

a. ano

b. ne

Pokud jste odpověděla ano, jak často během „nejhoršího“ týdne:

**B. Měla snahu se vyzvracet, abyste kontrolovala svoji váhu nebo postavu?** a. ano

b. Ne

Pokud jste odpověděla ano, jak často během „nejhoršího“ týdne:

**C. Použila laxativa, dietní pilulky nebo diuretika pro kontrolu vaší váhy nebo postavy?**

a. ano

b. Ne

Pokud jste odpověděla ano, jak často během „nejhoršího“ týdne:

**D. Byla léčena pro poruchy příjmu potravy? Kdy:**



### 10.3.2 MAP

#### Maudsley addiction profile

Marsden, J. a kol. (1998)

Datum:

#### A. UŽÍVÁNÍ DROG

<b>Droga</b>	<b>Jak často jste užila drogu posledních 30 dní před léčbou?</b> (vyberte z nabídky pod tabulkou a napište příslušné číslo)	<b>Množství užitých během typického dne</b>	<b>Jakým způsobem jste užila drogu?</b> (vyberte z nabídky pod tabulkou a napište příslušné číslo)	<b>Věk prvního užití?</b>	<b>Délka užívání (roky)?</b>
<b>Alkohol</b>					
<b>Heroin</b>					
<b>Metadon</b>					
<b>Subutex</b>					
<b>Benzodiazepiny</b>					
<b>Pervitin</b>					
<b>Marihuana, hašiš</b>					
<b>Těkavé látky</b>					
<b>Jiné – jaké?</b>					

#### Četnost užití:

Každý den...**30**      6 dnů v týdnu...**26**      5 dnů v týdnu...**21**      4 dny v týdnu...**17**  
3 dny v týdnu...**13**      2 dny v týdnu...**9**      7 dnů...**7**      6 dnů...**6**      5 dnů...**5**  
4 dny...**4**      3 dny...**3**      dva dny...**2**      1 den...**1**      ani jednou...**0**

#### Způsob užití:

Ústí...**1**      nosem...**2**      kouření...**3**      nitrožilně...**4**      do svalů...**5**

#### B. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Počet dnů v posledních 30 dnech před léčbou, kdy jste užívala drogu nitrožilně:

Kolikrát jste užila drogu injekčně během jednoho typického dne v posledních 30 dnech před léčbou?

Kolikrát jste si v posledních 30 dnech před léčbou aplikovala jehlu, kterou použil dříve někdo jiný?

S kolika lidmi jste měla pohlavní styk bez použití kondomu v posledních 30 dnech před léčbou?

Kolikrát jste měla sex bez použití kondomu v posledních 30 dnech před léčbou?

### C. ZDRAVÍ

Jak často jste v posledních 30 dnech měla tyto zdravotní potíže?

#### **Nechutenství**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Únava/ vyčerpání**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Pocit na zvracení**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Bolesti žaludku**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Obtíže s dechem**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Bolesti na hrudi**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Bolesti kloubů/ kostí**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Bolesti svalů**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Necitlivost/ brnění v končetinách**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Chvění, třes**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Bolesti zubů**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

Jak často se u vás v posledních 30 dnech vyskytly tyto emoční a psychické stavy?

#### **Pocit napětí**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Náhlé vyděšení bez důvodu**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Pocit strachu**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Vnitřní nervozita**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Období strachu nebo paniky**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

#### **Pocit beznaděje z budoucnosti**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

**Pocity vlastní neschopnosti**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

**Pocity nezájmu o cokoli**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

**Pocit samoty**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

**Myšlenky, že by bylo lepší skončit se životem**

a) Nikdy      b) zřídka      c) někdy      d) často      e) stále

**D. OSOBNÍ A SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ**

Kolik dnů jste byla v kontaktu s partnerem (osobně nebo telefonicky) za posledních 30 dnů před léčbou?

Jak často jste měla s partnerem konflikty (např. vážné hádky) – uveďte ve dnech.

Jak často jste se stýkala s rodinou za posledních 30 dní před léčbou? Uveďte počet dnů.

Jak často jste měla se členy rodiny konflikt? Uveďte ve dnech.

Jak často jste měla kontakt s přáteli za posledních 30 dní před léčbou? Uveďte počet dnů.

Jak často jste měla s přáteli konflikt? Uveďte ve dnech.

Uveďte počet dnů placené práce za posledních 30 dní před léčbou.

Uveďte počet dnů chybění v práci z důvodu nemoci nebo pro nepovolenou absenci za posledních 30 dní před léčbou.

Uveďte počet dnů nezaměstnanosti za posledních 30 dní před léčbou.

Z jakých zdrojů jste získávala peníze v posledních 30 dnech před léčbou? (je možné vybrat více možností)

a) ze zaměstnání      b) dávky jako nezaměstnaný/sociálka      c) nemocenská  
d) důchod      e) od rodiny, partnera, přátel      f) z trestné činnosti  
g) z prostituce h) z jiných zdrojů. Jakých?

Kde jste bydlela v posledních 30 dnech před léčbou?

a) vlastní byt, dlouhodobý pronájem      b) dočasně pronajatý byt, půjčený byt  
c) squat, toxi- byt      d) institucionalizované bydlení (azylové domy, ubytovny, nemocnice)  
e) vězení, vazby, policejní stanice      f) žádné bydlení      g) jiné- jaké?

Spáchané trestné činy v posledních 30 dnech před léčbou

<b>Trestný čin</b>	<b>Počet dnů</b>	<b>Počet spáchaných trestných činů v typický den</b>
<b>Prodej a distribuce drog</b>		
<b>Výroba drog</b>		
<b>Podvod/padělání</b>		
<b>Krádež v obchodě</b>		
<b>Krádež z bytu/vloupání</b>		
<b>Krádež z auta</b>		
<b>Krádež auta</b>		
<b>Loupežné napadení</b>		
<b>Kradení někoho</b>		
<b>Jiné:</b>		

Máte v současné době problémy se zákonem?

- a) bez problémů      b) probíhající trestní stíhání      c) ochranná léčba  
d) podmíněný trest      e) nepodmíněný trest – celkem měsíců:  
f) obecně prospěšné práce      g) exekuce