

Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění



CHLÁDKOVÁ, N., MIOVSKÝ, M.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Citace: Chládková, N., Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), 22–32.

VÝCHODISKA: Výzkum komorbidity okruhu poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek je tématem nabývajícím na větším významu stále častějším výskytem v klinické praxi. Závislost na návykových látkách a poruchy příjmu potravy mají obdobnou etiologii a velmi často spolu úzce souvisejí. **CÍLE:** Cílem explorační studie bylo zjistit u žen trpících poruchami příjmu potravy (ve specializovaném provozu pro léčbu poruch příjmu potravy) současné užívání nějaké návykové látky. Dále pak popsat, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy a preferencí určité drogy, a popsat, která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu. **METODY:** Aplikována byla testová baterie složená z dotazníku EAT-26, AUDIT a zkrácené verze dotazníku Maudsley Addiction Profile. Druhý zdroj dat tvoří rozhovor a následná kazuistika klientky s komorbiditou psychogenního přejídání a polymorfního užívání návykových látek

v anamnéze. Třetím zdrojem informací o této problematice bylo uskutečnění ohniskové skupiny. **SOUBOR:** Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 respondentek. Ohniskové skupiny se zúčastnily čtyři pacientky a rozhovoru jedna pacientka. Složení dle diagnózy je 20 dívek s mentální anorexií, 12 s mentální bulimií a 3 s psychogenním přejídáním. **VÝSLEDKY:** Dvě respondentky potvrdily zkušenosti s užíváním metamfetaminu. Osm respondentek má zkušenost s marihuanou. Třináct respondentek uvádí užívání laxativ, většina z nich v nadměrných denních dávkách. Studie potvrdila, že více mají předpoklady k nadužívání alkoholu pacientky s mentální bulimií. **ZÁVĚRY:** Užívání návykových látek se ve zkoumaném vzorku ukázalo jako poměrně časté. Studie splnila cíl a popsala prevalenci léčených pacientek s adiktologickou komorbiditou ve specializovaném zařízení.

KLÍČOVÁ SLOVA: KOMORBIDITA – PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – ANOREXIE – BULIMIE – PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ – UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Došlo do redakce: 8 / ČERVEN / 2016

Přijato k tisku: 24 / BŘEZEN / 2017

Grantová podpora: Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Korespondenční adresa: Mgr. Nikola Chládková / nikola.chladkova@vfn.cz / Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

● 1 ÚVOD

Komorbidita je závažným psychiatrickým problémem, jedná se o výskyt více diagnóz u jedné osoby. Její nediagnostikování může velmi zkomplikovat a prodloužit dobu léčeni. Dílčím cílem práce je upozornit na vzrůstající četnost výskytu komorbidity poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek, vést odborníky k časnému rozpoznání, diagnostikování a léčbě problému. Psychiatrickou komorbiditou podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2004) rozumíme výskyt dvou či více psychických poruch u jednoho jedince. Abychom byli schopni rozpoznat a diagnostikovat komorbiditu, je potřeba mít rozsáhlé znalosti v oblasti psychologie i psychiatrie. Zanedbaná diagnostika či nediagnostikování jedné z poruch vede k prodloužení a zkomplikování celého léčebného procesu. Je potřeba na tuto oblast vždy myslet a pacienta se doptávat již při zjišťování a vytváření anamnézy. Při špatné diagnostice může dojít k zastavení léčebného procesu, v horším případě neúspěchu v léčbě a poškození pacienta. Kalina (2008) píše, že velkou chybou je, když nerozpoznáme, že k depresivní poruše ještě nasedá neléčená závislost na alkoholu. V naší studii se mj. zabýváme vztahem duševního onemocnění a závislosti a naopak vztahem závislosti a duševního onemocnění. Studie (Miovská, Miovský & Mravčík, 2006) naznačuje, že míra důsledné diagnostiky komorbidních poruch není dostatečná, dochází ke zkreslování údajů o psychiatrické komorbiditě u pacientů užívajících drogy, což následně ovlivňuje výsledky léčby. Vztah duševního onemocnění a závislosti je popisován u osob, kde se již dříve vyskytla nějaká duševní porucha a později se přidala závislost na některé návykové látce. Výskyt problému s návykovými látkami je častější u osob s psychiatrickou diagnózou než u běžné populace, jak popisuje například Kalina (2008). To se týká také osob trpících poruchami příjmu potravy, častěji žen. Vztah návykového chování a duševní choroby se vyskytuje u osob, které už nějakou návykovou látku užívaly nebo na ní byly závislé (často stále jsou) a později se u nich vyskytla duševní nemoc.

Komorbidita u poruch příjmu potravy výrazně zhoršuje prognózu a průběh onemocnění. Je potřeba časná diagnostika a vytvoření individuálního léčebného plánu, ale také motivace klienta. Obecně lze tvrdit, že většina duševních problémů zvyšuje možnost problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci a léčbu. Mezi časté kombinace poruch, s kterými se běžně v praxi setkáváme, patří poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu anebo drogách. Výskyt je častější u žen (Nešpor, 2003). Bylo zjištěno, že alkohol nejčastěji užívají ženy trpící bulimií a záchvatovitým přejídáním. Komorbidní poruchy mohou posloužit k rozvoji hypotéz o etiologii poruch příjmu potravy. Mohou mít také společnou etiologii, přičemž jejich rizikové faktory mohou být částečné nebo úplně stejné. Na druhé straně mohou mít rozdílnou etiologii a na sobě nezávislé rizikové faktory. Výskyt jedné poruchy může zvýšit ri-

ziko výskytu poruchy druhé (například chronické držení diety může zvýšit pravděpodobnost vzniku afektivní poruchy). Komorbidní porucha může změnit klinický obraz poruchy příjmu potravy, a to buď bezprostředně, anebo po remisi. Existence komorbidní poruchy k poruše příjmu potravy má vliv na délku a průběh onemocnění a na prognózu. Z těchto aspektů vyplývá nutnost léčby obou poruch a rozvoj diferenciálních terapeutických konceptů.

U poruch příjmu potravy je častou komorbiditou zneužívání návykových látek a alkoholu. U bulimických pacientek je zneužívání a závislost na návykových látkách více časté a patrné. Závislostní chování můžeme pozorovat u 30–37 % bulimických pacientek, a to převážně jako následek poruchy příjmu potravy. Jiný výzkum (Holderness et al., 1994) zaznamenal u 20–25 % žen s bulimií v anamnéze nadužívání drog a alkoholu. Naopak u pacientek, které se léčí ze závislosti na psychoaktivních látkách, zjišťovala komorbidní přítomnost poruchy příjmu potravy Pecinová (1999). Mentální bulimie se vyskytovala u 16,9 % pacientek v prvoléčbě a u 25,4 % pacientek, které se léčily opakovaně. Pravděpodobnost vzniku závislosti na některé návykové látce včetně alkoholu je u bulimiček až 7x vyšší než u anorektiček. „*Závislost na alkoholu i drogách může poruše příjmu potravy předcházet, vznikat při jejím léčení nebo existovat současně. Vznikne často ze snahy řešit alkoholem a drogami zvýšenou chuť k jídlu, jídlo nahradit drogou pro získání lepší kontroly nad jídlem nebo snášet lépe restriktci jídla*“ (Papežová, 2012, p. 35). Tento problém vyústí v potíže nejen fyzické, ale i psychické a případně zkomplikuje léčbu.

Výzkumná studie byla realizována na pacientech Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze – na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy. První autorka diskutovala výzkumné zaměření a problematiku popisované komorbidity s profesorkou Papežovou a doktorem Krchem.

Cílem výzkumu je popsat v práci prevalenci žen trpících poruchami příjmu potravy a zároveň užívajících nějaké návykové látky včetně alkoholu. Cílem je též popsat, zda existuje rozdíl mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy a preferencí určité drogy. Výzkumné otázky: (1) Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog? (2) Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu? (3) Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN?

● 2 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ETIKA VÝZKUMNÉ STUDIE

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 35 respondentek. Výzkumný soubor byl sestaven pomocí metody prostého náhodného výběru. Ohniskové skupiny se zúčastnily čtyři pacientky a rozhovoru jedna pacientka (tyto byly vybrány z důvodu přítomnosti komorbidní závislosti na některé ná-

Tabulka 1 / Table 1

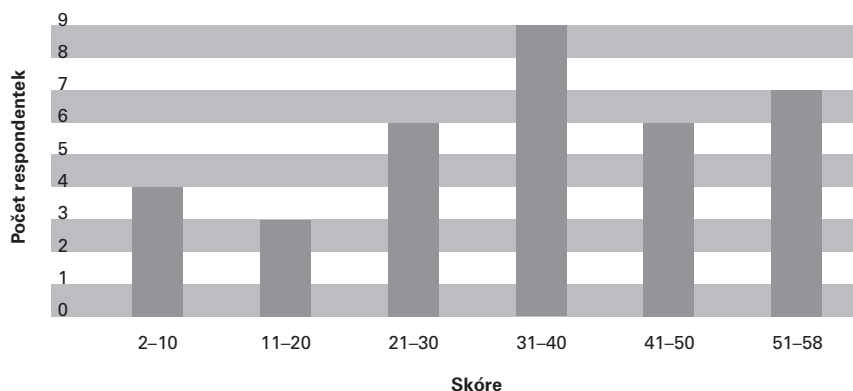
Celkové skóre EAT-26 u jednotlivých poruch
Total EAT-26 score per disorder

Diagnóza	Skóre					
	2–10	11–20	21–30	31–40	41–50	51–58
Mentální anorexie	3	1	3	7	2	4
Mentální bulimie	1	0	2	2	4	3
Psychogenní přejídání	0	2	1	0	0	0
Celkem	4	3	6	9	6	7

vykové látce). Zároveň všechny tyto pacientky vyplnily baterii dotazníků. Věkové složení výzkumného souboru se pohybuje od 18 do 57 let. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou je 18–21 let, téměř polovina celého souboru. Šest respondentek tvoří věkovou skupinu 22–25 let, pět tvoří skupinu 26–29 let, tři 30–33 let a dvě 34–37 let. Třem nejstarším pacientkám je 40, 43 a nejstarší 57 let. Věkový průměr výzkumného souboru je 25,49 se zaokrouhlením na dvě desetinná místa.

Celkem dvacet účastnic výzkumu se léčí s diagnózou mentální anorexie, dvanáct s diagnózou mentální bulimie a tři s psychogenním přejídáním. Z celkových výsledků testu EAT-26 jsme vytvořili tabulku, kde rozdělujeme respondentky podle diagnózy a počtu dosažených bodů v celkovém hodnocení (*tabulka 1*).

V testu lze získat nejvíce 78 bodů. Respondentky v tomto výzkumu získaly nejvíce 58 bodů, což je vysoký skór. Nejvíce pacientek s mentální anorexií, celkem 35 %, získalo celkové skóre 31–40, ale 20 %, což je také mnoho, získalo 51–58 bodů, tedy nejvyšší skór. Nejvíce, celkem 33,33 % pacientek s mentální bulimií, získalo skór 41–50 a 25 % pacientek s mentální bulimií získalo 51–58 bodů, nejvyšší skór. Nejvíce pacientek s psychogenním přejídáním, tedy dvě třetiny, získaly v testu 11–20 bodů. Procentuálně nejvyšší skór v testu vykazují pacientky s mentální bulimií, dále pacientky s mentální anorexií a nejméně pacientky s psychogenním přejídáním. Pro přehlednost jsou celkové výsledky testu zobrazeny v *grafu 1*.

**Graf 1 / Graph 1**

Celkové skóre EAT-26
Total EAT-26 score

Veškeré dotazníky jsou anonymní. Pacientky je vyplňovaly dobrovolně. Účastnice ohniskové skupiny a rozhovoru podepsaly informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a souhlasily s nahráváním na diktafon. Rozhovory byly přepsány a jména změněna, aby nebylo možné identifikovat respondentky a bylo chráněno jejich soukromí. Respondentky byly informovány o účelech výzkumu a o možnosti v případě zájmu obdržet dílčí výsledky studie. Případné okamžité komplikace účastníků studie, které by při výzkumu mohly nastat, by byly okamžitě ošetřeny intervencí první autorky nebo ošetřujícím personálem.

● 3 METODY ZÍSKÁVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Data byla získávána ze tří různých zdrojů, které byly vzájemně triangulovány. Jedná se o kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu (Miovský, 2006). Prvním zdrojem je baterie dotazníků. Patří sem EAT-26, dotazník pro zjištění poruchy příjmu potravy a její závažnosti (Garner et al., 1982). Druhým dotazníkem je AUDIT, orientační dotazník ke zjištění míry potíží s užíváním alkoholu (Babor et al. & WHO, 1989) a posledním je dotazník na užívání drog – zkrácená verze Maudsley Addiction Profile (Marsden et al., 1998). Druhým zdrojem informací pro studii byla ohnisková skupina (Morgan, 2001) složená ze čtyř pacientek z oddělení a stacionáře pro léčbu poruch příjmu potravy, které trpí komorbiditou PPP a užíváním alkoholu nebo mají v anamnéze abúzus návykové látky. A posledním zdrojem je polo-

strukturovaný rozhovor (Seidmann, 1997) s klientkou, která trpí komorbiditou PPP s užíváním drog. Sběr dotazníků, ohnisková skupina i rozhovor s klientkou byly uskutečněny na Psychiatrické klinice 1. LF a VFN na oddělení 3 pro poruchy příjmu potravy a na stacionáři.

Ke zjištění jídelních návyků jsme použili test EAT-26. Skládá se z 26 otázek. Dá se hodnotit komplexně i rozdělit na jednotlivé subškály. Subškály jsou celkem tři a jedná se o dietní chování, bulimii a trvalé zaujetí potravou (sklon k záchvatům přejídání) a orální kontrolu. Aby se dalo uvažovat o poruše příjmu potravy, musí respondent dosáhnout v testu alespoň dvaceti bodů. Čtrnáct respondentek získalo méně než dvacet bodů, ale přesto se léčí s poruchou příjmu potravy a často s velice nízkým BMI. Aby byl tento test validní, vyžaduje, aby testovaná osoba odpovídala pravdivě a byla motivovaná nechat se poznat. Výsledky tedy ukazují na určité zkreslení. Patientky s poruchami příjmu potravy mají velice porušené vnímání svého těla a svých stravovacích návyků, proto možná jejich odpovědi v dotazníku neodpovídaly objektivní realitě, i když mohly mít snahu odpovídat pravdivě dle subjektivně vnímané reality a představě o sobě a svém těle. Dotazníky byly anonymní, nebyl tedy důvod k záměrnému zkreslování výsledků.

Pro analýzu dat jsme zvolili program Microsoft Excel 2010. Provedli jsme zde matematicko-statistickou analýzu dat získaných z dotazníkového šetření. Data jsou pro přehlednost vizualizována pomocí tohoto programu do tabulek a grafů. Ohnisková skupina a rozhovor s pacientkou byly nahrány na diktafon a následně přepsány. Doplňují dotazníkový výzkum o další informace.

Výzkum probíhal od listopadu 2014 do února 2015 na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Na tomto oddělení první autorka absolvovala dlouhodobou psychologickou stáž. Jejich návratnost byla 100 %. Dotazníky byly anonymní. Ohniskové skupiny se zúčastnily 4 vybrané pacientky a rozhovoru jedna pacientka. Dotazníky vyplňovaly náhodné pacientky, tedy bez informace o jejich zkušenostech a užívání návykových látek. Do ohniskové skupiny byly vybrány pacientky, o kterých jsme věděli, že mají potíže s pitím alkoholu nebo užívání drog. Podle drogové anamnézy jsme vybrali i pacientku, která se zúčastnila rozhovoru.

● 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

● 4 / 1 Ohnisková skupina

Ohniskové skupiny se zúčastnily celkem čtyři pacientky. Dvě z nich byly hospitalizované na oddělení pro poruchy příjmu potravy a dvě docházely do stacionáře. O pacientkách z oddělení budeme psát jako o Daniele a Barboře (změnili jsme jejich jména, abychom ochránili jejich identitu). Daniela se léčí s psychogenním přejídáním a Barbora s mentální anorexií, ale hned na začátku udává, že se její

diagnóza střídá, že už trpěla i bulimií a přejídáním a nadměrným pitím alkoholu. Pacientkám ze stacionáře budeme říkat Tina a Kateřina. Tina dochází na stacionář kvůli mentální anorexii, purgativního typu. Kateřina bojuje s psychogenním přejídáním. Daniele je 40 let, Barboře 43 let, Tině 18 let a Kateřině 24 let. Tyto pacientky jsme vybrali do ohniskové skupiny kvůli jejich anamnéze, kde se vyskytuje užívání drog nebo nadměrné pití alkoholu. Některé z nich jsme také vyšetřovali a měli s nimi rozhovor. S některými z nich první autorka pracovala též motivačně směrem k abstinenci a docházení na protialkoholní skupiny. To vše během své dlouhodobé praxe, kterou na psychiatrické klinice absolvovala od října 2014 až do května 2015.

Na ohniskovou skupinu jsme si připravili několik témat, o kterých pacientky debatovaly. První se týkalo zkušenosti s drogami, alkoholem a léky. Druhou otázkou bylo, jak pacientky vnímají užívání návykových látek v kontextu se svou poruchou příjmu potravy. Patientky se shodly, že je to velmi podobné, že obojí má závislostní charakter. A je jedno, jestli je člověk zrovna závislý na jídle, na alkoholu nebo na drogách. Diskuse se přesunula k tématu alkohol, kdy pacientky zjistily, že každá měla trochu jiné důvody k pití. Kateřina udává, že zapíjela hlavně úzkost a myšlenky na jídlo. Alkohol používala jako sebededikaci nepříjemných stavů, se kterými si nevěděla rady. Barbora udává, že večere nejedla dlouhodobě, ne kvůli pití alkoholu. Ví, že alkohol má více kalorií než běžná večere. Alkohol pila večer při práci a byl to její rituál, který ji uklidňoval. Tina naopak tvrdí, že ze strachu z kalorií z alkoholu nejedla, aby si mohla dopřát o to více alkoholu. Později trpěla vyčerpaností, měla kruhy pod očima a jen ležela. Další otázka byla, zda si pacientky myslí, že byl dřív problém s návykovými látkami nebo s jídlem. Tři ze čtyř se shodly, že jídlo bylo prvním problémem. O tomto tématu píšeme ve výsledcích práce, u výzkumné otázky číslo tři. Na závěr pacientky diskutovaly nad problematikou proalkoholní společnosti a o tom, že vnímají alkohol všude kolem sebe a lidé se bez něj neumí bavit. Pak se také dotkly tématu kocoviny, kdy Kateřina přiznala, že měla tak špatné stavy, že opakovaně pomýšlela i na sebevraždu. Ostatní souhlasí. Tina říká, že někdy měla deprese a špatné stavy, i když se opila.

● 4 / 2 Kazuistika

Pro kazuistiku jsme vybrali pacientku z oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. Tato pacientka se léčí s diagnózou psychogenní přejídání a od 17 let užívala různé drogy, včetně metamfetaminu a heroinu. Budeme o ní psát jako o Daniele. Nyní jí je 40 let. Na tomto oddělení se léčila poprvé. Už se jednou léčila v psychiatrické nemocnici s depresemi, její bývalý přítel totiž spáchal sebevraždu. Byl to také uživatel drog. Se závislostí na drogách se nikdy neléčila, i když užívala s pauzami mnoho let. Na oddělení poruch příjmu potravy strávila standardní dobu léčby, dva měsíce, byla

motivovaná, účastnila se veškerého programu a byla ochotná poskytnout rozhovor a spolupracovat na studii. Její zakázkou v léčbě bylo naučit se zdravým jídelním návykům a přestat se přejídat. Její tři přání jsou být opět ve formě, cítit se lépe a být spokojená.

Rodinná anamnéza: Otec v dětství pacientku bil a hodně pil. Pacientka vzpomíná, jak ho v dětství chodila často vyzvedávat z hospody. Byl zřejmě závislý na alkoholu, ale nikdy se neléčil. Matka vystudovala střední školu, nikdy se na psychiatrii neléčila. Daniela má jednu mladší sestru, se kterou má normální vztahy, příliš se nevidají. Říká, že její sestra byla vždycky ta hezčí, lepší a šikovnější, že se s ní celé dětství srovnávala a záviděla jí její postavení v rodině. Daniela má osmnáctiletou dceru, která jí byla ve třech letech odebrána kvůli užívání drog a vedení nespořádaného života. Je v péči otce, Danielina bývalého přítele. Vídá se s ní, chodí ji navštěvovat na kliniku. Říká, že mají hezký vztah, má dceru velice ráda, chce se uzdravit a abstinovat hlavně kvůli ní. Rodina je bez psychiatrické heredity v širším příbuzenstvu.

Osobní anamnéza: Porod a perinatální vývoj proběhl v normě. Psychomotorický vývoj přiměřený. Prodělala běžné dětské nemoci. Dosud vážněji nestonala. Od dětství má astma bronchiální, poslední záchvat měla před dvěma roky. Při zneužívání metamfetaminu měla opakovaně epileptické záchvaty, naposledy v roce 2008. Neprodělala závažnější operace a úrazy. Neužívá pravidelně žádné léky. K abúzu návykových látek: je exkuřák. Kouřila 15–20 cigaret denně od 17 do 39 let. Alkohol pila od 17 do 39 let, jedenkrát týdně 5 piv nebo litr vína nebo čtyři panáky lihoviny. Za poslední rok pije asi jednou měsíčně 4 del vína. Od 20 do 23 let a potom od 27 do 39 let potvrzuje ranní doušky a palimpsesty. Také zažila tahy, odvykací stavy. Nebyla nikdy na záchytné stanici. Neměla delirium. Z drog užívala THC, heroin, LSD, MDMA, BZD, tramadol. Udává, že vyzkoušela vše, co sehnala, co bylo zrovna na trhu. Metamfetamin užívala od 18 let s mezerami (od 23 do 27 let) do minulého roku. Naposledy užila metamfetamin 2/2014. Abstinovat se jí dařilo, když byla těhotná a kojila. A nyní se již cítí na užívání drog stará a chce se chovat zodpovědně kvůli dceři.

Průběh života: Z dětství vzpomíná nejraději na babičku a prázdniny u ní na venkově. Ve škole měla nejraději přestávky, učení ji příliš nebavilo. Vzpomíná, že ji učitelka ponižovala a mlátila ukazovátkem. Pokračovala na středním odborném učilišti, kde se věnovala biochemii. K oboru získala vztah hlavně kvůli drogám. Školu nedokončila. Živila se brigádami, jako prodavačka, dispečerka, jinak příliš ne, protože hodně fetovala, jak sama udává. Vztahy v rodině byly na hraně. S otcem nebyly moc dobré. Otec ji vychovával jen násilnou formou a hodně ji bil. Vzpomíná, že už tehdy používala jídlo k uklidňování se. Když se blížila hodina, kdy otec přicházel domů, jedla, aby zahnila stres. Když byla v 6. třídě ZŠ, tak se rodiče rozvedli. Otec pil ještě víc, každý

víkend byl opilý. Vzpomínky na něj má hlavně, jak on sedí v hospodě a ona ho vyzvedává. S matkou také neměla ideální vztah, dlouho si myslela, že ji matka nemá ráda. Neví proč, pořád byla ta špatná a její sestru měla radši. Vztah se sestrou byl relativně dobrý. Má jednu dceru, která je od svých 3 let v péči otce. V roce 2003 se jí oběsil přítel, protože se s ním chtěla rozejít. Byli oba uživatelé drog a ona chtěla začít abstinovat, on ne, proto chtěla rozchod. Po této události se zhroutila a byla týden hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Nyní bydlí s rodiči bývalého přítele. Kontakty se svou rodinou udržuje. Sexuální iniciaci datuje na 17. rok věku, vztahy měla uspokojivé, teď asi rok žádné vztahy nemá. Ke kriminální anamnéze: V roce 2008 byla v podmínce, za krádež léků k výrobě drog. Říká, že nemá žádné zájmy. Na oddělení si ale našla možnost docházet na cvičení a rehabilitace. K selfkonceptu: Snaží se být pozitivní, i když to občas nezvládá. Myslí si o sobě, že je veselý člověk.

Psychiatrická anamnéza: První obtíže se objevily v 17 letech, cítila se podle svých slov „naducaná“. Když začala užívat drogy, tak hubla. Později si brala metamfetamin, aby hubla. Vyhovovalo jí, že nemusela mnoho dní vůbec jíst. Ale když drogu vysadila, dostavil se velký hlad, a pak se opět začala přejídat, tak po čase opět sáhla po droze. Tento začarovaný kruh trval mnoho let. Abstinovala v období těhotenství a kojení. Daniela má za sebou jeden suicidální pokus, říká, že byl demonstrativní, v afektu, po hádce s přítelem. Byla na chirurgii, ale ne na psychiatrii. V roce 2003 byla týden v PN Bohnice v Centru krizové intervence, kdy se jí zabil přítel oběšením, protože se s ním chtěla rozejít. Zhroutila se a propadla do depresivního stavu. Na otázky poruch příjmu potravy v rodině říká, že babička byla tlustá a matka „jako já“. Daniela nyní váží 95,5 kg, cílová hmotnost je 75 kg, maximální 98 kg a minimální 57 kg.

Nynější onemocnění: Daniela má pocit, že nezvládá svoje stavy přejídání. Neví, zdali je to vinou úzkosti nebo deprese. Přejídá se kvůli psychickým potížím, zajíždá své emoce. Ráno nejí, potom se nají až odpoledne, a to tolik, že jí bývá špatně. Jí do té doby, co je v lednici něco k jídlu. Vyzkoušela už různé diety, ale nepomohly jí, nebo se po jejich skončení váha opět vrátila.

Pozorování psychického stavu: Pacientka Daniela je lucidní, vigilní, orientovaná, spolupracující, její odpovědi jsou adekvátní a bez latencí, oční kontakt navazuje a udrží. Je bez úzkosti a tenze. Bez poruch vnímání nebo myšlení. Poruchy spánku neguje.

Závěr a doporučení: Pacientka trpí mnoho let komorbiditou poruchy příjmu potravy s užíváním různých návykových látek, zejména metamfetaminu a alkoholu. Nyní abstinuje a je motivovaná řešit hlavně problém s psychogenním přejídáním. Na klinice původně vůbec nechtěla řešit potíže s návykovými látkami a byla překvapená, když byla oslovena. Tyto dvě poruchy spolu úzce souvisí, obzvláště v tomto případě, kdy drogy sloužily k regulaci váhy. Pa-

Tabulka 2 / Table 2

Užívání drog
Substance abuse

Droga	Diagnóza			Celkem
	Mentální anorexie	Mentální bulimie	Psychogenní přejídání	
Heroin	0	0	0	0
Metadon	0	0	0	0
Subutex	0	0	0	0
BZO	0	1	0	1
Metamfetamin	0	1	1	2
Marihuana, hašiš	1	6	1	8
Těkavé látky	0	0	0	0
Léky podporující hubnutí (anorektika, laxativa...)	7	5	1	13
Jiné – jaké?	2	0	1	3
Celkem	8	13	3	27

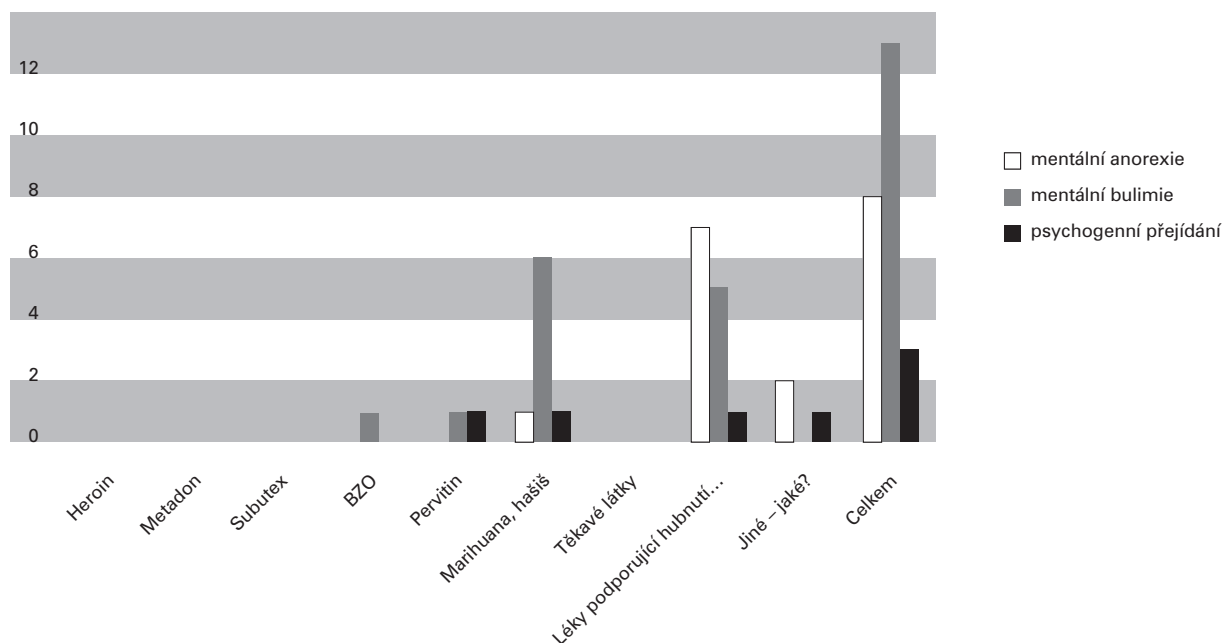
cientka byla o tomto faktu poučena a ochotně začala navštěvovat i skupiny pro komorbidní pacientky v Apolináři, aby řešila i tento problém. V léčbě vytrvala stanovenou dobu a nyní dochází do následné péče. Dodržuje všechna doporučení a zdá se, že se jí daří.

● 4 / 3 Výsledky dle výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Který typ poruchy příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním drog?

Ke zjištění užívání návykových látek jsme použili dotazník na užívání drog. Dotazník je zkrácená verze MAP – Maudsley addiction profile, do které jsme doplnili položku léky podporující hubnutí (anorektika, laxativa...).

Z výsledků vyplývá (tabulka 2), že s benzodiazepiny má zkušenost jedna pacientka s mentální bulimií. S metamfetaminem mají zkušenost dvě pacientky, jedna se léčí s mentální bulimií a druhá s psychogenním přejídáním. S marihuanou a hašišem má zkušenost šest patientek s mentální bulimií, což je 50 % respondentek s touto diagnózou v našem souboru. Pouze jedna pacientka s mentální anorexií a jedna s psychogenním přejídáním. S léky podporujícími hubnutí má zkušenost 7 patientek s mentální anorexií, dále 5 patientek s mentální bulimií a jedna pacientka s psychogenním přejídáním. V dotaznících respondentky často uváděly nadměrné užívání laxativ. Položku jiné návykové látky vyplnily dvě dívky s mentální anorexií a udaly



Graf 2 / Graph 2

Užívání návykových látek
Substance abuse

užívání léku aulin a čípků. Jedna respondentka s psychogenním přejídáním do této kolonky vyplnila LSD, extázi, vše co bylo na trhu. Žádná respondentka neuvedla zkušenost s heroinem, metadonem, subutexem a těkavými látkami. 77,14 % respondentek má zkušenost s nějakou návykovou látkou nealkoholového typu nebo s léky podporujícími hubnutí. Žádná pacientka s mentální anorexií neudává zkušenosti s nelegálními návykovými látkami. Celkem osm respondentek má zkušenost s marihuanou, tři z nich uvádějí denní užívání před nástupem do léčby. Třináct respondentek uvádí užívání laxativ, většina z nich v nadměrných denních dávkách. Sedm z nich jsou pacientky s mentální anorexií, pět s mentální bulimií a jedna s psychogenním přejídáním. (Graf 2.)

Výsledky poukazují na to, že k užívání drog nejvíce inklinuje diagnóza mentální bulimie. Užívání nelegálních návykových látek se vyskytlo pouze u dvou respondentek, kdy se jedna léčí s bulimií a druhá s psychogenním přejídáním. Zkušenost s marihuanou má 50 % respondentek s bulimií a tři z nich udaly, že užívaly před léčbou denně.

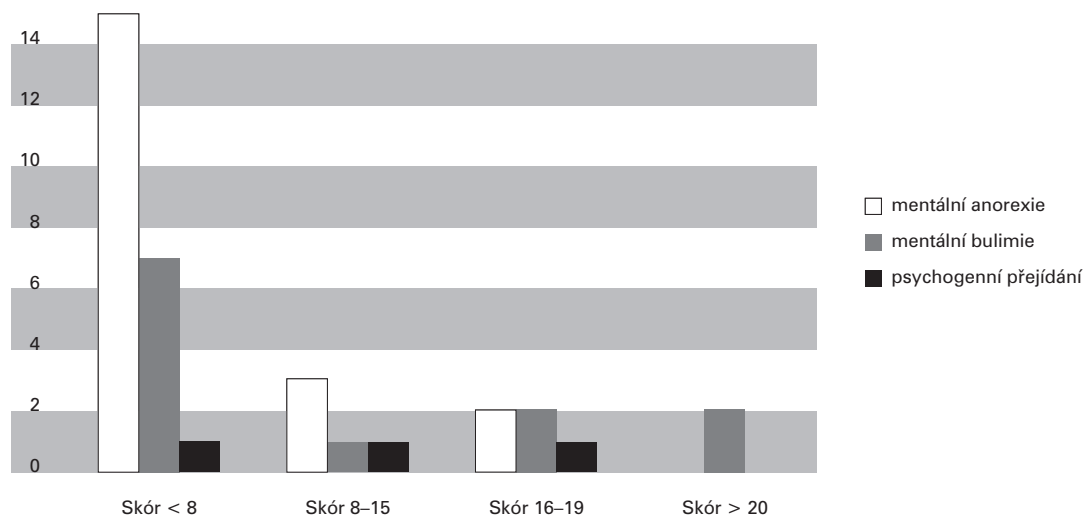
Výzkumná otázka č. 2: Která specifická porucha příjmu potravy se nejvíce váže s užíváním alkoholu?

Ke zjišťování problémů s užíváním alkoholu byl použit dotazník AUDIT. Z celkových výsledků dotazníku AUDIT vyplývá (graf 3), že 24 respondentek, což je 68,57 %, neužívá škodlivým způsobem alkohol. Čtyři respondentky, což je 11,43 %, vykazují střední úroveň problémů s alkoholem. Pět respondentek, což je 14,29 %, vykazuje vysokou úroveň problémů s alkoholem. A dvě respondentky, což je 5,71 %, jsou závislé na alkoholu. Nadužívání alkoholu nejvíce koinciduje s diagnózou mentální bulimie. Další porucha, u které se vyskytují potíže s alkoholem, je psychogenní přejídání. Na posledním místě je mentální anorexie. 1/3 respondentek

má potíže s pitím alkoholu. Z výzkumného souboru 35 respondentek jsou 2 závislé na alkoholu, 5 vykazují vysokou úroveň problémů s alkoholem a 4 střední úroveň potíží s pitím alkoholu. Zbýlých 24 nevykazuje známky škodlivého užívání alkoholu.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou možnosti psychoterapie u komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze?

Řešení výzkumné otázky číslo 3 bylo spojeno s docházením první autorky po dobu osmi měsíců každý pátek na praxi na oddělení pro poruchy příjmu potravy. Měla tak možnost účastnit se skupin doktora Krcha (a někdy jej i zastupovat). Páteční skupiny, kterých se účastnila, se nazývají jídelní, jsou spojené pro pacientky z oddělení i stacionáře a účast na nich není podmíněna BMI. Skupiny jsou vedeny formou KBT a využívá se psychoedukace. Pacientky jsou instruovány jak pravidelně jíst, co nevynechávat ve své stravě a podobně. Dr. Krch jednotlivé pacienty oslovuje a vybízí ke komunikaci. Noví pacienti mají vždy prostor představit se ostatním a říct něco o sobě. Někdy se stane, že se vyskytne problém s užíváním alkoholu nebo návykových látek, pak se k tomu ošetřující lékař vyjádří, dá nějaké doporučení, ale tento problém je zde spíše okrajovým, neřeší se zde často. Pacientky s těmito problémy jsou odkazovány na protialkoholní skupiny do Apolináře. Podmínkou v léčbě na oddělení a ve stacionáři je abstinence. Může se tedy stát, že se někdy musí pacienti podrobit namátkové kontrole. Další psychoterapeutické skupiny, které zde probíhají, jsou dynamické, na ty mohou docházet dívky až od hranice 16 BMI. Zde se probírají závažná témata, starosti pacientek a jejich trápení, potíže s rodinou, okolím, školou, prací. Téma alkoholu a drog je zde opět okrajové. Více se probírá na individuálních sezeních a závažnost užívání se řeší hned při přijímání



Graf 3 / Graph 3

Výsledky dotazníku AUDIT u jednotlivých diagnóz

AUDIT scores per diagnosis

pacientů do léčby. Pokud je pacient závislý a není schopen sám začít abstinovat, je nutné, aby nejprve absolvoval léčbu dané závislosti.

Abychom se více dozvěděli o zkušenostech s léčbou, zeptali jsme se pacientek, které se zúčastnily ohniskové skupiny. Otázkou bylo, zdali se na oddělení a ve stacionáři věnují i problematice užívání alkoholu a jiných drog v souvislosti s danou poruchou příjmu potravy. Daniela říká, že sem nepřišla řešit potíže s drogami, že už je nebere a nemá potíže. Jejím největším problémem jsou aktuálně patologické jídelní návyky. O drogách se zde prý bavila jen s terapeutkou (první autorka), stydí se za to, má také strach z předsudků ostatních a stigmatizace. Také udává, že ačkoliv vyzkoušela i heroin a dlouho brala metamfetamin, ze závislosti se vždy dokázala dostat sama nebo s pomocí svých blízkých. Na metamfetaminu dokázala fungovat mnoho let a pracovat, aniž by okolí něco vědělo. Nikdy se neléčila ze závislosti na drogách. Jídlo je pro ni zdá se větší problém, protože ho zvládala právě pomocí drog, které už ale brát nechce. Tak se nyní léčí zde, aby se naučila zdravým jídelním návykům a přestala se přejídat. Její velkou motivací je osmnáctiletá dcera. Další pacientka Barbora udává, že nejprve začala chodit ambulantně k doktoru Krchovi, se kterým řešila jak svoji poruchu příjmu potravy, tak alkohol. Navrhl jí, že by pro ni byla vhodná hospitalizace, a ona souhlasila. Na oddělení věděli, že Barbora pije denně asi jeden litr vína a k tomu až čtyři piva. Když nastoupila, nasadili jí vyšší dávku benzodiazepinů, po kterých spala, a postupně je vysazovali. Samozřejmě ji hlídali, aby skutečně abstinovala. Nyní se zdá být v pořádku, říká, že zde jí alkohol nechybí, ale má strach, jak to bude po propuštění, až se vrátí do práce a stresového prostředí. Kateřina navštívila klub pro zájemce o léčbu a poté nastoupila do programu ve stacionáři. Tam se přiznala i k potížím s alkoholem, který s ní řešila lékařka. Bylo jí řečeno, že nastoupit do programu může, pokud bude mít zvládnutý problém s alkoholem. Kateřina se tak rozhodla zkusit zvládnout abstinovat. Říká, že se tu tento problém příliš neprobírá, jen se zeptají, jak se jí daří, a když by se nedařilo, musela by na léčbu alkoholismu. Když přišla řada na Tinu, bylo znát, že se jí již příliš nechce hovořit, a řekla, že se necítí jako alkoholik, že je mladá a chce si užívat s přáteli. Nezdá se jí, že by pila příliš, její přátelé pijí více. Upozornila jsem na problém pití v souvislosti s poruchou příjmu potravy a také na problém zapíjení emocí a úzkostí, což se u Tiny vyskytovalo. Na to odpovídala, že už se naučila rozlišovat, kdy zapíjí úzkosti a kdy pije jen s přáteli pro radost.

● 5 DISKUSE

Užitou metodou sestavování zkoumaného vzorku v dotazníkovém šetření byl prostý náhodný výběr, kde každá jednotka měla stejnou pravděpodobnost výběru. Jeho výhodou je možnost výběru respondentů, tedy možnost oslovení všech pacientek, které byly aktuálně v léčbě. Nevýhodou při nízkém

počtu respondentů je samozřejmě problém s reprezentativností výzkumného souboru. Při rozdávání dotazníků jsme cíleně nerozdělovali předem respondenty dle diagnózy a nezjišťovali předem, zda mají zkušenosti nebo potíže s alkoholem a návykovými látkami. Až při vyhodnocování dotazníků jsme zjistili, že zastoupení v souboru je dvacet pacientek s diagnózou mentální anorexie, dvanáct s diagnózou mentální bulimie a tři s psychogenním přejídáním. Díky nízké reprezentativnosti souboru studie výsledky spíše naznačuje. Níže diskutujeme nedostatky výzkumu a navrhneme postupy v možných následných studiích.

U dotazníků, které jsme pro práci použili, je nutné, aby testovaná osoba aktivně participovala. Tento fakt jsme se snažili řešit předběžným motivačním pohovorem s pacientkami a zároveň anonymitou dotazníků. U dotazníků AUDIT a dotazníku na užívání drog považují anonymitu a nemožnost identifikace respondenta za velmi důležitou, protože se pacientky, které se účastnily výzkumu, léčí s poruchami příjmu potravy a nikoliv s problémy s alkoholem nebo drogami. I přesto, že tyto problémy mohou mít, ale zůstaly personálu skryté, protože aktuálně nemají motivaci je řešit, nepřijdou jim tolik závažné jako samotná porucha příjmu potravy, nebo mají strach z vyloučení z léčby, protože v léčbě je povinná abstinence a její porušení se trestá. Dále mohou mít strach ze stigmatizace a reakce okolí, kdyby kromě poruchy příjmu potravy ještě vyvstal problém s některou návykovou látkou. Výhodou bylo, že dotazníky zadávala první autorka z pozice stážisty, nikoliv zaměstnance, což mohlo vyvolat pocit, že je někdo zvenku. Také byly pacientky informovány, že dotazníky a poznatky slouží pouze pro výzkumnou práci, nikoliv pro jiné účely.

Stock (2002) prokázal, že dospívající dívky, které trpí poruchou příjmu potravy restriktivního charakteru, tedy mentální anorexií, užívají návykové látky ve srovnání s populací dospívajících bez poruchy stravování méně. Oproti tomu adolescentní dívky s purgativní formou poruchy příjmu potravy (bulimií), užívají návykové látky ve stejné míře jako ostatní populace dospívajících, která poruchou příjmu potravy netrpí.

Zajímavé jsou výsledky testu EAT-26, který hodnotí závažnost jídelních návyků testovaného. Za kritické je považováno skóre 20 a více bodů. Celkem sedm respondentek však získalo méně než dvacet bodů. Čtyři respondentky dokonce získaly méně než 10 bodů. A tři získaly body v rozmezí 11–20 bodů. Lze tedy říci, že kdyby takto vyplnila dotazník osoba mimo psychiatrickou kliniku, která se neléčí s žádnou diagnózou, odborník by nemusel ani uvažovat o poruše příjmu potravy. Některé respondentky, které takto vyplnily dotazník, ale mají tak nízké BMI, že jsou jejich nemoc i ohrožení zdraví patrné. Výsledky ukazují na to, že těchto sedm pacientek zcela postrádá náhled na svou nemoc. Nezdálo se, že by výsledek dotazníku záměrně zkreslovaly. Zřejmě mnohé z nich mají natolik narušené sebehod-

nocení, sebeobraz a jídelní návyky, že nejsou schopné své jednání zhodnotit a posoudit objektivně. Což je však mj. i součástí diagnózy, hlavně mentální anorexie. Poslední prvek, který by mohl práci vylepšit, by byl specifický dotazník ke zjištění komorbidit. Uspadnilo by to vyhodnocování i dobu vyplňování respondenty.

Prevalence komorbidit poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek se pohybuje od 17 % do 46 % v závislosti na typu poruchy příjmu potravy. Některé studie popisují rozdíly typů komorbidit u jednotlivých podtypů poruch příjmu potravy, jiné ne (Harrop & Marlatt, 2010). Předpokládá se, že pochopení etiologie vztahu poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek bude dosaženo po zodpovězení základních dotazů týkajících se funkce jejich vztahu a společné symptomatiky. K posouzení a vysvětlení funkce koexistence vztahu poruch příjmu potravy a užívání návykových látek se užívá behaviorální přístup (Wolfe & Maisto, 2000).

Pro další výzkumy by bylo zajímavé zaměřit se pouze na jednu poruchu příjmu potravy a zkoumat podrobněji, ke kterým návykovým látkám inklinuje. K takové studii by bylo potřeba mít dostatek respondentů se stejnou diagnózou, například získat reprezentativní vzorek osob s diagnózou psychogenní přejídání a zkoumat u nich závislost na alkoholu nebo na jiné předem vybrané droze. Takový výzkum by byl časově náročnější a tolik specifických respondentů by bylo poměrně obtížné sehnat. Bylo by zapotřebí využít více specializovaných léčebných zařízení.

● 6 ZÁVĚR

Užívání návykových látek se u pacientek z oddělení a stacionáře pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze ukázalo jako poměrně časté. Tato malá pilotní studie tak splnila svůj cíl, když popsala prevalenci léčených pacientek s adiktologickou komorbiditou ve výše zmíněném zařízení. Také v rámci daných limitů reagovala na všechny výzkumné otázky.

Výsledky výzkumu u zkoumaného souboru ukazují, že k užívání drog i alkoholu inklinují nejvíce pacienti s diagnózou mentální bulimie. Užívání nelegálních návykových látek potvrdily dvě pacientky. Jedna s mentální bulimií a jedna s psychogenním přejídáním. Obě užívaly různé drogy včetně metamfetaminu, který byl zneužíván mimo jiné k hubnutí, a respondentky využívaly jeho anorektických účinků. Dále 50 % z všech respondentek s mentální bulimií má zkušenost s marihuanou. Dvě z nich před léčbou užívaly denně. U pacientek s mentální anorexií je pak vysoký výskyt zneužívání látek podporujících hubnutí.

Výsledky naznačují, že mnoho žen, které se léčí s poruchou příjmu potravy, má zkušenosti, užívá nějakou návykovou látku nebo je na ní závislá, či je závislá na lécích nebo alkoholu. Je důležité na tuto problematiku myslet při příjmu do léčby, dotazovat se pacientů cíleně na toto téma

a snažit se léčit všechny choroby, kterými pacient trpí. Neodhalená komorbidita komplikuje proces léčby a uzdravení. Práce měla za cíl upozornit na daný problém a nastínit další možný směr spolupráce a výzkumu.

Poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek mají analogickou etiologii. S oběma onemocněními souvisí multifaktoriální genetické dispozice, porucha vývoje jedince, dle psychoanalýzy ustrnutí v orálním stádiu, problematická rodina, vliv prostředí, osobní dispozice, neurofyzilogie a spouštěč, myšleno stresový faktor. Závislost i porucha příjmu potravy mají také často funkci symptomu jako náhradního řešení problému. K tomu, aby vznikla kombinace právě poruchy příjmu potravy a užívání určité návykové látky, přispívá mnoho faktorů. Jde o vytvoření adiktivního vzorce. Velkým problémem je, když pacient trpící poruchou příjmu potravy objeví drogy jako řešení svých problémů s jídlem. Může jít o odstranění pocitu hladu, například pomocí stimulantů. Odstranění strachu z jídla, utlumení pocitů viny, deprese, insomnie. Někdy nahrazení alkoholem funkce jídla jako drogy. U pacientek s mentální anorexií konzumace alkoholu na lačno, jako rychlý zdroj energie.

Důsledky kombinace poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách jsou závažné. Jedná se o somatické důsledky, jako je metabolický rozvrat, oběhové selhání, epileptické záchvaty. Také se rychleji rozvíjejí psychické komplikace, jako jsou deprese, psychózy a kognitivní deficit. Častěji dochází k úmrtí předávkováním, metabolickým rozvratem nebo oběhovým selháním. Odbornice na toto téma, doktorka Pecinová z Kliniky adiktologie, uvádí (Pecinová, 27. 3. 2015), že léčba je obtížná, ale při získání pacienta, navázání terapeutického vztahu a kvalitní spolupráce jsou výsledky srovnatelné až lepší než u samotné závislosti. Bohužel chybí specializované zařízení pro komorbidní pacienty, které by bylo potřeba. Je to bílé místo v mezioborovém poli adiktologických služeb a služeb pro léčbu poruch příjmu potravy.

Zvláštní poděkování: Autoři děkují za spolupráci a pomoc prof. MUDr. Haně Papežové, CSc., PhDr. Františku Krchovi, Ph.D., týmu pracovníků z oddělení 3 a stacionáře poruch příjmu potravy z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN.

Acknowledgements: *The authors would like to acknowledge the cooperation and support provided by Hana Papežová, František Krch, and the staff of Unit 3 and the day care centre for eating disorders at the Psychiatric Department of the First Faculty of Medicine, Charles University, and the General University Hospital.*

Role autorů: Nikola Chládková a Michal Miovský navrhli design výzkumu. Nikola Chládková provedla sběr dat včetně rozhovorů s pacienty, dále také navrhla počáteční podobu rukopisu. Michal Miovský pomáhal zpracovat metodolo-

gickou stránku studie a podílel se na formální úpravě textu. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili jeho konečnou podobu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

The role of the authors: Nikola Chládková and Michal Miovský proposed the research design. Nikola Chládková

performed the data collection, including the interviews with patients, and drafted the initial form of the manuscript. Michal Miovský assisted in managing the methodological aspects of the study and participated in the formal revision of the text. Both authors contributed to the writing of the article and approved its final version.

Conflict of interest: No conflicts of interest.

LITERATURA / REFERENCES

- Babor, T. F. et al. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*. Second Edition. Geneva: World Health Organization.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Garner, D. et al. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, pp. 871–878.
- Harrop, N. E., Marlatt, A., G. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35(2010), pp. 392–398.
- Heller, J. & Pecinová, O. et al. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Avicenum.
- Holderness, C. C. et al. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. In: Krch, F. et al.: *Závislost na psychoaktivních látkách. Poruchy příjmu potravy*. Kapitola 5. Praha: Grada, p. 76.
- Howard, S. (2008). *Psychofarmakologická terapie*. Praha: Portál.
- Hynie, S. (1998). *Psychofarmakologie v praxi*. Praha: Galén.
- Chvála, V. & Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2006). *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatelstvo F.
- Kalábová, H. (2013). *Rodina ve výchově a sociálních vědách*. Liberec: TU v Liberci.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krch, F. D. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Medicína pro praxi.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kocourková, J. et al. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Kocourková, J. & Koutek, J. (2011). Je teorie mentalizace inspirací pro poruchy příjmu potravy? *Československá psychologie*, 55(2), pp. 180–183.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, pp. 91–95.
- Marsden, J. et al. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), pp. 1857–1867. Doi:10.1046/j.1360-0443.1998.9312185711.x.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovská, L., Miovský, M., Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. *Psychiatrie*, 10(3), pp. 150–156.
- Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, pp. 75–88.
- Morgan, D. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovic: Albert.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2007). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Papežová, H. (2000). *Anorexie nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
- Pecinová, O. (2015, 27th March). *Poruchy příjmu potravy u pacientek se závislostí na návykových látkách – zajímavé kazuistiky*. Paper presented at 10th International Eating Disorders and Obesity Conference. Charles University Prague, March 26–28, 2015.
- Root, T. L. et al. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 2010, 43(1), pp. 14–21. Doi:10.1002/eat.20670.
- Seidmann, I. (1997). *Interviewing as qualitative research*. London: Teachers College, Columbia University.
- Stock, L. S. et al. (2002). Substance use in female adolescence with eating disorders. *Journal of adolescent health*, 31(2002), pp. 176–182.
- Wolfe, L. W. & Maisto, S. A. (2000). The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clinical Psychology Review*, 5(2000), pp. 617–631.
- World Health Organization. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.