Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze

Studijní program Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy

Role of addictologist in services specialized in treatment of eating disorders

Bakalářská práce

Anna Hindová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, dne:

Anna Hindová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení Mgr. et Mgr. Amalii Lososové, Ph.D., za trpělivost, podporu a věcné připomínky. Dále děkuji pracovníkům Kontaktních center Anabell za vstřícnost a důvěru při provádění rozhovorů.

Anna Hindová

Bibliografický záznam:

HINDOVÁ, Anna. Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy. [Role of addictologist in services specialized in treatment of eating disorders]. Praha, 2019. 72 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze.

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Poruchy příjmu potravy v dnešní společnosti nabývají stále více na významu. Mentální anorexie a bulimie patří mezi nejčastější problémy dospívajících dívek a mladých žen. Životní prevalenci anorexie některé studie uvádí až u 4,5 % žen a mentální bulimie až 1,5 až 5 % žen. Uvádí se, že mezi osobami s adiktologickou poruchou je současně přítomná porucha příjmu potravy ve více než 35 %. Léčba těchto poruch probíhá v České republice převážně odděleně, přestože se integrovaná léčba jeví jako nejúčinnější. Ve službách pro léčbu poruch příjmu potravy pracují obvykle sociální pracovníci, terapeuti, psychologové, psychiatři, peer konzultanti, lékaři a nutriční terapeuti. Adiktolog je generickým pracovníkem, který se stále vyvíjí a hledá šíři své uplatnitelnosti. Jeho zapojení do služeb pro léčbu poruch příjmu potravy by bylo přínosem pro klienty ve smyslu efektivity léčby.

Cíl: Cílem práce je ověřit možné rozšíření působnostního pole profese adiktologa ve službách zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy a přiblížit jeho možné poslání a úlohu v terapeutickém týmu.

Metody: Výzkumný soubor tvořili pracovníci v pražského, brněnského a ostravského Kontaktního centra Anabell. Sběr dat probíhal formou semi – strukturovaného interview. Struktura rozhovoru byla daná na základě předem vypracovaných okruhů otázek. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a data z audiozáznamu byla zaznamenána do dokumentu MS Word. Metoda analýzy dat byla realizována prostřednictvím jednotlivých druhů kódování – otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Etické otázky byly dodrženy.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že pokud by pracovníci chápali adiktologa jako odborníka, který se specializuje pouze na závislost na drogách či alkoholu, pak pracovníci i přes výskyt duálních diagnóz v Centru Anabell nevidí nutnost adiktologa v týmu mít. Pokud by však adiktolog obstaral odborné sociální poradenství a zároveň by do poradenství vnášel prvky z adiktologické sféry, pak jsou pracovníci jeho zapojení do týmu nakloněni. Z výzkumu je patrné, že v důsledku toho, že adiktolog dokáže pracovat komplexně a dokáže brát do souvislostí všechny oblasti klientova života, lze jeho uplatnění v léčbě poruch příjmu potravy a závislosti považovat za efektivní. Touto spoluprací by se přispělo k fungování modelu integrované péče a dalo by se tak vyhnout „předávání“ klienta ze služby do služby.

Závěr: Tato práce je jednou z prvních studií uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy v České republice. Přestože se kompetence adiktologa v oblasti poruch příjmu potravy zdají být stále sporné,

měla by být věnována větší pozornost samotné schopnosti adiktologa integrovat a působit jako mediátor mezi různými profesemi podílejícími se na prevenci a léčbě.

Klíčová slova

adiktolog - duální diagnóza – multidisciplinarita - poruchy příjmu potravy - uplatnitelnost

Summary

Eating disorders are getting more and more attention in today's society. Mental anorexia and bulimia are considered to be widely spread problems among adolescent girls and young women. Studies estimate anorexia and bulimia to be present in around 4,5 % and 1,5 %-5 % of women population. There is a strong correlation between presence of any addictological disorder and eating disorder. If addictological disorder is to be present eating disorder is to be present in 35 % of all cases. Addiction treatment of both phenomena is usually separate although integrated treatment seems to be the most efficient.

The goal of the study is to test the possible employment of an addictologist in eating disorders treatment services and outline possible role of and addictologist in therapeutic team. The goal is to be achieved through semi-structured interviews with employers of three therapeutic clinics Anabell in Prague, Brno and Ostrava. The semi-structured interviews were divided into specific areas. All the interviews were recorded and analysed afterwards. Open, axial and selective coding was used as a method of data analysis. Ethical matters were always observed.

The results indicate that there is a strong difference of perception of an addictologist. If addictologist is to be viewed as a specialist in addictions to alcohol and drugs, then there is no shared opinion that addictologist is a necessary element of the therapeutic team. On the other hand, there is a favour of the therapeutic team to integrate the position into the team if addictologist could play a role not only as a specialist in addiction but also as a social worker. Complexity of an addictologist contribute to the efficiency of the whole therapeutic team.

This study is one of the first studies analysing the employment of an addictologist in eating disorders treatment services. Although the results seem to be very contentious, more space should be devoted to the actual capability of the addictologist to work as a mediator among different professions working in addiction prevention and treatment.

Key words

Addictologist - dual diagnosis – multidisciplinarity - eating disorders - employability

Obsah

1 Úvod 12

A TEORETICKÁ ČÁST

2 Vymezení poruch příjmu potravy 14

2.1 Anorexia nervosa 14

2.1.1 Atypická forma anorexie 15

2.2 Bulimia nervosa 16

2.2.1 Atypická forma bulimie 16

2.3 Bigorexie 17

2.4 Drunkorexie 17

3 Poruchy příjmu potravy a přehled současných možností léčby 18

3.1 Ambulantní péče 18

3.1.1 Denní stacionář 19

3.1.2 Sociální služby pro osoby s poruchami příjmu potravy a jejich blízké 20

3.1.3 Nutriční poradenství 20

3.1.4 Svépomocné skupiny a svépomocné manuály 20

3.1.5 Psychoterapeutická setkání 21

3.2 Hospitalizace 22

3.3 Dolečování 22

4 Centrum Anabell 23

4.1 Služby poskytované prostřednictvím osobního kontaktu s pracovníkem 23

4.1.1 Odborné sociální poradenství 23

4.1.2 Terénní program 24

4.1.3 Nutriční poradna 24

4.1.4 Rodinná terapie 25

4.1.5 Externí odborníci a centrum pro zdraví a prevenci nemocí 25

4.1.6 Svépomocné skupiny, peer konzultace, rozvojový kurz 25

4.1.7 Skupinové programy následné péče 25

4.2 Služby poskytované telefonicky a prostřednictvím internetu 26

4.2.1 Linka Anabell a internetové poradenství 26

4.2.2 Korespondenční kurz, diskuzní fórum a knihovna Anabell 27

5 Duální diagnózy 28

5.1 Prevalence duálních diagnóz.....28

6 Východiska využití adiktologa ve službách zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy**.....*****30***

6.1 Podobnosti klientů se závislostí a klientů s poruchou příjmu potravy.....**30**

6.2 Profese adiktologa.....34

B PRAKTICKÁ ČÁST

7 Metodologický rámec.....36

7.1 Cíl práce a výzkumné otázky.....36

7.2 Výběr případu.....36

7.2.1 Etické aspekty.....37

7.3 Metoda získávání dat.....37

7.4 Analýza dat.....38

8 Výsledky**.....*****40***

8.1 Představení centra Anabell.....**40**

8.2 Práce s klientem s duální diagnózou v centru Anabell.....**42**

8.3 Podobnosti klientů s poruchami příjmu potravy a klientů se závislostmi.....45

8.4 Centrum pro léčbu duálních diagnóz.....47

8.5 Pojem adiktolog.....48

8.6 Pokud by bylo zařízení otevřené spolupráci s adiktologem, dokáží si pracovníci představit jeho úlohu?.....49

8.7 Sekundární zjištění výzkumu.....51

8.8 Určení hranic mezi terapií a poradenstvím.....51

8.9 Spolupráce s jinými odborníky, práce multidisciplinárního týmu 52

8.10 Téma zdraví.....52

9 Shrnutí výzkumu.....54

10 Diskuze.....56

11 Závěr.....60

Bibliografie……..62

Seznam tabulek a grafů……..……67
Seznam příloh……67

Použité zkratky

PPP – poruchy příjmu potravy

BMI – body mass index

MKN - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

OSP – odborné sociální poradenství

CZD – Centrum duševního zdraví

1 Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma „ Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy, přičemž zásadní otázkou, jež si v práci kladu je, zda–li by se adiktolog mohl při léčbě poruch příjmu potravy uplatnit, tj. kde by se nacházelo jeho místo v terapeutickém týmu a případně, jakou úlohu by mohl mít při samotné léčbě klienta.[1] Východiskem úvah o adiktologovi, jakožto o „ohebné“ profesi, tj. jeho uplatnění může být širší nežli v problematice závislosti na návykových látkách apod., jsou pak zejména tvrzení, která dokládají, že poruchy příjmu potravy rovněž vykazují známky závislosti. Stejně tak argumenty, které poukazují na častou existenci duálních diagnóz, tedy konkrétně poruch příjmu potravy a závislosti.

„Jídlo může v životě jedince plnit různé funkce – je mu obživou, ale přináší také slast a může být prostředkem komunikace. V tom má mnoho společného s drogou a v některých aspektech se může drogou stát“ „Podobně jako ve vztahu k droze, i ve vztahu k jídlu nacházíme mezi lidmi plynulé spektrum od normy po chorobu“ (Heller & Pecinovská, 2011, s. 85). V souvislosti s tím pak nebude záměrem práce zařadit poruchy příjmu potravy pod diagnózu závislosti, nýbrž poukázat na prolínání a podobnost obou poruch, na jejichž základě lze uvažovat o rozšíření působnosti pole adiktologa i do jiných typů služeb, které se nezabývají řešením látkových či nelátkových závislostí.

Vzhledem k výše uvedenému východisku pak cílem práce bude zejména zjištění, zda adiktolog může nalézt uplatnění i v zařízení, zabývající se poruchami příjmu potravy. Dalším cílem pak bude nastínit možné rozšíření profese adiktologa ve službách, zaměřených právě na léčbu poruch příjmu potravy spolu s diskutováním jeho možné role a úlohy v terapeutickém týmu.

V první kapitole teoretické části vymezím poruchy příjmu potravy a zaměřím se zejména na definici anorexie a bulimie spolu s jejich atypickými formami. V následující kapitole uvedu přehled současných možností léčby poruch příjmu potravy, zejména specifikaci jednotlivých typů služeb pro klienty s poruchou příjmu potravy, jakými jsou denní stacionáře, ambulantní péče, hospitalizace a další. Svou pozornost zaměřím zejména na centrum Anabell, kterému věnuji samostatnou kapitolu práce, neboť je jediným centrem v České republice, zabývajícím se explicitně poruchami příjmu potravy.

V další kapitole své práce se zacílím na tematizování duálních diagnóz, jež jsou rovněž stěžejní pro naplnění cíle práce. Kapitola s názvem „východiska

[1] V kontextu této práce budu pro osobu trpící poruchou příjmu potravy užívat označení klient, jež se obvykle užívá i v adiktologických zařízeních.

využití adiktologa ve službách zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy“ je pomyslným „můstkem“ z teoretické části k praktické, kde se již konkrétně zacílím na kompetence adiktologa spolu s jeho multidisciplinárním pohledem na problematiku dosažení zdraví. V této kapitole rovněž zmíním podobnost klientů se závislostí a klientů s poruchou příjmu potravy.

Ve výzkumné části se budu zabývat implementací adiktologa do služeb zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy, jeho možným využitím v léčbě a spoluprací s pracovníky zařízení. Ve výzkumné části práce pak skrze metodu rozhovoru s pracovníky centra Anabell poukážu na konkrétní možné využití adiktologa v léčbě poruch příjmu potravy.

Teoretická část

2 Vymezení poruch příjmu potravy

V této kapitole se zabývám akcentováním jednotlivých poruch příjmu potravy z medicínského hlediska. Věnuji se pak zejména vymezeným patologickým formám jídelního chování dle MKN - 10, mezi něž se řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Okrajově se též zmíním i o atypických formách mentální anorexie a mentální bulimie. Mezi další méně známé poruchy příjmu potravy též patří bigorexie[2] a drunkorexie[3], kterým se budu stručně věnovat s ohledem na blízké spojení s adiktologií. Další poruchy příjmu potravy jako je ortorexie[4], diabulimie[5], pregorexie[6] a noční přejídání, jež nejsou součástí MKN – 10, desáté revize k 1. 1. 2018, v této práci nebudu dále tematizovat.

„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí“ (Krch, 1999, s. 11). Pro poruchy příjmu potravy je společné zejména téma kontroly nad jídlem, sebekontroly a neustálého hlídání své váhy. Právě zdánlivě odlišná onemocnění – anorexie a bulimie – spojuje téma kontroly a zvýšená pozornost věnovaná svému vzhledu. Rozdíly, jež můžeme mezi jednotlivými poruchami najít, jsou v metodách, kterými si klienti trpící anorexií či bulimií udržují váhu a v závažnosti samotného stavu podvýživy klienta.

2.1 Anorexia nervosa

„Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná úmyslným hubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje“ (WHO, 2018). Dle Krcha (1999) je pak mentální anorexie výrazem úmyslného snižování tělesné hmotnosti. Snaha o snížení a udržení si co nejnižší váhy se mentální anorexie liší od kupříkladu držení hladovky v tom, že s hladovkou lidé přestávají v momentě, kdy dosáhnou svého cíle (Papežová, 2012).

Krch (2007, s. 420) uvádí diagnostická kritéria pro F 50. 0 (mentální

[2] zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky a obsedantní myšlení ohledně vlastního svalstva, porucha se objevuje převážně u mužů (Papežová, 2010)

[3] redukce příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si vypít více alkoholu s vysokým kalorickým indexem (Papežová, 2010)

[4] patologická posedlost zdravou stravou (Papežová, 2010)

[5] současný výskyt mentální bulimie a diabetu (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017)

[6] porucha příjmu potravy, jež vykazuje anorektickou symptomatologii v období těhotenství (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017)

anorexii) podle MKN – 10:

1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m2) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

2) Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa[7], anorektika[8], diuretika[9].

3) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.

4) Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.

5) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

2.1.1 Atypická forma anorexie

Atypická forma anorexie je porucha příjmu potravy, která splňuje některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze (WHO, 2018). Dle Baraníkové & Nesrstové (2005) je pro atypickou formu anorexie typické, že pacienti vykazují problémy v některých nebo ve všech diagnostických kritériích, avšak intenzita příznaků není velká. Pacienti mají nízký Quetteletův index[10], zabývají se často jídlem a mají strach z tloušťky, avšak u nich nedochází ke vzniku kachexie.

Další skupinou jsou pak pacienti, u kterých jsou zesíleny doprovodné psychopatalogické syndromy, jako je depresivní a obsedantně kompulzivní syndrom. Třetí skupinou jsou pacienti, jež nesplňují všechna diagnostická kritéria, avšak v jednom či několika kritériích jejich obtíže dosahují klinické hloubky. Nejčastěji shledáváme snížení hmotnosti do těžké kachexie. Čtvrtou skupinu tvoří pacienti, u kterých hubnutí nasedne na somatické onemocnění, jež je spojené

[7] látky s projímavým účinkem (Linhart, 2007)

[8] látky snižující chuť k jídlu (Linhart, 2007)

[9] látky podporující tvorbu a vylučování moči (Barták, M., Vebrová, J., & Rychlá, R. (Eds.), 2008)

[10] Queteletův index nebo také Body mass index (BMI) je v současnosti v celosvětovém měřítku nejužívanějším tělesným indexem klasifikující přiměřenost hmotnosti osoby ve vztahu k výšce (Datový standard MZ ČR, 2019).

běžně s nechutenstvím a určitým úbytkem hmotnosti. Hubnutí však dále pokračuje (Baraníková & Nesrstová, 2005).

Odeznění nemoci pak plynule přechází do obrazu typické mentální anorexie. Pacienti popírají svůj aktivní podíl na snížení hmotnosti. Strach z tloušťky má ale charakter až dysmorfického bludu. Diagnosticky nejobtížnější je pak porucha příjmu potravy v podobě atypické mentální anorexie, která se vyskytuje jako komorbidita se somatickým onemocněním, především v oblasti gastrointestinálního traktu (GIT) (Baraníková & Nesrstová, 2005).

2.2 Bulimia nervosa

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“ (Krch, 1999, s. 17). Pro mentální anorexii a mentální bulimii je společné, že u klientek vzniká touha po nereálné či nezdravé štíhlosti. Mentální bulimie se může objevit po epizodě mentální anorexie (Papežová, 2012).

Krch (2007, s. 420) uvádí diagnostická kritéria pro F 50.2 (mentální bulimii) podle MKN – 10:

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.

3) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léku typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.

4) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

2.2.1 Atypická forma bulimie

„Poruchy splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu“ (WHO, 2018). U atypické formy bulimie se mohou objevovat recidivující záchvaty přejídání a nadměrného používání laxativ bez markantní změny váhy. Pacienti pak nemusí vykazovat zvýšený zájem o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla (WHO, 2018).

2.3 Bigorexie

Přestože poruchy příjmu potravy bývají více spojovány s ženskou populací, v dnešní době se dostává tématu poruch příjmu potravy u mužů více prostoru.

Odborníci zdůrazňují, že poruchy příjmu potravy se netýkají výhradně žen, ale stejně tak jimi mohou trpět i muži (Greenberg & Schoen, 2008).

Bigorexie je porucha příjmu potravy, která se vyznačuje zkresleným vnímáním vlastního těla, abnormálními jídelními návyky a obsedantním myšlením ohledně vlastního svalstva. Porucha se objevuje převážně u mužů (Papežová, 2010).

Dle Davise (in Tomešová, 2000) je možné pozorovat u bigorektiků potencionální vznik závislosti na cvičení, zejména pokud pacient pociťuje zvýšení potěšení ze cvičení nebo cvičením odstraňuje stres a pocity utrpení. Jak ve své studii zmiňuje Bažant (2012, s.14), bigorexie má několik závislostních složek. „*Jednou z nich je závislost na uznání okolí. Jedinec cvičí, dosahuje výsledků a naplňuje tím své cíle. Teprve ale díky reflexi od okolí získává dojem, že cílů skutečně dosáhl. Pozitivní ohlasy jej motivují ke stanovení dalších cílů a posunutí svých výkonů dál. Další složkou závislostního chování je i cvičení samo*“

Další samostatnou složkou bigorexie může být dle Bažanta (2012) závislost na potravinových doplňcích, které bigorektici vnímají jako nezbytnost k efektivnímu růstu svalů při cvičení.

2.4 Drunkorexie

Drunkorexie je charakterizována jako specifický typ poruchy příjmu potravy, provázený hladověním či zvracením za účelem vyhnutí se váhovému příbytku z užívání alkoholu (Hunt & Forbush, 2016).

Jak píše Knight & Simpson (2013), drunkorexie může být také definována jako porucha charakterizovaná extrémními kompenzačními mechanismy ke kontrole váhy ve vztahu k plánovanému nadměrnému pití alkoholu.

Tomanová (2017) uvádí, že drunkorexie je spojená s vysokým rizikem vzniku závislosti na alkoholu.

3 Poruchy příjmu potravy a přehled současných možností léčby

Léčebný proces by měl v zásadě sledovat tři cíle, a sice léčbu dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (vlivem opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, dlouhodobého hladovění); psychoterapie k pochopení příčin onemocnění a zejména k pochopení „role“ nemoci v současném životě klientky spolu s psychoterapií, jež je zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Cílem práce s pacientem trpícím poruchou příjmu potravy je primárně realimentace[11] a následné zvnitřnění nějakého udržitelného režimu, ve kterém je pacient schopen fungovat během každodenního života. Důsledkem života s poruchou příjmu potravy je pak velmi často omezený sociální život, který je následkem vlastní sebekontroly, zakazování a odpírání. Proto jedním z dalších cílů léčby je zmapovat proces posilování stopy poruchy příjmu potravy, kdy klient svým nevhodným chováním ve vztahu k jídlu a sociálnímu bytí sklouzává do svého bezpečného prostředí, od jakési sociální kontroly a omezuje tak své interakce s okolím, sociálně se vylučuje. V sobě blízkém či bezpečném prostředí poté konzumuje svá bezpečná jídla, cvičí; tj. vrací se do toho, co zná, do toho, co je mu blízké. Toto chování je ale možné v důsledku označit za patologické návyky, jež klientovi ovládají život a poskytují mu možnost utéct od sociálního života, od nových příležitostí (Krch, 2019).

Dle Krcha (2019) je jedním z dílčích terapeutických cílů je při práci s klienty s poruchami příjmu potravy poukázat na jejich ztracení se v problému jídelních návyků, pomoci získat náhled, nastavit udržitelný režim a chopit se možností, jež nám každý den nabízí. Zkrátka pomoci klientovi vnímat okolní svět, interagovat s ním, nejen se svými myšlenkami a plány „*jak budu dnes zacházet s jídlem*“.

Spektrum léčebných postupů je poměrně široké, jsou poskytovány ambulantní formou, hospitalizací nebo formou dolečování po předchozí léčbě.

3.1 Ambulantní péče

Pokud se klient rozhodne pro ambulantní léčbu, může si zvolit z následujících typů péče: denní stacionář pro osoby s poruchami příjmu potravy, odborné sociální poradenství, psychoterapeutická setkání, nutriční terapii či svépomocné skupiny.

Forma ambulantní péče je vhodná zejména pro klienty, jež jsou schopni se na léčebném procesu aktivně podílet, spolupracují a chtějí svou situaci změnit. Zároveň však může být indikována i pro chronické klienty či klienty bez další

[11] zlepšování stavu výživy (Linhart, 2007)

motivace k psychoterapeutické péči. Ambulantní služby poskytují plné zapojení do terapie a pomáhají klientovi setrvat v jídelním režimu. Zároveň však psychoterapeutické ambulantní služby mohou být ideální volbou doléčování po předchozí intenzivní léčbě poruchy příjmu potravy (Krch, 1999).

Ambulantní léčbu lze rozdělit do několika druhů: zařadíme sem somatickou lékařskou ambulantní péči, jež může být u pacientů léčících se s poruchou příjmu potravy specializovaná na problematiku vztahující přímo ke konkrétní diagnóze. Mezi lékařskou ambulantní péči můžeme zařadit také praktického lékaře, který během léčby dohlíží na krevní testy, na váhový úbytek či příbytek, sleduje látky v moči či psychiatra, gynekologa, zubaře, gastroenterologa a další. Tato forma péče může být vhodnou cestou minimálního kontaktu s lékařem u chronických či nemotivovaných klientů s poruchou příjmu potravy, kdy lékař klienta somaticky stabilizuje a odvrací tak možný metabolický rozvrat pacienta (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

3.1.1 Denní stacionář

Denní stacionář[12] je zařízení, kde probíhá strukturovaný terapeutický program, jež klienti navštěvují každý pracovní den. Po skončení programu se vracejí zpátky domů, nedochází tedy ke klientově vytržení z přirozeného prostředí. Tato forma péče je efektivní zejména u vysoce motivovaných klientů, může být v některých případech ideální volbou navazující péče po dokončené léčbě formou hospitalizace. Léčba může trvat až po dobu 12 týdnů a klienti musí splňovat kritérium pro přijetí, což je dáno hodnotou BMI vyšší než 16 (Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2019).

Cílem léčby je stabilizace klienta, přijetí jídelního režimu, zároveň je však cílem dát klientovi prostor pro řešení jakýchkoliv témat, jež během léčby a konfrontace s přirozeným prostředím u klienta vyvstala. Terapeut a ostatní klienti se ve stacionáři stávají spojovacím mostem mezi přirozeným prostředím, jídelním režimem a návyky. Terapeuti mají současně nezaměnitelné místo v řešení přetrvávající zranitelnosti ohledně témat vůči jídlu a vnímaní svého těla u klientů. Klient tak dostává možnost, bezpečně sdílet své pocity a emoce z každodenního života (Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2019).

Pro plynulý přechod mezi hospitalizací a ambulantní léčbou je vhodně zvoleným typem péče právě denní stacionář (Krch, 2005).

3.1.2 Sociální služby pro osoby s poruchami příjmu potravy a jejich blízké

[12] V České republice v roce 2002 vznikl první denní stacionář pro klienty nad 18 let, na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN.

„Teoretický koncept sociální práce s lidmi s poruchami příjmu potravy vychází z předpokladu, že klient sám je expertem na řešení svých obtíží a sociální pracovník mu pomáhá lépe sociálně fungovat, přičemž je zároveň zohledněna klientova životní situace“ (Procházková &Sladká-Ševčíková, 2017, s. 59).

Dle Navrátila (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017) je pak práce sociálního pracovníka rozdělená do třech bodů, a sice na aktivity zaměřené na problém, aktivity zaměřené na klienta a jeho potenciál a aktivity preventivního charakteru. V tomto ohledu bych také zmínila centrum Anabell, jež se jako jediné v České republice specializuje na sociální pomoc lidem s poruchami příjmu potravy a které budu věnovat samostatnou kapitolu této práce.

3.1.3 Nutriční poradenství

Nutriční poradenství je nezastupitelnou součástí komplexní léčby poruchy příjmu potravy. Cílem nutričního poradenství je vytvořit takový jídelní plán, aby u pacienta došlo k normalizaci váhy vůči jeho výšce a věku.

Vzhledem k etiologii onemocnění poruchou příjmu potravy by nutriční terapeut neměl být jediným odborníkem pracujícím s pacientem, ale měl by dbát na multidisciplinární spolupráci, zejména navázat úzkou spolupráci s psychology či psychiatry (Papežová, 2010).

3.1.4 Svépomocné skupiny a svépomocné manuály

Svépomocné skupiny jsou různorodou formou terapie, mohou být místem, kde se setkávají jak klienti trpící poruchou příjmu potravy, tak i rodinní příslušníci z okolí nemocného klienta. Jak uvádí The National Institute for Health and Care Excellence (2004), ve Spojeném království jsou svépomocné programy dokonce doporučenou první intervencí pro léčbu mentální bulimie. Dle Trottier (2006) je většina odborných svépomocných manuálů pro osoby ohrožené poruchami příjmu potravy založena na principech kognitivní behaviorální terapie[13], která se ukazuje jako nejvyužívanější forma terapie mezi odborníky na poruchy příjmu potravy.

Záleží zejména na cílové skupině péče, tato může být zaměřená a omezená přímo na klienty s poruchou příjmu potravy nebo naopak pouze jen pro rodinné příslušníky, partnery a blízké okolí klienta. Svépomocné skupiny mohou být také místem prvního kontaktu klienta, případně rodiny či okolí ohroženého klienta poruchou příjmu potravy s léčbou. Současně mohou sloužit i jako podpůrný prvek pro klienta, který již v některé z léčeb setrvává. Hlavním nástrojem této formy léčby je otevření se skupině, sdílení svých emocí a pocitů v komunitě, jež je

[13] kognitivně behaviorální terpie je založena na předpokladu, že myšlení ovlivňuje chování, klienti jsou terapeuty obecně vedeni ke sledování vlastního myšlení a identifikaci těch myšlenek, které spouští závislostní pocity a vedou k závislostnímu chování (Hall & Parsons, 2001)

klientovi blízká a familiární. Využívá vzájemné motivace a podpory „spoluklientů“ k změně chování (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Svépomocné manuály jsou formou pomoci klientům s možným onemocněním poruchou příjmu potravy, pro které je obtížné setkat se s odborníkem z očí do očí, mají respekt z poskytovaných služeb nebo se chtějí o problematice informovat ve vztahu k sobě či pro někoho jiného ze svého okolí ohroženého poruchou příjmu potravy.

Dle Perkins & Murphyho & Schmidta & Williamse (2006) se svépomocné manuály a svépomocné programy jeví jako možné přemostění a přiblížení ke těmto klientům.

Tato forma pomoci poskytuje možnost načerpat informace a získat přehled o onemocnění, o možnostech řešení problému patologického jídelního chování. Zároveň si potencionální klient s poruchou příjmu potravy nastavuje zvolení léčebného postupu sám sobě na míru, na základě „samozhodnocení“ svého problému. Parametry samoléčby však následně mohou být dvojsečné (Procházková &Sladká-Ševčíková, 2017). Na jednu stranu podle Rogersova psychoterapeutického přístupu je klient expertem, ví o sobě nejlépe a lze mu důvěřovat v jeho růstovém potenciálu, na druhou stranu klient nemusí mít náhled na problém a je zapotřebí právě konfrontace s odborníkem pro učinění vhodné změny (Šiffelová, 2010).

Dle Coopera (2014) mnoho lidí své problémy s kontrolou v jídle překoná, aniž by vyhledali odbornou pomoc. Některým stačilo znovu začít jíst rozumně, přestat užívat laxativa či diuretika, ale co je nejdůležitější, přestali být neustále pod kontrolou jídla a kontroly svého vzhledu. Mnoho osob ohrožených poruchami příjmu potravy však potřebuje odbornou pomoc a je zásadní, aby ji vyhledaly. Je však ale jistý podíl těch, kteří využijí svépomocných manuálů či skupin ke změně chování a skutečně jim tato forma pomoci stačí.

3.1.5 Psychoterapeutická setkání

Jak uvádí Švédová (2012), porucha příjmu potravy je primárně psychickým onemocněním a její terapie by měla být společnou prací klienta a terapeuta – psychiatra, psychologa, psychoterapeuta a nutričního terapeuta, případně sociálního pracovníka či sociálního terapeuta. Psychoterapie poskytuje náhled na počátek poruchy příjmu potravy a na příčiny propuknutí celého onemocnění. Nástrojem psychoterapeuta je rozhovor. Existuje však celá řada dalších psychoterapeutických přístupů, kdy terapie může probíhat prostřednictvím hudby, pohybů či tance.

3.2 Hospitalizace

Hospitalizace je forma léčby pro klienty, u nichž je indikována potřeba lékařské stabilizace. U této formy léčby není rozhodující motivace klienta ke změně patologického chování, nýbrž jeho akutní somatický stav. Pokud však má být léčba pro klienta přínosem, pak je spolupráce klienta nepostradatelnou součástí léčebného procesu. Mezi hlavní kritéria, jež indikují vhodnost nástupu do léčby formou hospitalizace, patří dosažení velkého a rychlého váhového úbytku, nezbytnost návratu k normální tělesné hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u kachektických klientů, přerušení patologického chování, jež klienta bezprostředně ohrožuje, léčba duální diagnózy, například těžké deprese, zneužívání psychoaktivních látek, sebepoškozování, riziko sebevraždy, problematické rodinné prostředí, a setrvávání v ambulantní péči déle než dva měsíce bez žádoucích výsledků ve změně chování či u klientek s dalším závažným onemocněním.

V rámci léčby mají klientky skupinové terapie, individuální plány, arteterapie, taneční terapie, muzikoterapie či ergoterapie. Na oddělení je multidisciplinární tým, zpravidla složený z psychologa, psychiatra, nutriční terapeutky, zdravotních sester a terapeuta (Procházková &Sladká-Ševčíková, 2017).

Léčba probíhá na specializovaném psychiatrickém lůžkovém oddělení, standardně v délce 6 – 8 týdnů. Systém péče je založen na režimové léčbě, při níž musí klientky dodržovat terapeutický, jídelní, pracovní a sociální program.

Cílem léčby je stabilizovat klienta, zlepšit jeho somatický a psychický stav; k závěru léčby připravovat klienta na návrat do jeho běžného prostředí a udržení režimu, ve kterém bude klient schopný fungovat v každodenním životě. Na hospitalizaci by měla navazovat následná péče, která je podpůrným prostředkem pro udržení výsledku z léčby a prevenci relapsu (Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2019).

3.3 Dolečování

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy (2019) blíže specifikuje dolečování jako formu péče pro pacienty po ukončení hospitalizace. Program probíhá formou edukativních skupin. Témata se zabývají jídelním, pohybovým, pracovním režimem a způsobem kontroly příjmu potravy.

4 Centrum Anabell

Centrum Anabell vzniklo v roce 2002 a nabízí pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy. „Posláním Centra Anabell je pomoc a podpora osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým při řešení situace spojené s tímto onemocněním. Centrum Anabell je stabilní organizace, v ČR je uznávaným odborníkem na meziresortní péči a podporu pro osoby s poruchami příjmu potravy a jejich blízké“ (Sladká-Ševčíková, 2018, s. 4). Cílovou skupinou poskytovaných služeb nejsou pouze samotní klienti potýkající se s poruchou příjmu potravy, ale zaměřují se i na klientovo okolí, rodinu, přátele, partnery, učitele. Klienti mohou využít odborných sociálních, poradenských a terapeutických služeb v Kontaktních centrech Anabell v Brně, Praze a Ostravě (Sladká-Ševčíková, 2018).

4.1 Služby poskytované prostřednictvím osobního kontaktu s pracovníkem

Centrum Anabell je složeno z multidisciplinárního týmu, jež poskytuje poradenskou práci jak v prostorách pražského, brněnského a ostravského zařízení, tak i v terénu.

4.1.1 Odborné sociální poradenství

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách díle 2 § 37 sociální poradenství zahrnuje:

a) základní sociální poradenství,

b) odborné sociální poradenství.

(2) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

(3) Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Principem práce je dle Procházkové & Sladké-Ševčíkové (2017) setkávání na bázi podpory, aktivního naslouchání, dotazování. Během poradenství jsou do sezení vnášeny prvky edukace v oblasti zdravého životního stylu, ale i náhledu na onemocnění. Při práci s klientem se dynamicky upravuje cíl práce, dle potřeb

klienta se uzpůsobuje i forma péče. Po delší práci s klientem může dojít k indikování do jiného, více vyhovujícího typu péče.

Sociální poradenství může také sloužit jako přechodný typ péče, kdy se klient odhodlá řešit svůj problém, ale u jiného typu služby je na pořadníku. Odborné sociální poradenství poté dle Procházkové &Sladké-Ševčíkové (2017) slouží jako podpůrný prvek motivace klienta, vyplňuje prostor, jež může být rizikový pro návrat do prekontemplace či kontemplace na kole změny. Sociální pracovník využívá metody rozhovoru k pomoci klientovi s poruchou příjmu potravy. Intervence bychom mohli rozdělit na individuální, skupinovou a rodinnou sociální práci (Procházková &Sladká-Ševčíková, 2017). Kontaktní zařízení v Brně dále poskytuje v rámci služeb odborného sociálního poradenství i psychologické poradenství.

4.1.2 Terénní program

Terénní program pro klienty s poruchami příjmu potravy funguje v současnosti pouze v Brně. Služba, která je poskytována klientům od 15 let, dále umožňuje odborné sociální poradenství v terénu v případě, že klient nechce do zařízení přímo dojít. Terénní sociální pracovnice se může scházet s klienty v kavárně, doma, ve škole, ale i ve studovně. Pracovnice zároveň může sloužit jako doprovod k lékaři, pokud má například klient zdravotní problémy a nechce jít sám či s rodiči (sociální pracovnice Centra Anabell, z.ú., 2019).

V rámci této služby se Anabell snaží o navázání smlouvy s nemocnicí, kde jsou někteří klienti hospitalizovaní, kde by v ideálním případě byla pracovnice centra Anabell přítomna jeden den v týdnu formou stáže. Prostřednictvím pohybu na oddělení, kde jsou klienti hospitalizováni, by pracovnice na základě stáže poté mohla předávat informace o průběhu léčby jak klientům, tak i ostatním kolegům (Centrum Anabell, z.ú., 2019).

4.1.3 Nutriční poradna

Nutriční poradenství je poskytováno komukoliv, kdo vyhledá pomoc se stravováním v souvislosti s poruchou příjmu potravy. Služba je poskytována i osobám, kterých se problém se stravování přímo netýká, parterům, rodinným příslušníkům či přátelům. Nutriční poradkyně konzultuje s klientem aktuální situaci, stanoví s klientem cíle spolupráce a podporuje jej v zavedení režimu do každodenního života. V poradně řeší klienti nejen samotné jídlo, ale také i pocity ohledně stravování a změn svého těla či téma zakázaných a povolených potravin. Nutriční terapeut může také edukovat ostatní pracovníky zařízení, kteří poté mohou informace využít na během sociální práce s klientem (Centrum Anabell, z.ú., 2019). *„Klienti mají častokrát pocit, že když všechno vyzvrací, tak nepřiberou, že nic v žaludku nezůstane. To ale není pravda, díky naší nutriční jsem se to taky*

dozvěděla a teď to můžu při konzultacích využít“ (sociální pracovnice Centra Anabell, z.ú., 2019).

4.1.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie poskytuje komplexní přístup k léčbě poruch příjmu potravy. Dává prostor rodině a blízkému okolí klienta k sdílení pocitů, k vyjádření emocí a obav ohledně všeho, co je s poruchou spjaté. Službu zajišťuje psychoterapeutka, sociální pracovnice a nutriční terapeutka. V rámci služby je poskytována i možnost setkání se s jinou rodinou, která řeší podobné problémy v řešení poruchy příjmu potravy. Setkání probíhají v Praze, jsou poskytovány pro mladé a mladistvé (9–18 let) a jejich rodiny a fungují v souladu s principy bezplatnosti, anonymity, respektu a důvěry (Centrum Anabell, z.ú., 2019).

4.1.5 Externí odborníci a centrum pro zdraví a prevenci nemocí

V rámci spolupráce multidisciplinárního týmu poskytuje zařízení Anabell možnost referovat klienta k dalšímu odborníkovi – psychologovi, nutričnímu terapeutovi, pracovníkovi s psychoterapeutickým výcvikem, kteří nabízejí terapii v řešení poruch příjmu potravy (Centrum Anabell, z.ú., 2019).

„V Kontaktním centru Anabell Brno je možno využít nabídky konzultací s lékařkami (základní atestace pediatrie a neurologie) specializovanými na tradiční čínskou medicínu“ (Sladká – Ševčíková, 2018, s. 7).

4.1.6 Svépomocné skupiny, peer konzultace, rozvojový kurz

Svépomocné skupiny jsou formou terapie poruch příjmu potravy, kde se setkávají pouze klienti potýkající se s jakýmkoliv problémem ohledně poruchy příjmu potravy. Skupina je vedená peer konzultanty, tedy specializovanými pracovníky, kteří sami prošli poruchou příjmu potravy. Témata skupiny se dynamicky mění dle aktuálních potřeb klientů. Setkávání funguje na principu podpory, porozumění, pochopení a pocitu sounáležitosti.

Rozvojový kurz poskytuje možnost klientům sdílet pocity, problémy a zkušenosti v rámci potýkání se s poruchou příjmu potravy. Zároveň funguje jako edukační prostředek o možnostech řešení komplikací a života s poruchou příjmu potravy. Je veden dvěma lektory, psychologem/terapeutem a nutričním terapeutem, je určen pro klienty od 15 let (Centrum Anabell, z.ú., 2019).

4.1.7 Skupinové programy následné péče

V Kontaktním centru Anabell v Brně je nově zřízená služba následné péče, jež je poskytována klientům od 15 let, žijícím v brněnské metropolitní oblasti. Kritériem pro nástup do programu je absolvovaná hospitalizace či aktuální ambulantní péče. Program pokrývají skupinové terapie, skupiny seberozvoje a

trénink zvládání náročných situací. Program je dále každý pracovní den od 10:30 do 18:30, je veden psycholožkou a sociální pracovnicí (Centrum Anabell, z.ú., 2019).

Tabulka 1 - Program následné péče v Centru Anabell

	10:30 – 12:30 hod.	**12:30 – 14:30 hod.**	**14:30 – 16:30 hod.**	**16:30 – 18:30 hod.**
Pondělí	Individuální konzultace s klienty			Skupinová terapie
Úterý	Nácvik náročných situací		Skupina seberozvoje	Skupinová terapie
Středa	Nácvik náročných situací		Skupina seberozvoje	Skupinová terapie
Čtvrtek	Nácvik náročných situací		Skupina seberozvoje	Skupinová terapie
Pátek	Nácvik náročných situací			

Zdroj: Centrum Anabell, z.ú., 2019

4.2 Služby poskytované telefonicky a prostřednictvím internetu

4.2.1 Linka Anabell a internetové poradenství

Linka Anabell slouží jako telefonická krizová pomoc již od roku 2005. Na lince poskytuje odpovědi na otázky ohledně poruch příjmu potravy speciálně vyškolený pracovník v telefonické krizové pomoci. Linka je určená pro jak pro klienty, rodinu, přátelé, tak i pro člověka, jež se s poruchou příjmu potravy nepotýká a „pouze“ se o problematiku zajímá. Linka Anabell pak ctí zásady anonymity a důvěrnosti, rovnocenného přístupu, podpory aktivního a samostatného řešení vlastní situace a ochranu života.

Internetové poradenství může být metodou komunikace mezi klientem sociálním pracovníkem v případě, že je pro klienta obtížné setkat se s odborníkem z očí do očí. Internetové poradenství má výhody v dostupnosti a anonymitě, klient může informace získat relativně snadno a rychle. K informacím se může zpětně dostat a dohledat si konkrétní informace, jež ho zajímají. Internetové poradenství má výhodu v uchování dat, kdy si klient může přečíst získané informace později, například v situaci, která je pro něj obtížná a se získanou edukací ji například

může dokázat sám řešit (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

4.2.2 Korespondenční kurz, diskuzní fórum a knihovna Anabell

Korespondenční kurz je služba, jež funguje na bázi elektronické komunikace mezi klientem a pracovníkem – konkrétně psychologem či psychoterapeutem. Jedná se o krátkodobý kontakt s poradcem, který klienta provádí problematikou poruch příjmu potravy a oblasteí s jídlem blízce spjatých; jídlo a já, jídlo a sex, jídlo a práce, jídlo a vztahy, jídlo a média, jídlo a mé tělo (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

„Diskusní fórum vytváří prostor pro každého, kdo potřebuje poradit či sdílet zkušenosti s léčbou poruch příjmu potravy“ (Centrum Anabell, z.ú., 2019).

Knihovna dále poskytuje řadu titulů vydaných přímo Centrem Anabell. Všechny publikace jsou poskytovány bezplatně (Centrum Anabell, z.ú., 2017).

5 Duální diagnózy

Pojem duální diagnóza je dle Kaliny a Minaříka (2015) používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. Jinými slovy jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, jíž se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho klienta. „*Oscilace mezi těmito dvěma syndromy může být ilustrací etiologické hypotézy o společných kořenech závislostní poruchy a jiné poruchy duševního zdraví“* (Kalina & Minařík in Kalina, 2015, s. 225).

5.1 Prevalence duálních diagnóz

Duální diagnózy a psychologické komplikace zneužívání návykových látek nejsou okrajovým problémem. Dle Leshnera (1999) trpí 30% - 60% osob zneužívajících návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou (Nešpor in Kalina, 2003).

Torrens, Mestre-Pintó a Domingo-Salvany (2017) uvádí, že v Evropě je mezi osobami s adiktologickou poruchou současně přítomná porucha příjmu potravy více než ve 35 % v porovnání s 1–3% prevalencí v obecné populaci.

V první české studii prevalence duálních diagnóz bylo nalezeno u vzorku 200 léčených klientů závislých na opiátech a metamfetaminu 35% psychiatrické komorbidity. Jak píše Kalina a Vácha (2013), z realizovaného šetření v klientele terapeutických komunit v roce 2012 vyplynulo, že psychiatrické komorbidity se blíží téměř 47%.

Dle Papežové (2012) lze hovořit ve spektru poruch příjmu potravy o psychiatrických komorbiditách ve 47% - 75% případů, můžeme je tedy označit za poměrně častou komplikaci léčby. Chládková (2015) zmiňuje, že u poruch příjmu potravy je častou komorbiditou zneužívání návykových látek a alkoholu. Rysy závislostního chování můžeme pozorovat u 30 - 37 % bulimických pacientek a to převážně jako následek poruchy příjmu potravy.

Z realizovaného výzkumu Chládkové (2015) na oddělení a stacionáři pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN vyplynulo, že ze souboru 35 pacientek vyšly dvě respondenty jako závislé na alkoholu, pět respondentek vykazuje vysokou úroveň problémů s alkoholem, čtyři střední potíže s pitím alkoholu. U pacientek s mentální anorexií je pak vysoký výskyt zneužívání látek podporujících hubnutí, kdy jejich užívání potvrdilo 35 % z nich, tedy u 7 z 20 pacientek s mentální anorexií.

Jak píše Heller a Pecinovská (2011), v kontextu duálních diagnóz může být u poruch příjmu potravy současně sledován výskyt závislosti na návykových látkách. „*Rozvinutá porucha příjmu potravy zejména bulimického typu je ideálním terénem po rozvoj závislosti na alkoholu i jiných návykových látkách, neboť jejich*

účinky zpočátku vyvolávají dojem řešení bulimického či anorektického problému“ (Heller, Pecinovská, 2011, s. 88).

V rámci studie Čejdové (2014) bylo zpracováno dotazníkové šetření zaměřené na souvislosti poruch příjmu potravy a problémového užívání drog. Výzkumný soubor tvořilo celkem 37 žen ve věku 17 – 41 let. Respondentky byly klientkami substituční léčby a kontaktního centra v Brně. Z celkového vzorku 37 klientek byla porucha příjmu potravy v minulosti diagnostikovaná 10 klientkám, tedy 27% respondentkám. Za dobu užívání drog se hmotnost snížila 27 klientkám, tedy 73% respondentkám. „*Podíl klientek s tělesnou hmotností pod hranicí normální hmotnosti (tj. BMI < 18,5) či s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy byl významně vyšší než v obecné populaci a byl vázán především na užívání pervitinu*“ (Mravčík et al., 2014, s. 108).

6 Východiska využití adiktologa ve službách zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy

V této kapitole přiblížím profesi adiktologa a možným využitím jeho kompetencí ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy.

6.1 Podobnosti klientů se závislostí a klientů s poruchou příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou být některými odborníky řazeny mezi diagnózu závislosti, avšak cílem této práce není poruchy příjmu potravy pod diagnózu závislosti zařadit, ale pomocí diagnostických kritérií závislosti získat opěrné body pro tvrzení, že poruchy příjmu potravy vykazují návykové rysy, které vykazují podobnost s jinými závislostmi. Podobné rysy v chování klientů se závislostí a klientů s poruchou příjmu potravy mohou být opěrným bodem pro tvrzení, že adiktolog může pracovat s klienty s poruchou příjmu potravy.

Dle Hollen (2009) je závislost definovaná jako komplexní porucha, jejíž základní diagnostickou charakteristikou je opakované nutkání užít určitou látku nebo oddávat se určitému chování navzdory negativním důsledkům. Jak uvádí Vacek a Vondráčková (2015), nyní se odborníci zabývají širší konceptualizací pojmu závislost. V současné MKN – 10 je pojem závislost spojen pouze s poruchami, které jsou vyvolány užíváním nějaké psychoaktivní látky, přesněji řečeno s diagnózou syndromu závislosti. V pracovní verzi MKN – 11 se již objevuje pojem „behaviorální závislost“, jež zahrnuje patologické hráčství a „určité specifikované behaviorální závislosti (Vacek & Vondráčková in Kalina, 2015). Poruchy příjmu potravy pro svůj charakter závislostního chování ve vztahu k určité aktivitě definovala spíše jako podobné nelátkové závislosti.

Vacek & Vondráčková (in Kalina, 2015) tematizují kritéria závislosti dle Griffithse. Griffiths (1996) uvádí, že podmínkou pro stanovení diagnózy behaviorální závislosti je šest projevů, a sice:

1. význačnost (konkrétní aktivita se stane nejdůležitější aktivitou v životě jedince a dominuje v jeho myšlení, pocitech a chování)

2. změna nálady v důsledku zahájení určité aktivity, která má zejména charakter zvládací strategie

3. tolerance

4. abstinenční příznaky

5. interpersonální či intrapersonální konflikt

6. relaps.

Dle MKN – 10 se pro stanovení diagnózy závislosti na psychoaktivní látce či substanci objevuje u jedince tři a více následujících projevů:

1. silná touha užít látku

2. zaujetí užíváním látky, projevující se narůstající redukcí jiných zálib a zájmů, zvýšením množství času nutného k získání látky nebo zotavení se z jejích účinků

3. potíže v kontrole užívání látky

4. pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků

5. zvýšená tolerance k účinku látky

6. somatický odvykací stav nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky (Jeřábek in Kalina, 2015).

Sussman & Sussman (2011) ve své studii identifikovali pět komponent, ve kterých se kritéria překrývají. Mezi projevy závislosti dle studie patří (a) angažovanost v chování zaměřeného na dosažení příznivých účinků (b) zaujetí tímto chováním (c) dosahování uspokojení (d) ztráta kontroly a (e) prožívání negativních důsledků.

Pokud se zamyslíme nad podobnostmi klientů v kontextu výše zmíněných jevů, považuji za nutné ke kritériím, která jsou společné pro diagnózu závislosti na psychoaktivní látce a pro závislostní chování, připojit ještě téma cravingu. Tato témata pak spojují nejen klienty s poruchami příjmu potravy a klienty se závislostí. Téma cravingu, jež bychom u klientů s poruchou příjmu potravy mohli definovat jako touhu po záchvatovitém přejídání a následné ztrátě kontroly nad impulzivním chováním je na první pohled zřetelnější u klientů trpících bulimií. Klienti popisují procesy, kdy dochází ke ztrátě kontroly nad množstvím zkonzumovaného jídla a krátkodobému uspokojení. Zanedlouho však tento pocit naplnění vystřídá pocit znechucení, zklamání, selhání a výčitek, který je následován zvracením, užíváním diuretik či nadměrným cvičením (Heller& Pecinovská, 2011).

U klientů trpících anorexií je téma cravingu také často zmiňované, avšak na první pohled nemusí být craving jednoduše identifikovatelný. U klientů s mentální anorexií či atypickou mentální anorexií bychom craving mohli definovat spíše jako touhu po hladovění, po úspěšném vyhýbání se jídlu, pocitu štíhlosti díky celodennímu hladovění. *„Nevhodné jídelní postoje nemocných se často příliš neodlišují od postojů referenčního prostředí a jejich nesprávné jídelní zvyky jim v určitém směru přinášejí uspokojení“* (Krch, 1999, s. 11).

V diagnostických kritériích Griftthse (Vacek & Vondráčková in Kalina, 2015) najdeme pojem význačnost, který může u klientů s poruchou příjmu potravy

během onemocnění být spojen s jistou izolací, až k vypadnutí ze sociálního života. Klient se uzavírá sám do své bubliny, uzpůsobuje si denní režim podle svých jídelních návyků, podle svých cvičebních rituálů. Mění své návyky ve prospěch patologického chování vůči svému tělu, ve prospěch poruchy příjmu potravy. Klienti s poruchou příjmu potravy hovoří o tom, že se na místa, která mají spojená s hladověním nebo naopak s konzumací, nevracejí, snaží se měnit své návyky. Klienti dokonce zmiňují i téma bezpečných lidí, se kterými se dál nestýkají, kteří je nutí myslet na nepříjemnou minulost, a jejich přítomnost jim přináší obavu na možné zhoršení psychosomatického stavu a zvyšuje jejich pocity zranitelnosti (Krch, 2019).

Pro ilustraci přikládám tabulku, jež srovnává jednotlivá kritéria Sussmana & Sussmana, Griffithse a MKN – 10 pro stanovení diagnózy syndromu závislosti. Pro úplnost přikládám i podobnosti závislosti na návykových látkách a mentální bulimie dle Pecinovské (2011).

Tabulka 2 - Srovnání diagnostickýách kritérií Sussmana &Sussmana, Griffithse a MKN – 10 pro stanovení diagnózy syndromu závislosti

Autor	Pecinovská (2011)	Sussman & Sussman (2011)	Griffiths (1996)	MKN - 10
Počet projevů pro stanovení diagnózy	-	Všech pět projevů	Všech šest projevů	Tři a více projevů
Specifika typu posuzovaného jevu	Podobnost závislosti na návykových látkách a mentální bulimie	Překrývání kritérií behaviorální a látkové závislosti	Behaviorální závislost	Závislost na psychoaktivní látce či substanci
1.kritérium	Výskyt chování zaměřeného na dosažení uspokojení			
2. kritérium	Dosahování dočasného uspokojení	Změna nálady v důsledku zahájení určité aktivity, která má charakter zvládací strategie		
3. kritérium	Drogocentrismus – zaujetí hmotností či jídlem	Zaujetí chováním zaměřeným na dosažení uspokojení	Význačnost (určitá aktivita se stane nejdůležitější aktivitou v životě jedince a dominuje v jeho myšlení, pocitech a chování)	Zaujetí užíváním látky projevující se narůstající redukcí jiných zálib a zájmů, zvýšením množství času nutného k získání látky nebo zotavení se z jejích účinků
4. kritérium	Porucha kontroly užívání drogy – záchvaty přejídání s poruchou kontroly nad jídlem	Ztráta kontroly	Relaps	Potíže v kontrole užívání látky
5. kritérium		Zažívání negativních následků	Interpersonální či intrapersonální konflikt	Pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků
6. kritérium			Tolerance	Zvýšená tolerance k účinku látky
7. kritérium			Abstinenční příznaky	Somatický odvykací stav nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky
8. kritérium	Craving – myšlenky na jídlo			Silná touha nebo nutkání užít látku
	Adiktivní chování			

Zdroj: Vacek & Vondráčková in Kalina, 2015, Heller& Pecinovská, 2011.

Obě skupiny klientů spojuje skutečnost, že v léčbě musí dojít ke komplexní změně životního stylu a všeho s tím spojeného. Pro obě dvě skupiny klientů není jednoduché se zcela zbavit abnormálního postoje k dané problematice, ať jde o jídlo, či návykové látky. „*Je důležité poruchu příjmu potravy považovat za Achillovu patu, která se může znovu projevit v době stresu*“ (Papežová, 2012, s. 53)

V této souvislosti se může stát, že klienti jako řešení krizové nebo náročné situace mohou zvolit jednodušší cestu v podobě patologického jídelního chování, užívání návykové látky či jiného závislostního chování (Krch, 2019). „*Onemocnění tak může představovat výhody, zisky, zatímco uzdravení a návrat do normálního světa může představovat hrozbu*“ (Papežová &Hanusová, 2012, s. 9). Návrat do známého prostředí samotného onemocnění, do bezpečného světa, kde mi nemoc utváří „bublinu“ před okolním světem a problémy, může být důvodem pro relaps u klientů s poruchou příjmu potravy i klientů se závislostí.

6.2 Profese adiktologa

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2014) je adiktolog nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který se uplatní ve všech typech specializovaných služeb pro osoby ohrožené závislostí.

Za výkon povolání adiktologa považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie.

Absolvent oboru adiktologie se však může uplatnit i ve školách a školských zařízeních, státní správě a specializovaných oblastech jako jsou vězeňství, armáda či policie (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

V současnosti je profese adiktologa ukotvena v § 22 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

(1) Adiktolog vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může

a) provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta,

b) provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění,

c) stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,

d) provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek,

e) provádět individuální skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii,

f) instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek,

g) provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.

(2) Adiktolog na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci může vypracovávat v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí komplexní léčebný plán a koordinovat jeho realizaci.

(3) Adiktolog pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může

a) spolupracovat při systematické individuální, skupinové a rodinné psychoterapii,

b) asistovat při psychiatrických vyšetřeních.

Miovský (2018) zmiňuje, že adiktolog je generickým[14] odborníkem, který integruje terapeutické dovednosti s dovednostmi v oblasti prevence a harm reduction a má v České republice unikátní postavení odborníka kompetentního k samostatnému výkonu povolání ve zdravotnictví.

Jak píše Kalina (2015), obor adiktologie se dnes již neomezuje jen na tradiční oblasti zneužívání alkoholu a nezákonných drog, ale zahrnuje i tabák a nelátkové závislosti, jako je například gambling či internetové závislostní poruchy. Adiktologie přináší náhled na situaci z jiné perspektivy, kdy právě u studia specifických forem lidského chování je tato otevřenost dalšímu náhledu velmi důležitá a obohacující.

[14] generický neboli neutrální člen týmu,adiktolog je schopný integrovat a působit jako mediátor mezi různými profesemi podílejícími se na prevenci a léčbě (Ministerstvo zdravotnictví, 2014)

Praktická část

7 Metodologický rámec

Výzkum je kazuistickou studií centra Anabell. Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou metodologii, neboť dle Dismana (2011) je cílem kvalitativního výzkumu vytváření nového porozumění, nových hypotéz a nových teorií.

7.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce je nastínit možné rozšíření působnostního pole profese adiktologa ve službách zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy a formou rozhovorů s pracovníky zvoleného zařízení přiblížit jeho možné poslání a úlohu v terapeutickém týmu.

Dílčím cílem rozhovorů je získat přímo od pracovníků informace o poskytované péči pro klienty s duální diagnózou.

1) Vnímají pracovníci centra Anabell podobnosti v onemocnění poruchou příjmu potravy a závislostním chování?

2) Jaký mají pracovníci centra Anabell postoj ke klientovi s duální diagnózou?

3) Jaký je postoj pracovníků centra Anabell k aktuálně dostupné péči pro klienty s duální diagnózou?

4) Jaké mají povědomí pracovníci centra Anabell o profesi adiktologa?

5) Jaký postoj mají pracovníci k možnému zapojení adiktologa do léčby poruch příjmu potravy?

7.2 Výběr případu

Centrum Anabell jsem pro provádění výzkumné části vybrala z toho důvodu, že jde o jediné zařízení, které se v České republice specializuje na poskytování sociální péče pro osoby ohrožené poruchami příjmu potravy. První volbou při dotazování ohledně možnosti provedení rozhovoru s pracovníky bylo pražské Kontaktní centrum Anabell.

Původně jsem měla v úmyslu zpracovat studii pouze pražského centra, neboť jsem si myslela, že mají v týmu více pracovníků.

Při zjištění, že pražské Kontaktní centrum Anabell má pouze dvě pracovnice, jsem rozšířila výběr výzkumného vzorku i na ostatní kontaktní centra v České republice.

Navázáním úspěšné spolupráce s pražským Kontaktním centrem se mi otevřela možnost zkontaktovat i brněnské a ostravské Kontaktní centrum, kde

jsem v průběhu ledna až března 2019 provedla rozhovory s jednotlivými pracovníky.

Celkově v Centru Anabell po celé České republice pracuje 26 pracovníků, z toho 2 ve vedení organizace, 12 v Kontaktním centru v Brně, 7 v Kontaktním centru v Praze a 5 v Kontaktním centru v Ostravě. Oslovila jsem formou emailové komunikace všechna Kontaktní centra Anabell a bez bližší specifikace nároků na respondenta. Metoda výběru pracovníka do výzkumu byla ovlivněná tím, zdali měl zájem na výzkumu participovat a zdali souhlasil se zpracováním získaných informací. Dostalo se mi 8 nabídek ke spolupráci, ale vzhledem k následnému neshodnutí na termínu rozhovoru jsem se rozhovor mohla uskutečnit se 4 pracovníky.

Výzkumný soubor tedy tvořili celkem 4 osoby pracující v Kontaktních centrech Anabell na různých pracovních pozicích. Mezi respondenty byli 3 sociální pracovníci, 1 psycholog. Jeden ze sociálních pracovníků byl zároveň i peer konzultant.

Předem jsem byla seznámena s tím, že každý rozhovor bude v účetnictví centra Anabell veden jako „odborná konzultace“ a bude zpoplatněn, a to konkrétně částkou 300 Kč / hodina.

7.2.1 Etické aspekty

Respondenti byli s dostatečným předstihem seznámeni s účelem a obsahem rozhovoru. Před uskutečněním rozhovoru jsem respondentům poskytla informace ohledně své práce i samotného výzkumu. Dále jsem respondentům dávala podepsat informovaný souhlas ve dvou kopiích, nebylo nutné je nahrávat k rozhovoru. Respondent byl seznámen s tím, že může kdykoliv svou participaci na výzkumu ukončit.

Účast respondentů na výzkumu byla dobrovolná a anonymní, s respondenty jsem se domluvila, že v rámci konkretizace údajů zmíním pouze název zařízení, ve kterém rozhovor probíhal a jejich pracovní pozici. Jména respondentů zůstávají skryta a anonymizována.

Konkretizace názvu zařízení v této práci byla schválena na základě emailové korespondence s PhDr. Ing. Janou Sladkou Ševčíkovou, ředitelkou centra Anabell.

7.3 Metoda získávání dat

Sběr dat probíhal formou semi-strukturovaných rozhovorů. Před rozhovorem jsem si vytvořila osnovu pro prozkoumání předpokládání témat a jejich bližší rozebrání. Semi-strukturované rozhovory jsou vhodné pro podrobnější rozebrání témat vyvstalých během narativního interview (Hendl, 2006).

Při provádění výzkumné části své práce jsem měla vypracovaný okruh otázek, který mi pomohl držet strukturu rozhovoru. Zároveň mi otázky sloužily jako výchozí bod v případě, že rozhovor sklouzával od stanoveného tématu.

Okruh otázek přikládám do přílohy číslo 1.

Rozhovory probíhaly cca 30 - 40 minut, dle sdílnosti a ochoty respondenta k poskytování informací.

Rozložení rozhovoru bylo následovné:

1. přivítání a představení; představila jsem sama sebe a svou práci, respondentovi jsem stručně sdělila účel a cíl rozhovoru. Obeznámila jsem respondenta s časovým rozložením rozhovoru a s tím, že před sebou budu mít okruh otázek. Následně jsem podrobně vysvětlila zaměření své práce.
2. informovaný souhlas; respondenti dostali k podpisu informovaný souhlas. Měli prostor pro přečtení, doptání se a podepsání. Respondentům byla poskytnuta jedna kopie. Vzor informovaného souhlasu přikládám v příloze číslo 2.
3. informování respondenta o výzkumu; respondent byl informován o etických aspektech výzkumu, o možném odstoupení od výzkumu. Zároveň byl obeznámen s tím, že rozhovor bude nahráván a pro účely této práce přepisován.
4. prostor pro otázky; respondentovi byl dán prostor pro dodatečné otázky ohledně výzkumu a celé studie.
5. rozhovor.
6. poděkování za účast.

7.4 Analýza dat

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a audiozáznam jsem dále přepisovala do dokumentu MS Word. Audiozáznamy jsem po zaznamenání dat vymazala.

Při analýze jsem audiozáznamy rozhovorů doslovně přepsala a poté jsem přistoupila k označování podobných částí rozhovorů a kategorizování. Vlastní analýzu dat jsem uskutečnila prostřednictvím kódování, které lze popsat jako „*proces identifikace a systematizace označení významových celků, dle vytvořených kritérií*“ Miovský (2006, s. 219).

Levínská (2014) rozděluje kódování na tři fáze – fázi otevřeného kódování, axiálního kódování a selektivního kódování.

V první části analýzy jsem záznamy četla a označovala si jednotlivé významné úseky. Při označování jsem pracovala i s osnovou rozhovoru, tak aby nedošlo k vynechání některé z oblastí zkoumaného jevu. Témata, která mi přišla zajímavá, ale nespadala do výzkumných otázek jsem si označovala odlišně, abych je následně uvedla do kapitoly sekundární zjištění výzkumu.

Data, která byla propojena podobnými klíčovými slovy, jsem spojila do jednoho pre-kategorického celku (Levínská, 2014). V rámci axiálního kódování jsem zjišťovala vazby mezi pre-kategoriemi a jejich rozhodující vliv. Během selektivního kódování jsem utvářela závěry, které vyplývaly z vazeb mezi kategoriemi.

8 Výsledky

8.1 Představení centra Anabell

V první části rozhovoru jsem své dotazy směřovala k představení centra Anabell.

Zajímavé bylo, že někteří pracovníci ihned začali popisovat služby, jež Anabell nabízí, kdežto dva z pracovníků v úvodu představili sami sebe, svou pozici a úlohu v týmu.

Většina dotázaných začala bez váhání strukturovaně definovat jednotlivé možnosti péče a všechny služby, které mohou klienti v Kontaktním centrum Anabell využít.

„*Organizace Anabell pracuje s klienty potýkajícími se s poruchami příjmu potravy, ale i s jejich blízkými lidmi. Cílovou skupinou nejsou jen samotní klienti, ale i partneři, kamarádi, rodina, učitelé. Máme spoustu služeb, odvíjí se ale od aktuálních dotací. V každém zařízení Anabell bez ohledu na projekty poskytujeme odborné sociální poradenství a telefonickou krizovou pomoc*“ (sociální pracovnice z brněnského centra Anabell).

„*Většinou je to forma podpory, většinou, pokud jsou v terapii, tak potom už nemají zájem do poradenství chodit*“ (sociální pracovnice z brněnského centra Anabell).

„*Pracuji na pozici peer konzultanta. V Praze je to úplně jinak, my jsme začínali hodně na sociálních sítích, hodně přes emaily a takhle jsme se vlastně snažili dostat... vlastně když to tak řeknu „pod kůži“ těm klientům a získávat si postupně ty klienty a vlastně dostat je i potom nějak do té poradny a zkusit na nějaké té práci ukázat, že člověk se zkušeností může být úplně normální člověk... a právě taková ta transparentnost a otevřenost v tomto na ty klienty hodně dobře působila a pomohla nám se k nim dostat“ „ Praze je spoustu projektů a je to tam trošku jinak.... a tím, že jsme se to vlastně rozhodli nějakým způsobem my dělat, protože je to tady důležité v našem kraji, protože přece jenom je ta klientela jiná než v Praze... v Praze je to takový víc otevřený, ty klienty tady je pořád hledat, je to takový hodně uzavřený*“ (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Takže kromě klasických OSPéček a konzultací se teďka má vlastně dělat další projekt tím, že tady bude rodinná terapie*“ (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell)

Z proběhlých rozhovorů v ostravském Kontaktním centru Anabell vyšlo zajímavé zjištění ohledně osob ohrožených poruchami příjmu potravy. Peer

pracovnice označila klienty ohrožené poruchami příjmu potravy v okolí Ostravy za tzv. skrytou klientelu, s nutností ji vyhledávat a oslovovat.

„*V centru Anabell dělám odborné psychologické poradenství v rámci projektu, kde se pracuje s rodinami, což je vlastně rozjetý projekt v rámci spolupráce s rodinami. Zároveň máme nakombinované s primární prevencí, kam taky chodím tam se střídáme s kolegyní… potom je tady možnost peer konzultace, nutriční poradenství a od dubna bude možnost rodinného poradenství, kde bude přítomný psycholog - tedy já - pak nutriční terapeutka. Zároveň ještě v online prostoru pracují kolegyně, které fungují buďto na nějakých sociálních sítích nebo něco jako net street working*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*...pak jsou ještě online služby, které poskytujeme jednou za nějakou dobu. Děláme vlastně skupinové sezení a vede to ona jako peer konzultantka. Je to jako takové specifické, nejsou to žádné psychoterapeutické sezení, je to spíš takové podpůrné a skupinové sezení plus nabízíme teda školám a třeba i jiným institucím nějaké školení pracovníků či primární prevence. Přemýšlím, jestli je to všechno….plus máme tady externí odborníky*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

Navzdory tomu, že v rozhovoru zaznělo téma skryté populace klientů ohrožených poruchami příjmu potravy, však právě v Ostravě přibývají k standardně poskytovaným službám další projekty zaměřené na komplexní léčbu poruch příjmu potravy, jako je například poskytování rodinné terapie přímo v centru Anabell.

„*Během poradenství se snažíme zmapovat situaci klienta a pomoci mu najít to nejvhodnější řešení pro něj… je to hrozně individuální někdy přijdou jednou, někdy chodí pravidelně…*“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

„*Když přijde klient, tak vždycky a pak už dochází k stejnému pracovníkovi, je to i z toho důvodu, aby klient už nemusel opakovat ten svůj příběh...vlastně centrum Anabell je místo prvního kontaktu, my tady nediagnostikujeme, nedáme tomu klientovi nálepku - ano tak tuhle tu diagnózu máte - v rámci sociální práce to není to hlavní...samozřejmě doporučujeme vyhledat lékařskou pomoc, bez nich to úplně jako nejde, to je alfa omega, to jejich zdraví*“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

Výpovědi pracovníků potvrzují informace z webových stránek, spektrum služeb Centra Anabell se rozvíjí a přizpůsobuje aktuálním potřebám cílové skupiny.

8.2 Práce s klientem s duální diagnózou v centru Anabell

Otázka zaměřená na problematiku a práci s klienty s duální diagnózou vnesla do výsledků diferenciaci v odpovědích. Po zaznění otázky se všichni pracovníci na pár vteřin odmlčeli a usilovně se zamysleli. Někteří z nich působili během samotné odpovědi lehce nejistě a váhavě.

V brněnském Kontaktním centru Anabell jsem získala z rozhovoru informace, že klienta se závislostí a poruchou příjmu potravy odesílají do jiného zařízení, aby si prvně vyřešil závislost. „*...když je ten klient fakt hodně závislý, tak to většinou hodně vstupuje do té práce*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

Zároveň pokud klienta centrum Anabell odkáže do jiného typu péče, pak dle slov sociální pracovnice *„...je klidně možný, že jsme klientku odeslali do Podaných rukou a oni ji třeba nevzali. Nemáme zpětnou vazbu o další spolupráce s jiným zařízením*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Noo, aktuálně to máme nastavené tak, že pokud je ten klient v tu chvíli opravdu závislý na drogách či alkoholu, tak ho posíláme vyřešit si první tu závislost*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Je to taky na zvážení, protože zase tím, že někteří klienti nám říkali, že jim zařízení řeklo, ať si první vyřeší tu poruchu příjmu potravy. Takže si je tak trochu přepinkáváme, ale my to máme teďkon nastavené takhle. A když je ten klient fakt hodně závislý, tak to většinou hodně vstupuje do té práce. Ta práce je pak úplně jiná. Samozřejmě, pokud by klienta ta anorexie nebo porucha omezovala tolik, že by ho ohrožovala na životě, pak bychom to řešili tak, aby se nechal hospitalizovat. Pokud je na nějaké kritické váze, tak mu to doporučíme, případně pro něj rovnou zavoláme záchranku*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*...nepouštíme se do něčeho, co neumíme*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Máme to nastavené tak, že se závislostmi prostě nepracujeme. Ale určitě je pravda, že s duálníma diagnózama by bylo fajn to řešit víc*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

Dle slov sociální pracovnice brněnského centra opravdu mnohdy dochází k „*přepinkávání*“ klienta mezi službami a klient může být odkazován z jednoho typu zařízení do druhého, přičemž se mu ale nedostává žádné péče ze zmíněných služeb.

„*No, mám dojem, že z mojí pozice bych vlastně primárně řešila poruchu příjmu potravy jako takovou, ale zároveň bych se snažila je jako namotivovat k*

spolupráci s nějakým psychiatrem a nějak se to snažit korigovat..záleží, jak jsou ti klienti jako ochotni, no vlastně, když si řeknu jako jaký jsou moje kompetence, kde jsou ty moje hranice, tak mám dojem, že to jako klienti jsou vlastně i ochotní přistoupit i na něco jiného, protože ví, že je potřeba řešit vlastně obě a že nejde jako to separovat" (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*No tak já jsem měla konkrétně jednu, tak jsem se s tím vlastně setkala. Ale motivuju je k tomu, ať řeší vlastně to, co je nejvíc ohrožuje na životě a nebo spíš omezuje v životě, přeci jenom všichni si chceme zachovat jako zdraví a je třeba vyřešit tu jednu věc, aby potom mohli jako řešit další*" (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*No…Měla jsem dvě klientky. Já jsem tady teda ale rok, což je dost. Měla jsem tedy dvě, kdy konkrétně jedna byla…tedy mluvila o sobě, že má závislost na alkoholu. Teda tohle to osobně teda nějakým způsobem řekla a druhá přemýšlím, jestli to osobně vůbec řekla. Jako jestli to verbalizovala, že je závislá na drogách" „Pracovala jsem s nimi zde v Anabell, protože to zmiňovala tak, že ten pervitin jí pomáhal k něčemu nebo bylo to spojené s tím naším tématem, takže s jídlem...jo, my jsme pracovali teda zásadně na tom jídelním problému… řekněme s nějakým jako záchvatovitým přejídáním, ale zároveň tam byl ten abúzus nebo prostě to zmínily*" (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*...takže prostě se to objevovalo v těch tématech, kolikrát to byla překážka, další kompenzační mechanismus…no jasně, no tak já jsem ji odkazovala i na jiné služby nebo ne na naše služby, kde by jako mohli najít pomoc, kde se zaobírají těmi tématy závislosti… ale teda nevím, jestli takovou instituci nebo zařízení navštívili*" (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

V ostravském Kontaktním centru jsem v průběhu rozhovoru s psycholožkou získala zajímavou informaci z jejího přístupu ke klientovi s duální diagnózou. Psycholožka z centra Anabell s těmito klienty pracuje i přes závislostní problematiku zásadně na jídelním problému, ale během terapie doporučuje klientovi řešit i abúzus alkoholu či jiných návykových látek.

Považuje totiž závislost za další kompenzační mechanismus, který sice do terapie vstupuje, ale není komplikací, spíše dalším tématem, které se prolíná s poruchou příjmu potravy a je ho potřeba v terapii s klientem řešit.

Optala jsem se tedy, zdali pracovnice považuje za dostatečnou aktuálně dostupnou paralelní léčbu.

„*Motivovala jsem ji k souběžné léčbě, ať jde klidně i do jiné služby, ať chodí i k nám a ať se věnuje tomu tématu, které je pro ní dlouhodobě zatěžující*…"(psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Jo, poruchy příjmu potravy mohou být brány jako forma závislosti, ale když se bavíme o alkoholu a drogové závislosti, tak pro mě nebo já tam vidím dostačující péči o lidi, kteří si řeknou, že jsou závislí nebo že mají problém s nějakou závislostí…*“(psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

Z rozhovoru vyplynulo, že pokud se klient věnuje jednomu z témat, které ho více zužuje a řeší ho ve specializovaném zařízení, co zabývá tou konkrétní problematikou, pak pracovnice vidí dostatečné a odpovídající možnosti dostupné péče.

„*Klienti s více diagnózami sem vlastně chodí a často, ať už je to závislost nebo hraniční porucha osobnosti nebo nějaká úzkost nebo deprese... těch klientek bez nějaké další diagnózy je menší část a my vlastně ty, které kteří mají tu diagnózu další, tak motivujeme k vyhledání psychiatrické pomoci*“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

„*Stále narážíme na to, že na psychiatrii je stále nahlíženo jako na něco stigmatizujícího... pracujeme na tom, aby to pochopili, že to vlastně není vůbec nic špatnýho*“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

„*Záleží na tom, co je vlastně akutnější, pokud je klientka závislá, tak odkazuju první jako řešit tu závislost.. taky teda záleží na druhu tý závislosti, přicházejí vlastně klientky s problémem závislosti na alkoholu a pokud by přišla klientka na pervitinu, tu teda pošlu první řešit tu závislost*“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

„...*ale pokud by to byl alkohol, tak třeba může chodit do ambulance a současně u nás řešit tu poruchu příjmu potravy, závisí teda i na tom adiktologickým pracovníkovi, se kterým vlastně řeší tu závislost, jak on na to nahlíží… jestli ji třeba odkáže do střednědobý léčby nebo nějakýho komunitního programu*…“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

„...*vždycky říkám, že mají chodit řešit někam tu druhou diagnózu a asi jsem nikdy neměla klientku, která by byla psychotická… jako nesetkáváme se úplně s diagnózama, které by bylo potřeba řešit nějak samostatně*“ (sociální pracovnice z pražského Kontaktního centra Anabell).

Z rozhovoru z pražského centra vyplynula informace, že v centru Anabell je menší podíl klientů bez další přidané diagnózy, naopak většina má další diagnózy.

V pražském centru jsem se z rozhovoru dozvěděla, že se v případě práce s klientem s duální diagnózou pracovník zajímá o informaci od klienta, aby sám klient určil, která diagnóza je pro něj akutnější, více svazující a omezující ve vedení normálního způsobu života.

Poté pracovník dál zváží další postup.

8.3 Podobnosti klientů s poruchami příjmu potravy a klientů se závislostmi

Na otázku podobných rysů mezi poruchami příjmu potravy a závislostí na návykových látkách převažovalo souhlasné pokývání, kdy pracovníci během chvíle začali sami od sebe vyjmenovávat, kde vidí konkrétní podobnosti.

„*Jako vím, že obecně se hodně – jako to spíš můžu mluvit teoreticky, protože jsem neměla praxi v práci se závislýma – ale obecně mám pocit, že ty rysy chování jsou podobné jako při závislosti. I jak to klientky popisují… ony samy to často vyslovují – že jsou závislé na tom hubnout, závislé na tom přejídání. Myslím si, že na tom záchvatovitém přejídání je to úplně nejvíc vidět, že to chování je takové podobné. Klienti si kupují sladkosti, schovávají je doma, nebo že se už těší, až rodiče či spolubydlící odejdou, aby se mohli přejíst…jo, myslím si, že by to bylo zajímavý se v tomhle nějak vzdělat*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Obecně práce se závislostí by mohla pomoci při práci s poruchami příjmu potravy“* (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Je to vlastně podobný, oni si uvědomují, že je to destruktivní, že jim to ničí zdraví, ale nemohou si pomoct*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Jo, jo, jinak i odborná literatura s tím pracuje a myslím si, že určitá forma podobných typů jednání či chování a myšlenek těch lidí v podstatě může být podobná jako závislost na vlastně nějaké látce*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*...vidím to v té neochotě ke změně, jo, tím, ať už je to vlastně porucha příjmu potravy nebo nějaká jiná závislost. Třeba může být ta změna chtěná v určité fázi. Ale pokud je chtěná, tak je velmi těžko proveditelná, je těžký odejít z nějakého komfortu, z toho zaběhnutého koloběhu*…“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*To zacyklení se v něčem, v čem je vlastně dobře, ale vím, že to není úplně jako super nebo to není sociálně dobrý… nebo mě to prostě omezuje, ale zároveň z nějakého důvodu tam jsem v tom koloběhu. To mi přijde, že to je přes nějaký typický znak pro závislost jako takovou, ale jsou tam plusy a minusy…takže to něco opravdu jako dává, a to i jako těm našim klientkám dává, když prostě se můžou vyzvracet. Můžou týden nejíst, něco jim tam dává kontrolu, minimálně nad svým tělem*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*I ta míra toho bažení, jak je vlastně v klasických závislostech… kdy je vlastně naplňuje to, že mají hlad. Je to je prostě pro ně něco, co je naplňuje, to je*

to, co chci…To je to, proč to dělám. To je to, mám ten hlad, jo, a vlastně bažím a směřuju k tomu, abych ho měla a vlastně když ho mám, tak je mi paradoxně špatně fyzicky, ale psychicky se cítím dobře. Vím to i z těch jako příkladů, jo, mentální bulimie, jo jasně… přejím se, všechno musím prostě vyzvracet a prostě tam možná je i nějaké uvolnění“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*U těch závislostí si dokážu představit, že to je podobně, že to uvolnění vlastně možná nastane… minimálně zapomenu na to, co mě vlastně trápí. To je taky nějaký rys závislosti, že nic není tak podstatné, jako to jejich jídlo nebo nejídlo nebo to zvracení*…“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

Pracovníci nejčastěji zmínili téma uspokojení při pocitu hladu, uvolnění při zvracení, schovávání jídla či drogy, bažení, zaměření na koloběh jídlo – nejídlo /drogu.

„*Jako v něčem, asi hodně málo, jako jo.. jako vím, že existují teorie, který jako fakt říkají, že závislost a porucha příjmu potravy se tam řadí... úplně si to jako nemyslím. Nemyslím si, že to je tady jako z kterých nezávislosti, ale jako spíš o nějaký duševním nastavení, jako ano, když to tak z vlastní zkušenosti vnímám, tak do jisté míry je tam jako nějaký uspokojení po tom hladu. Jako byla to jako jakási závislost na tom hladu. Spíš to vnímám jako nějaký sebetrestání. Když to teda konkrétně třeba vezmu u sebe, tak to hladovění spíš bylo jako – udělala jsem něco špatně, tak za to teď nebudu jíst… budeš tlustá“. Není to jako kdyby u alkoholiků ten pocit uspokojení, ale spíš jako nějaký trestání. Úplně nesouhlasím, že by jako spadaly pod závislost, jako určitě to jako vykazuje nějaký znak, jo, někdo s tím jako souhlasí*“ (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

Jeden pracovník s teorií o podobnosti poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách nesouhlasí a spíše se přiklání k teorii, že porucha příjmu potravy je formou sebetrestání.

„*Mají hodně podobné vzorce chování i práce s nimi je jako podobná jako s těma závislýma, ale není to to samé, je to obdobné, je to přece jenom běh na dlouhou trať... učí se spoustu věcí odznovu, jídlo bude kolem nich vždycky, stejně jako člověk s alkoholem ve světě, kde alkohol je na každém kroku*…“ (sociální pracovnice pražského Kontaktního centra Anabell).

„*Ale vzorce chování jsou hrozně podobné, vlastně jíst se musí, pít se nemusí*“

„*Co se týče tý závislosti, to je prostě potřeba řešit ty příčiny poruchy příjmu potravy často stojí i za alkoholovou závislostí nebo jakoukoliv jinou závislostí*“

(sociální pracovnice pražského Kontaktního centra Anabell).

Zajímavým zjištěním je téma zranitelnosti klienta, které se objevilo během rozhovoru v Ostravě, ale i v Praze a kterému se věnuji v kapitole 6.6.7 Sekundární zjištění výzkumu.

8.4 Centrum pro léčbu duálních diagnóz

V rámci otázky zaměřené na teoretickou existenci centra pro léčbu duálních diagnóz jsem se setkala s různými formami odpovědí, žádný z pracovníků nedal jasnou odpověď zdali ano, toto centrum bych si dokázal představit či ne, to by nepřicházelo v úvahu.

„*Nedokážu odpovědět, nemám od klientek zpětnou vazbu. Vím o dvou klientkách, co měli duální diagnózu. Odkazujeme na Podané ruce… tohle tedy u těch drog. Pokud se budeme zabývat depresí, s těmahle klientkama tady určitě pracujeme. Ty nikam neodkazujeme, protože třeba deprese je třeba jednou z klasických komorbidit*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„...ale kontaktují nás třeba lidi z Podaných rukou, že mají klientku s poruchou příjmu potravy. Tak jsme jim právě dali informace, podklady. Ale že by vyloženě u nás někdo měl vzdělání, to ne“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Máme tu nyní například klientku s hraniční poruchou osobnosti, která je v naší péči 2 roky. Zvažovali jsme, jestli jí léčba ještě vůbec pomáhá, tak jsme ji odeslali do Kaleidoskopu, kde ji nevzali s tím, že si má první vyřešit tu poruchu příjmu potravy. Je to pro tyhlety klienty začarovaný kruh. Bylo by fajn, kdyby se to pro ty klienty uchopilo nějak mezioborově*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell)

„*No.. tady je vlastně skupina anonymních alkoholiků, která vím, že funguje… případně vím, že můžu předat kontakty na terapeuty, psychiatry, tak právě i nějaké takové ty odborníky a případně nějaká krizová centra, ale primárně bych je posílala na takovou skupinu. Je jako osvědčená, kde vím, že to fakt jako funguje, jakým způsobem, jo...*“ (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Nikdy jsem se teda nesetkala s tím, že bychom šli s nějakým jako dalším zařízení proti sobě, říkám vlastně klientům, že nemusí chodit tak často… Že nemusí do obou najednou. Je to vlastně o té citlivosti je to hodně o citlivosti práce s klientem, je to fakt o té komunikaci... asi by bylo super kdyby fungovalo multidisciplinární spolupracování mezi adiktologickou ambulanci a mezi náma, ale na druhou stranu my jich nemáme tolik těch diagnóz závislosti a myslím, že*

primárně řeší tu závislost, pokud se dostanu do té léčby“ (sociální pracovnice pražského Kontaktního centra Anabell).

Pracovníci se shodovali v tom, že vědí, kam klienty v případě nutnosti klienta odkazovat jinam, poslat a že se se zařízeními snaží spolupracovat. Všichni pracovníci, kteří mi poskytli rozhovor, jsou otevřeni spolupráci s jinými zařízeními a v praxi na jiná zařízení i klienty v případě potřeby odkazují, bohužel však dle jejich slov někdy nedochází ke zpětné vazbě o dalším léčebném kontinuu klientů.

„...až potom třeba tu poruchu příjmu potravy. Dokážu si představit velmi dobře, kdyby bylo centrum pro duální diagnózy a bylo by to fajn, ale o to se snaží Centrum duševního zdraví a jednou k tomu dojde v rámci těch „Cézetek“ (sociální pracovnice pražského Kontaktního centra Anabell).

Jednoznačnou odpověď na teoretickou existenci center pro léčbu duálních diagnóz jsem dostala pouze během rozhovoru v pražském zařízení centra Anabell.

8.5 Pojem adiktolog

K pojmu adiktolog zaznělo od pracovníků několik různých definic a fantazií o tom, kdo je adiktolog a čím se zabývá. Nejčastěji zaznělo, že adiktolog je někdo, kdo je na pomezí zdravotníka a psychologa, někdo, kdo se zabývá prací s uživateli drog.

„*U nás v Brně se na adiktologii přímo nikdo nezaměřuje. Asi jen kolegyně v Praze, ta má vzdělání adiktologické… já osobně jsem se s adiktologem nesetkala, jen v rámci semináře – Motivační rozhovory – to vedla právě adiktoložka*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Jo jako jo, je to člověk, který pomáhá lidem se závislostí, že to je asi tak jako nějaký můj nápad*“ (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Přímo jsem se s ním nesetkala. Umím si asi představit hodně obecně, co je jako náplní práce, ale ne úplně konkrétně… a jako dokážu si představit, že je zařazen někde na pomezí zdravotníka, sociálního pracovníka, psychologickýho pracovníka... dokážu si představit, že má k zdravotnickému vzdělání ještě znalost nějakou terapeutickou, že jako někde takhle tam jako v tom pomezí je, ale úplně nevím přesně kde…*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

Jedna z pracovnic je současně studentkou adiktologie, proto jsem otázku modifikovala na upřesnění toho, v čem jí právě studium adiktologie pomohlo při práci s klienty s poruchami příjmu potravy.

„Co se týče pojmu adiktolog a studia adiktologie, to mi vlastně hrozně pomohlo, protože jsem hodně jako překvapena, jak se ti klienti s poruchami příjmu potravy vlastně chovají jako ti adiktologický klienti“ (sociální pracovnice pražského

Kontaktního centra Anabell).

Žádného z pracovníků jsem neměla během rozhovoru potřebu edukovat o tom, kdo je adiktolog a čím se zabývá. Pracovníci měli povědomí získané jak z literatury, tak z praxe.

8.6 Pokud by bylo zařízení otevřené spolupráci s adiktologem, dokáží si pracovníci představit jeho úlohu?

Stěžejní otázkou rozhovoru bylo samotné zamyšlení se nad možným zapojením adiktologa v zařízení specializovaném na léčbu poruch příjmu potravy. Během formulaci otázky se všichni pracovníci začali usmívat, bylo poznat, že tuto otázku očekávali již od začátku rozhovoru.

Dva z pracovníků dokonce pronesli větu *„...já to věděla, že se zeptáte, taky jsem nad tím fakt přemýšlela dopředu a vymýšlela, co Vám řeknu!“*

„*Ehm (pauza), teda jako. Bylo by to supr, luxus mít možnost konzultovat. Ale nedokážu si úplně představit, že by pro něho bylo dost práce… já jsem tady tři roky a za tu dobu jsem měla pouze jednu klientku, která byla závislá. A to podle toho, jak to tvrdila, tak měla tu závislost už vyřešenou. Kolegyně tu měla klientku, která údajně drogy přestala brát, byla z terapeutické komunity, ale dál drogy brala*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

„*Bylo by to fajn konzultovat, ale úplně se nám to tady neděje, úplně nevím, kolik by tady pro něj bylo práce*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

Všichni pracovníci se shodli v tom, že pokud by adiktologa chápali jako člena týmu, který je odborníkem zaměřeným pouze na závislosti na návykových látkách a alkoholu, pak si žádný z pracovníků neumí představit, zdali by byl adiktolog opravdu vytížený a měl dostatek klientské práce.

„*Jako dovedu si představit, že by tady byl a že by s tím klientem pracoval. Určitě. Ale z pozice klientů by to bylo asi úplně jako jedno, kdo to je. Ze zkušenosti fakt vím, že ti klienti jako nerozeznávají, kdo tu službu poskytuje, jestli psycholog, sociální pracovník, peer, nutriční. Má jako nějakou představu, kdo to je, ale přijde s tím, že jako „ vyleč mě z toho, je mi jedno jak, ale prostě udělej to*“.“(peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*A z pozice jako pracovníka si myslím, nevím, jako do jaký míry adiktolog chodí do hloubky toho tématu, co je příčinou, proč se to vlastně stalo... pokud chodí a má jako nějaké zásady, tak jako si myslím OK, proč ne, ale ve chvíli, kdy nejde ani tolik po té příčně, ale řeší tu závislost, tak si nemyslím, že to je cesta… u těchto klientů neřešíme vyloženě to jídlo, proč nejíš, a kolik toho sníš a jak to jinak dělat, ale může to být jedno velký téma třeba školy a je to jako ovlivňuje, nějak*

jako ty úspěchy, neúspěchy. Oni jako sociální pracovnice mají v sociální oblasti výcvik, je to trošku na jinou terapii a možná to máte vy, jako adiktologové máte taky, na druhou stranu tomu týmu může určitě jako přinést nový pohled na cokoliv. Vlastně nový pohled na věc, což je v naší profesi jako dost podstatná věc, jako nevidět věci přímo, ale být otevřený všemu. Jako proč ne“ (peer konzultantka a sociální pracovnice ostravského Kontaktního centra Anabell).

U této otázky jsem chtěla získat více podrobností, proto jsem otázku doplnila o další podotázky: „Dokázala byste si představit pracovníka s adiktologickým vzděláním, že by v centru jako je Anabell pracoval? Nemusel by být uveden jako adiktolog, ale zdali by ty svoje vědomosti ohledně závislosti při práci s klienty využil? Zdali by ty mechanismy, které jsou pro klienty s poruchami příjmu potravy a se závislostmi vlastně podobné, by mu mohly pomoci v tom lépe porozumět těm klientům s poruchami příjmu potravy?“ (AH – tazatel)

„*Jojo, nad tím jsem už jako přemýšlela... přemýšlela jako konkrétně nad tím, jako jak to je, ale já jsem si jako nedokázala představit tu přidanou hodnotu toho adiktologa“ „To jsem si upřímně jako nedokázala představit u našich klientek, nehledě na to, že kolikrát nejsou zpět ochotný dojít jako k terapeutovi*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Já, pokud vykazují nějak jako depresivní, úzkostný symptomy, tak jsem ráda, když vůbec dojdou k psychiatrovi a je to pro je pro ně jako velký úspěch. Nedokážu si představit, že by jako dokázali přijít ještě za adiktologem*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

Pokud by se však nezaměřoval pouze na závislosti na návykových látkách a alkoholu a byl by schopný řešit všeobecně to, co klienta tíží a kvůli čemu vlastně vyhledává pomoc, v kontextu svých adiktologických přístupů v poradenství a neřešil by závislost jako takovou, pak jsou pracovníci jeho přítomnosti v týmu otevřeni.

„...proto třeba já nutnost mít v týmu adiktologa nevidím. Teda tady v našem, ale asi možná kdyby byla víc ukotvená ta role a kdybych věděla, jaká je ta přidaná hodnota, jakou by vnášel do té terapie nebo do toho poradenství, tak asi jako proč ne…Ale teď to spíš jako nevím a vlastně spíš jako si to neumím představit jako navíc no“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Pokud by to byl sociální pracovník s tou přidanou hodnotou, že má znalost práce se závislostním mechanismem, jestli to by pro vás bylo přijatelné*?“ (AH - tazatel)

„*Jo, no, tak to si umím představit z toho důvodu, že když by ten člověk obstaral odborné sociální poradenství s tím vším, co to obnáší, a zároveň by měl tu přidanou hodnotu tu nástavbu toho, že je adiktolog, takže by se to tam do té*

práce jako promítalo, tak to mi, přijde proč ne…protože cokoliv navíc je vlastně dobrý“

„„...pokud by byl schopnej obsáhnout všechno, co role sociálního pracovníka obnáší a zároveň pracoval se závislostí jako takovou…tak to mi přijde vlastně jako nejlepší možnost, takhle jakoby dva v jednom a to by mě přišlo jako dobrý…jako mnohem i lepší v překonávání nějakých těch potencionálních překážek, že by to byl vlastně jeden člověk, který akorát může využívat své znalosti dovedností v jednom“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell).

„*Nemyslím si, že by se adiktolog uplatnil jen u klientů s poruchami příjmu potravy, ale kombinace super a určitě vnímám adiktologa jako dobrého člena…je to hodně o prolínání, hodně mi to studium pomohlo v tom, že vím, kde ten klient aktuálně je a kam toho klienta odesílat v určitých fázích*“ (sociální pracovnice pražského Kontaktního centra Anabell).

„...co se vlastně v těch zařízeních děje, jak to tam jako funguje a můžu mu dát nějaký přehled o tom jak to probíhá a potom tak jako v tý práci s klientem, hodně mi studium pomohlo získat komplexní pohled na toho klienta“ (sociální pracovnice pražského Kontaktního centra Anabell).

Prostřednictvím dalších podotázek jsem se dostala k možnosti práce s poruchou příjmu potravy jako závislostním mechanismem.

Z odpovědí vyvstala skutečnost, že pracovníci nevidí nutnost v týmu adiktologa mít, na druhou stranu jeho připojení k týmu nezavrhují. Pracovníci připouští, že pokud by měl adiktolog pouze vystudovaný zdravotnický obor adiktologie a neměl by žádné další vzdělání v sociální oblasti, pak si nejsou jisti samotným uplatněním u klientů s poruchami příjmu potravy. Pokud by však adiktolog obstaral odborné sociální poradenství a zároveň by do poradenství vnášel prvky z adiktologické sféry, pak jsou pracovníci jeho zapojení otevření.

8.7 Sekundární zjištění výzkumu

Během rozhovorů jsem zjistila od pracovníků informace, které tématicky nespadají do žádné otázky okruhu rozhovoru. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto informace jsou důležité, považuji za vhodné zařadit je do sekundárních zjištění výzkumu.

8.8 Určení hranic mezi terapií a poradenstvím

Zajímavého zjištění se mi dostalo během rozhovoru v Brně při dotázání pracovníka na to, kde vnímá hranici mezi poradenstvím a terapií.

„*...no, to je téma asi úplně na dlouhou debatu. No ty rozdíly jsou. Jsou*

takové niance, že je to obtížné to rozlišit. Ještě je to občas náročné, že to poradenství dělá člověk, jež je vzděláním psycholog, takže pro něho je to ještě obtížnější rozlišit kdy dělá poradenství a kdy je to terapie. Obecně bych řekla, že u poradenství není cílem jít do hloubky problému a řešit (pauza) příčiny a emoce..protože tuto pozici poradenského pracovníka může vykonávat sociální pracovník, který nemá psychologické vzdělání. Není tedy možné, aby šel do nějaké hloubky“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell)

8.9 Spolupráce s jinými odborníky, práce multidisciplinárního týmu

Během rozhovoru jsem otázky směřovala také do oblasti multioborové spolupráce Centra Anabell s jinými specialisty, dle slov sociální pracovnice z brněnského Centra Anabell „*...se původně realizoval projekt, kde byla psychiatrička, psycholožka, nutrička a gastroeneterolog. Idea byla, že budou mít stejného klienta. Ale v reálu to bylo tak, že klientky už měly své lékaře a nechtěly je při nástupu měnit. Takže ten projekt poté vypadal jako diskuze, kde si předávali odborníci zkušenosti*“ „*U spolupráce s externími pracovníky narážíme na naprosto reálné problémy, jako že když už můžeme stanovit termín v 5 odpoledne, tak už mají svůj osobní život, naopak přes dopoledne mají svou praxi*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell).

Na druhou stranu sociální pracovnice dodala „*bylo by fajn kdyby se to i pro ty klienty uchopilo nějak mezioborově*“ (sociální pracovnice z brněnského Kontaktního centra Anabell). Zůstává tedy otázkou, jak by takováto forma spolupráce například pro klienty s duální diagnózou vypadala.

8.10 Téma zdraví

Nejzajímavější debatou během témat mimo strukturu rozhovoru pro mě bylo téma zdraví a úzdravy u klientů s poruchami příjmu potravy. Přestože jsem toto téma v rozhovoru neměla jako hlavní tématický okruh, považuji za důležité jej zmínit.

Během rozhovoru s psycholožkou v ostravském Kontaktním centru Anabell jsme otevřely téma toho, co nastane, až se klient uzdraví. Zdali můžeme vůbec říci, že se klient uzdraví. Dokonce jsme se obě shodly, že úzdrava může být pro klienty synonymem nejistoty a nebezpečí. Klient nemusí vůbec znát, co to je být zdravý.

Pracovnice toto téma doplnila se slovy „...*co to obnáší být zdravý pro ty klienty...nebo vlastně co to znamená být bez té poruchy*“ „...*takže ten strach z toho neznáma tam. Jaký to bude..z té nejistoty toho, jaké to vlastně jako bude, když se zbavuju něčeho, co je pro mě vlastně ani ne jako dobrý, ale je to něco jistého.*

Prostě vím, jak to bude a takže proč bych nebo jako proč bych to měl měnit“ „tak asi teď budu jako neúplná nebo musím si najít nějakou jako náhradu jak to tam jako nahradit no…“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell)

V tomto také spatřuji podobnost se závislými klienty, kteří častokrát slýchávají, že musí „*ten kráter, který vznikl po drogách při abstinenci a léčbě nějak zaplnit*“ (terapeut z terapeutické komunity White light I.)

Zajímavá je také samotná verbalizace toho, co od léčby klient očekává, pracovnice zmiňuje, že *„...to slovo zdraví, ony jako klientky, to úplně jako ne že nepoužívají…ale že by to takhle explicitně zmínili, že se „chci uzdravit“. Většinou to je jako „nechci nejíst“, „nechci jako zvracet““ „chci začít jíst“, ale slova jako „uzdravit“ je pro ně jako divný…“ „Je otázkou, jestli tohle znamená být zdravý…jo a teď se o tom můžeme začít bavit - ano - pro někoho by to mohl být „ten člověk není zdravý, protože on se záměrně vyhýbal „něčemu“, ale zároveň z mého pohledu proč ne, jako je to cesta, já bych klidně řekla, že ten člověk je zdravý… nebo ne úplně zdravý, ale bez příznaků a ten život má kvalitní*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell)

S tématem úzdravy úzce souvisí i téma zranitelnosti, na které jsem chtěla navázat otázkou: „*Myslím si, že klientky s poruchou příjmu potravy, že budou jako pořád zranitelný v rámci jídla, je to podobný jako třeba naše klienti, kteří prostě budou žít „čistej život“, ale není to pro ně ten „normální život“, ale pořád tam bude ten zdvižený prst u těch drog. Musí dávat pozor..jak na to nahlížíte vy*?“ (AH - tazatel)

„*Jojo, právě myslím, že to je tak jako podobnost, že vím to, protože toto prostě pro mě jako není dobrý, tak se tomu jako budu vyhýbat. Že právě nebude mít žádný problém, že vlastně bude úplně v pohodě a nebude muset dávat pozor a nebude tam žádný pozůstatek… vůbec teda nevím a nechci to ani říkat, že tam jako bude vždycky reziduum, protože to si možná nemyslím… možná myslím, že je někdo schopen to udělat tak, aby měl ten čistý štít“ „…jakože tam prostě může být , pořád to jako bude „já to zkusím kontrolované a nebude to jako proto tělo úplně jako hodně špatně, ale myslím si, že to tam bude furt. I když by se možná jako uzavřelo, že jsou zdravé a tyhlety rezidua tam budou jako častěji u klientek s nějakým těžším spouštěčem*“ (psycholožka z ostravského Kontaktního centra Anabell)

9 Shrnutí výzkumu

Během rozhovoru s pracovníky Centra Anabell jsem se snažila ověřit teorii o uplatnění adiktologa. Postupovala jsem od obecných poznatků ke konkrétnímu, tedy od obecných charakteristik k méně známým skutečnostem a nutnosti úvahy pracovníka.

Z rozhovorů s pracovníky Centra Anabell vyplynulo, že většina dotazovaných vnímá u klientů s poruchami příjmu potravy analogické formy chování jako u klientů závislých na drogách. Jeden z pracovníků podobnosti nespatřil, označil chování klientů s poruchou příjmu potravy spíše než závislostní chování jako sebetrestání.

Prostřednictvím těchto podobností a tématu duálních diagnóz jsem postupovala k hlavní otázce výzkumu, tj. k možnému uplatnění adiktologa ve službách zaměřených právě na léčbu poruch příjmu potravy.

Z rozhovorů z Centra Anabell jsem zjistila, že pokud by pracovníci chápali adiktologa jako odborníka, který se specializuje pouze na závislost na drogách či alkoholu, pak pracovníci i přes výskyt duálních diagnóz v Centru Anabell nevidí nutnost adiktologa trvale v týmu mít.

Hlavním argumentem pro toto tvrzení byla zkušenost s nedostatkem klientů s - ať už hlavním či přidruženým - závislostním problémem, kteří žádají o léčbu. Adiktolog by tedy pravděpodobně nebyl klientskou prací dostatečně vytížen. Tato odpověď pro mě nebyla dostačující, proto jsem otevřela úvahu o podobnostech v chování klientů se závislostí a klientů s poruchami příjmu potravy a možné úloze adiktologa, pokud bychom chápali poruchu příjmu potravy jako závislostní mechanismus. Výsledkem byla debata o přidané hodnotě adiktologa, kterou by do poradenství vnášel a kterou by aktuální stávající tým či samotné klienty Centra Anabell obohatil.

Pracovníci připouštějí, že pokud by měl adiktolog vystudovaný pouze zdravotnický obor adiktologie a neměl by žádné další vzdělání v sociální oblasti, pak si nejsou jisti jeho uplatněním v práci s klienty s poruchami příjmu potravy. Pokud by však adiktolog obstaral odborné sociální poradenství získané na základě studia sociálního oboru a zároveň by do poradenství vnášel adiktologické poznatky, pak jsou jeho přítomnosti nakloněni.

Sociální pracovnice pražského Centra Anabell je současně studentkou adiktologie a považuji za přínosné zmínit to, v čem vnímá prolínání adiktologie a poruch příjmu potravy. Při práci s klientem dle pracovnice může být využitelná znalost o párování potřeb klienta, o zmapování situace a toho, kde se klient vlastně nachází. Studium adiktologie poskytuje kompexní pohled na klineta a

posouzení jeho situace. Pracovnice zdůrazňuje, že je užitečné vědět, co se v aditkologických zařízeních děje a z vlastní pracovní zkušenosti klientovi sdělit, co ho případně v léčbě čeká.

Zároveň vyplynulo, že pokud měl adiktolog základ vzdělání v sociální oblasti a zároveň by přinášel do týmu právě adiktologický vhled získaný na základě studia adiktologie, pak by toto byla možná cesta uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy.

10 Diskuze

V závěrečné diskuzi bych se ráda věnovala poznatkům, jež se můžeme dočíst o poruchách příjmu potravy a jejich léčbě v odborné literatuře, poznatkům, které jsem zjistila během rozhovorů s pracovníky v Centru Anabell a úvaze o tom, jak tyto informace můžeme využít při možné implementaci adiktologa do služeb specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy.

V první části své práce jsem uvedla znaky nejznámějších poruch příjmu potravy a možnosti jejich léčby. Prostřednictvím definice závislosti jsem získala teoretický základ pro možnou úvahu o podobnostech obou poruch.

Ať už hovoříme o závislosti či poruše příjmu potravy, lze na základě zjištěných informací z odborných pramenů i rozhovorů konstatovat, že porucha příjmu potravy má podobný průběh jako závislost.

Znázorníme-li si tyto znaky na časové ose, kterou přikládám do této práce jako přílohu číslo 3, můžeme nalézt analogii v samotném průběhu v jednotlivých fázích obou onemocnění.

Na základě prolínání určitých rysů obou onemocnění bychom mohli uvažovat o zapojení adiktologa v zařízení specializovaném na léčbu poruch příjmu potravy. Jak uvádím výše, adiktolog je generickým pracovníkem, který integruje terapeutické dovednosti s dovednostmi v oblasti adiktologických služeb (Miovský, 2018). Je odborníkem, který není zaměřen jen na diagnózu závislosti, ale má multidisciplinární pohled na problematiku duševního zdraví a dokáže s klientem komplexně pracovat na zlepšení klientova aktuálního stavu bez ohledu na konkrétní diagnózu. Současně reaguje na konkrétní potřeby klienta, upravuje podle nich plán práce s klientem a zohledňuje aktuální potřeby při analýze klientovy situace.

Jak uvádí Pavlovská, Miovský a Vacek (2018), z výsledků „Výzkumu pracovní uplatnitelnosti adiktologa z pohledu absolventů studijních programů adiktologie“ je patrné široké rozpětí možností pracovního uplatnění profese adiktologa. Absolventi se uplatní jak v zdravotních, tak i sociálních adiktologických službách, ve výzkumu a protidrogové politice, státní správě či školství.

Využití adiktologa ve spektru pomáhajících profesí je široké, nástrojem pomoci adiktologa je rozhovor, vyslechnutí klienta a mapování jeho potřeb. Složkou jeho práce je včetně terapie i schopnost rozpoznání potřeb klienta a případně doporučení k návštěvě dalšího odborníka. Práce s klientem pak není determinovaná a ohraničená, budování terapeutického vztahu funguje na empatii, porozumění, respektu a vzájemné důvěře. Tyto pojmy a jejich přenesení do poradenství je společným základem pro efektivní práci s klientem u pomáhající

profese, ale i pro samotný fungující terapeutický vztah. Základem práce s klientem je vytvoření bezpečného terapeutického vztahu (Heller& Pecinovská, 2011).

Zaměříme – li se na samotný systém služeb pro klienty s poruchami příjmu potravy, nalezneme téměř analogickou strukturu péče i v adiktologii. Klienti s poruchami příjmu potravy mohou vyhledat pomoc v kontaktních centrech pro osoby ohrožené poruchami příjmu potravy, kde na ně nejsou kladeny žádné nároky, označila bych tedy tato centra jako nízkoprahová. Pokud bychom dále chtěli doplnit systém péče, pak klienti mohou následně využít ze spektra vysokoprahových služeb - pobytové léčby v psychiatrické nemocnici, ambulantní péči, denní stacionář a doléčování.

Pro adiktologa je popsaný systém péče více než blízký, neboť adiktologické služby (Miovský, 2013) fungují na podobném principu a mají identická pojmenování.

Během rozhovoru jeden z respondentů uvedl, že nepovažuje poruchy příjmu potravy za podobné se závislostí, připodobnil je spíše k formě sebetrestání a znehodnocování sám sebe.

Toto tvrzení je dalším možným prolnutím do oboru adiktologie, neboť jak uvádí Pešek, Vondrášková a Veselý (2007), závislost můžeme chápat jako určitou formou sebetrestání, která postupně získává podobu pomalé a prodlužované sebevraždy. Dle psychoanalytické teorie uživatelé návykových látek prožívají nevědomý vnitřní konflikt, který vede k silné emoční bolesti, depresím, úzkostem, pocitům viny a nízkému sebevědomí.

Dalším společným rysem podobnosti ve spolupráci s klienty trpícími poruchami příjmu potravy a klienty potýkajícími se se závislostí v léčebném procesu je nejistota, jak bude vypadat jejich život po léčbě. Uzdravení může být pro klienty synonymem pro cestu do neznáma, být zdravý může být něco, co klient nikdy nepoznal, zdraví je pojem, který sami klienti častokrát nedokáží definovat. S uzdravením se může objevovat spoustu otázek a obav, se kterými se adiktolog běžně v práci s klientem setkává.

V této souvislosti bych ráda citovala primáře Kliniky adiktologie Petra Popova, který v jednom z rozhovorů prostor po léčbě okomentoval následovně: „*Od nás odcházíte s tím, že máte prázdný a čistý byt, nemáte tam drogy ani alkohol. Ale ten byt si musíte zařídit, jinak se vám v něm bude blbě žít. A pokud to neuděláte, zase se rychle zaplní věcmi, které tam byly předtím*“ (Popov, 2019).

Ačkoliv práce s klienty s poruchami příjmu potravy nemá přímo definované látky, od kterých byl klient při léčbě odříznut a musí od nich abstinovat, vyskytují se po léčbě prázdná místa po rituálech a návycích vztahujících se k poruše příjmu potravy, která se klient musí naučit zaplnit, jinak vzniká nebezpečný prostor pro

relaps. Zogatová (2000) řadí mezi deset nejčastějších spouštěčů relapsu například nudu, povídání o starých časech, přítomnost v oblasti drog nebo lidí, se kterými klient užíval.

Sociální pracovnice z pražského Centra Anabell zmiňuje, že se klienti s poruchami příjmu potravy učí spoustu věcí znovu a jinak, pracují s tím, že jídlo bude v jejich okolí vždy. Připodobňuje tuto skutečnost k závislým klientům, kteří se musí naučit pracovat s tím, že je alkohol všude okolo. Jak v rozhovoru říká Popov (2019) „Kdy jste naposledy byla na nějaké oslavě, kde se vůbec nepilo?“.

Ačkoliv by se mohly zdát postupy u klientů po léčbě, kdy u poruch příjmu potravy dochází k „užívání“ potravy, ale u závislých klientů k abstinenci odlišné, spojují je podobné vzorce chování a jak zmiňuje Popov (2019), je nutné pracovat na plánu do budoucna, na tom, jak klient bude zacházet se svým novým životem.

Zpracování vzniku prázdného místa, ať už po užívání návykových látek či poruše příjmu potravy a jeho zaplnění je během „nového života“ stěžejní. Jak píše Zogatová (2000), kvalitní práce s klientem na plánování života a prevenci relapsu je důležitým bodem při léčbě a to zejména v léčbách dlouhodobého charakteru.

Sociální pracovnice z pražského Centra Anabell dává do souvislostí příčiny poruch příjmu potravy a závislosti, a dodává, že příčiny je potřeba řešit současně.

Dle Kaliny a Minaříka (2015) je během péče o klienty s duální diagnózou důležité, aby nepropadávali do systémové mezery služeb pro duševní zdraví a nacházeli komplexní odbornou pomoc. Z rozhovoru se sociální pracovnicí z Brna se mi potvrdilo možné úskalí, kdy se klient ocitne v otočných dveřích systému služeb. Klient je odkazován z jednoho typu péče do druhého, ale žádné ze zařízení mu vlastně péči neposkytne.

Vácha a Kalina (2013) definují tři dostupné formy péče pro klienty s duální diagnózou – sukcesivní, paralelní a integrovanou, kdy za nejvhodnější řešení považují právě integrovanou léčbu. Integrovaný model léčby (Vácha, Kalina 2013) snižuje rizika, která mohou nastat při rozdělení klienta do více typů služeb a opomenutí vztahů mezi užíváním návykových látek a jinými psychickými problémy, které mezi sebou vzájemně interagují.

Přestože z výzkumu vyplývá, že pracovníci vědí o podobnosti a prolínání poruch příjmu potravy s problematikou užívání návykových látek, integrované služby Centra Anabell na tuto skutečnost nereagují svými službami.

V návaznosti zmiňuji skutečnost ohledně práce s klienty s duální diagnózou v Centru Anabell. Z výzkumu vyplynulo, že v Kontaktním centru Anabell se pracovníci téměř vůbec nesetkávají s klienty, jež užívají návykové látky a současně trpí poruchou příjmu potravy. Otázkou zůstává, do jaké míry je tato skutečnost ovlivněna tím, že oficiálně Centrum Anabell tuto službu nedeklaruje,

tudíž klienty ani nenapadne do zařízení přijít vyhledat pomoc.

Z rozhovorů vyplývá, že pracovníci Centra Anabell nemají dostatečné informace o systému adiktologických služeb. Klienti jsou odkazováni do „univerzálních“ služeb, i přes indikaci nedokáží specifikovat konkrétní zařízení poskytující péči závislým.

Výsledky výzkumu potvrzují zjištění Vitáskové (2016), která ve své studii tvrdí, že sociální pracovníci postrádají v rámci univerzitního vzdělávání odbornou přípravu v metodách práce s uživateli návykových látek. S ohledem na současný stav povědomí pracovníků o adiktologických službách považuji za žádoucí zařadit do vzdělávání sociálních pracovníků adiktologickou oblast.

Jak píše Vitásková (2016), pro proces porozumění sociálních pracovníků adiktologické praxi je extrémně důležité studium mezioborových spojitostí.

Je na místě zvážit i možné obavy pracovníků ze spolupráce v multidisciplinárním týmu a míru toho, jak ovlivňují jejich postoj k zapojení adiktologa do léčby poruch příjmu potravy. Dle Matouškové a Vrabcové (2015) mezi nevítané modely spolupráce patří konkurence v „boji“ o klientelu.

Z kontextu výzkumu vyplynula skutečnost, že bariérou v zapojení adiktologa v zařízení specializovaném na léčbu poruch příjmu potravy je nezpůsobilost k poskytování odborného sociálního poradenství, ne jeho vědomosti (resp. nevědomosti) či odborné znalosti (resp. neznalosti). Dle mého názoru by bylo přínosné usilovat o uznání statutu sociálního pracovníka na základě úspěšného dokončení bakalářského studia adiktologie.

K tomuto tvrzení pak připojuji fakta: jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví (2014), studium oboru adiktologie se skládá z dílčích základů všech oborů, které mají k adiktologii vztah, tj. toxikologie, biochemie, psychiatrie, psychologie, sociologie a sociální práce, sociální politika, kriminologie, právo, kulturní antropologie, religionistika, pedagogika a speciální pedagogika. Absolvent oboru adiktologie během bakalářského studia projde těmito předměty zaměřujícími se na sociální oblast: Praktický nácvik sociálně-právních dovedností, Úvod do sociologie a sociální psychologie, Pedagogika a speciální pedagogika, Sociální práce a politika I. (Sociální politika v ČR), Sociální práce a politika II. (Sociální práce a služby), Socioterapie a Sociálně – psychologický výcvik.

Pokud by tedy adiktolog obstaral odborné sociální poradenství získané na základě studia sociálního oboru a zároveň by do poradenství vnášel adiktologické poznatky, pak by jeho přítomnost v týmu pracovníci Centra Anabell uvítali. Většina pracovníků se v rámci své práce s klienty s poruchami příjmu potravy setkala s analogickými formami chování jako u klientů závislých na drogách a možnost mezioborové spolupráce s adiktologem by tedy byla přínosem.

11 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, zdali adiktolog může nalézt uplatnění i v zařízení, která se zabývají léčbou poruch příjmu potravy a nastínit jeho možné zapojení ve službách zaměřených právě na léčbu poruch příjmu potravy.

Z výzkumu je patrné, že pracovníci zatím nebyli schopni blíže specifikovat adiktologovu možnou úlohu v multidisciplinárním týmu. Jak je uvedeno ve výzkumu Pavlovské, Miovského a Vacka (2018), adiktolog stále hledá své místo ve stávajícím systému služeb pro uživatele návykových látek a závislé a je důležité věnovat se tomu, jakým způsobem se toto daří. Specifikace role adiktologa je tedy již dlouhodobějším problémem na různých organizačních úrovních.

Přestože se kompetence adiktologa v oblasti poruch příjmu potravy zdají být stále sporné, měla by být věnována větší pozornost propagaci klíčových kompetencí a samotné generičnosti adiktologa, současně je důležité mapovat, kde všude se vědomostní základ adiktologa může uplatnit.

Závěrem lze tedy konstatovat, že adiktolog, s ohledem na podobnosti poruch příjmu potravy a závislostí, má v procesu léčby své důstojné místo. Jeho podíl na procesu léčby je významný, jeho účast v tomto procesu je žádoucí. S ohledem na současný stav způsobu léčby, respektive péče o klienty s poruchou příjmu potravy, však v současné době trvalé místo pro adiktologa v týmu není a znamená pak nevyužití jeho kapacit. Dle mého názoru by bylo přínosné již v současné době trvale zřídit externí spolupráci adiktologa s týmem kontaktního centra, např. formou pravidelných konzultací.

S ohledem na budoucnost, kdy problematika poruch příjmu potravy se stává stále aktuálnější pro vyšší počet klientů, bych považovala za užitečné a přínosné prověřit možnost uznat statut sociálního pracovníka na základě úspěšného dokončení bakalářského studia adiktologie, což by vedlo ke spojení dvou spolu úzce souvisejících úloh sociálního pracovníka a adiktologa při poskytování léčby a pomoci klientům s poruchou příjmu potravy.

Během výzkumu jsem se nevyhnula jistým omezením, která však mohou být přínosem pro podobně zaměřené studie.

Prvním limitem může být samotná volba kazuistické studie, která sleduje jev pouze na úrovni jednoho zvoleného zařízení. Dalším limitem může být malé množství respondentů a nízké zastoupení jiných pracovních pozic, nežli sociálních pracovníků.

Pro další potencionální výzkum doporučuji rozšíření na více zařízení specializujících se na léčbu poruch příjmu potravy, abychom měli reprezentativní

vzorek.

Poruchy příjmu potravy jsou stále významnějším tématem v moderní společnosti, proto je důležité na tuto skutečnost adekvátně reagovat odpovídající nabídkou služeb.

Studie přináší důležité podněty k implikaci adiktologů do systému sociálních služeb. V rámci dalších výzkumů by bylo užitečné věnovat se mapování a zhodnocení efektivity uplatnitelnosti adiktologa v celém systému sociálních služeb.

Bibliografie

Baraníková, Z., Nesrstová, M. (2005). *Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie Olanzapinem u dětí a adolescentů*. Psychiatrie pro praxi, (6), 3. Citováno 20. března 2019 z https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/06/03.pdf

Barták, M., Vebrová, J., & Rychlá, R. (Eds.). (2008). *Nový slovník cizích slov pro 21. století*. (M. Barták, J. Vebrová, & R. Rychlá, Eds.). Praha.

Bažant, M. (2012). *Rizikové faktory ve vývoji vedoucí k bigorexii*. Bakalářská práce. Praha: Klinika adiktologie.

Centrum Anabell z.ú, (2002 - 2019). *Diskuzní fórum Anabell z.ú.*. Citováno 14. března 2019 z http://www.anabell.cz/cz/nabizime/diskusni-forum-intro

Centrum Anabell z.ú, (2002-2019). *Poradenství Anabell*. Citováno 14. března 2019 z http://www.anabell.cz/cz/nabizime/poradenstvi

Centrum Anabell z.ú, (2002-2019). *Skupinové programy následné péče Anabell z.ú.*. Citováno 14. března 2019 z http://www.anabell.cz/cz/nabizime/skupinove-programy-nasledne-pece

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN.*. Citováno 12. března 2019, z https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy

Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha. Portál.

Čejdová, E.(2014). *Komorbidita závislosti na nelegálních návykových látkách a poruch příjmu potravy*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2

Datový standard MZ ČR - verze 4. (2019) . Citováno 10. 4. 2019 z http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD_DS3/hypertext/HKAAR.htm

Disman, M. (2011). Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. Praha : Karolinum.

Greenberg S. T., Schoen E. G. (2008). *Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder Recovery Professional Psychology: Research and Practice.* American Psychological Association. Vol. 39, No. 4 Dostupné z https://pdfs.semanticscholar.org/e86f/9d2e1da5f3c7c2dc0135eebff27d7113bad8.pdf

Griffiths, M. (1996) Behavioural addiction: an issue for everybody? *Employee Counselling Today*, 8(3), 19-25.

Hall, A. S., & Parsons, J. (2001). Internet addiction: College student case study using best practices in cognitive behavior therapy. Journal of mental health counseling, 23(4), 312-327.

Heller, J., Pecinovská, O. (Eds.). (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. (J. Heller & O. Pecinovská, Eds.). Praha: Togga.

Hendl, J. (2006). Kvalitativní výzkum v pedagogice. Současné metodologické přístupy a strategie pedagogického výzkumu.

Hollen, K. H. (2009). *Encyclopedia od Addictions*. Westport: Greenwood Press.

Hunt T. K., Forbush K. T. (2016). *Is "drunkorexia" an eating disorder, substance use disorder, or both?* Eat Behav. 22 Dostupné z https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015316300460

Chládková, N. (2015). *Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie*. Diplomová práce. Praha. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Jankovský, J., Holub, M., Matoušková, I., Vrabcová, D., Tajanovská, A., Michelová, R. (2015). *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí

Kalina, K. (Eds.). (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. Adiktologie, 13(2), 144-164.

Knight A., Simpson S. (2013). Drunkorexia: an empirical investigation of disordered eating in direct response to saving calories for alcohol use amongst Australian female university students. Eat Disord. 1(Suppl 1):P6. Dostupné z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3981584/

Krch, D. (2019, únor). *Poruchy příjmu potravy: na co jste se báli zeptat*. Přednáška konaná ve spolupráci spolku 1. lékařské fakulty UK – Českou asociací studentů adiktologie a Studentskou asociací nutričních terapeutů. Praha, Česká republika

Krch, F. D., Švédová, J. (2013). Příručka pro zdravotníky, aneb Různé tváře poruch příjmu potravy. Občanské sdružení Anabel: Brno.

Krch, F. D. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Med. Pro Praxi, (10) 4, 420–422. Citováno 5. 6. 2019 z https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf

Krch, F. D. (2005*). Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Leshner, A. I. (1999). *Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality*. NIDA Notes, 14, internetové stránky: www.nida.nih.gov

Levínská, M. (2014). *Aplikovaná metodologie pro učitele II: kvalitativní přístup*. Projekt vytvořený v rámci Inovace studijních oborů na PdF UHK.

Linhart, J. (2007). Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy : 30000 hesel. Litvínov: Dialog.

Ministerstvo zdravotnictví. (2014). *Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu ADIKTOLOG*. Citováno 20. 4. 2019 z https://www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx?souborID=33820&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha_1_-_AKK_01_Adiktolog.pdf.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.

Miovský, M. (Ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L. et al. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky.

The National Institute for Health and Care Excellence (2004). *Eating disorders in over 8s*: Management. In NICE guidelines CG9. London: NICE

Papežová, H (2012). Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!. Praha: Psychiatrické centrum.

Papežová, H. (Ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Papežová, H., Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.

Pavlovská, A., Miovský, M., Vacek, J. (2018). *Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie*. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 1(3), 120–127.

Perkins S.J., Murphy R., Schmidt U., Williams C., (2006). *Self-help and guided self-help for eating disorders*. Cochrane Database Syst Rev. 19 (3) Dostupné z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16856036

Pešek, R., Vondráčková, A., Veselý, O. (2007). Drogová závislost, aneb, Rychlý běh po krátké trati: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum.

Popov, P. (2019). *Adiktolog Petr Popov: Česko je jasně proalkoholní společnost*. Milada Kadeřábková. Flowee. Citováno 13.6.2019. Dostupné z https://www.flowee.cz/clovek/5799-adiktolog-petr-popov-cesko-je-jasne-proalkoholni-spolecnost

Procházková, L., Sladká-Ševčíková, J. (2017). Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Praha: Pasparta.

Sladká-Ševčíková, J. (2018). *Výroční zpráva 2017*. Centrum Anabell z.ú. Citováno 10. 4. 2019 z http://www.centrum-anabell.cz/images/1529402573_vyrocni-zprava-2017.pdf

Sussman, S., Sussman, A.N. (2011). Considering the Definition of Addiction. International Journal of Enviromental Research and Public Health, *8*, 4025-4038.

Šiffelová, D. (2010). Rogersovská psychoterapie pro 21. století. Grada.

Švédová, J. (2012). *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*. Ostrava: Centrum Anabell, z. s.

Tomanová, J. (2017). Nové formy PPP - co by měl pedagog vědět. Dostupné z *http://www.healthyandfree.cz/index.php/ucitel/item/382-nove-formy-ppp*

Tomešová, E. (2000). *Závislost na cvičení*. Praha: FTVS. Dostupné z https://www.ftvs.cuni.cz/Katedry/PPD/osoby/tomesova/materialy/Zavislost%20na%20cviceni.doc

Torrens, M., Mestre-Pinto, J.I., Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Tottier, K. (2006). *Self help interventions for eating disorders*. NEDIC. Dostupné z http://nedic.ca/self-help-interventions-eating-disorders

Vitásková, K. (2016). Univerzitní vzdělávání sociálních pracovníků v problematice adiktologie v Evropě a USA: review. Diplomová práce. Praha: Klinika Adiktologie

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

WHO. (2018*). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize*, aktualizovaná verze k 1. 1. 2018. Citováno 10. 1. 2019 z https://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2018.pdf.

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších

předpisů

Zogatová, K. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. Středisko prevence, léčby a doléčování drogových závislostí: P centrum Olomouc. Dostupné z http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/DC/Prevence%20relapsu%20-%20moduly.pdf

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 - Program následné péče v Centru Anabell.....26

Tabulka 2 - Srovnání diagnostickýách kritérií Sussmana &Sussmana, Griffithse a MKN – 10 pro stanovení diagnózy syndromu závislosti.....33

Seznam příloh

Příloha číslo 1 - Struktura semi-strukturovaného rozhovoru

Příloha číslo 2 - Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha číslo 3 - Časová osa procesu PPP / závislosti

Přílohy

Příloha číslo 1 - Struktura semi-strukturovaného rozhovoru

Struktura rozhovoru je rozdělená do 6 okruhů.

1. Představení zařízení

- Krátké představení zařízení
- Popis samotné činnosti
- Jaké jsou obecné cíle zařízení

2. Pokud by k vám do zařízení přišel klient s duální diagnózou (PPP a užívání drog), jaká je vaše první reakce?

- Co nejdříve zjišťujete?
- Co je pro vás akutnější?
- Kam referujete klienta?

3**. Podobnosti klientů s poruchami příjmu potravy a klientů se závislostí**

- Vnímání poruch příjmu potravy jako mechanismus závislostního chování?
- Léčba klienta pojetím poruchy příjmu potravy jako závislostního mechanismu?

4. Otázka centra pro duální diagnózy

- Dovede si představit takovéto centrum?
- Dostačuje Vám systém péče o klienty s duální diagnózou tak, jak je aktuálně nastavený?

5. Pojem adiktolog

- Kdo to je adiktolog?
- Co je obsahem práce adiktologa?
- Otázka spolupráce s adiktologem?

5. Pokud by zařízení bylo otevřené spolupráci s adiktologem, dokáží si pracovníci představit jeho úlohu při řešení PPP?

- Co by adiktolog mohl řešit?
- Mohl by adiktolog řešit i „pouhou“ diagnózu PPP či by byl využívaný

jen na duální diagnózy?

- Jak moc by se v terapii mohl adiktolog zapojit?

Příloha číslo 2 - Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Při rozhovoru s pracovníkem a při zpracování zaznamenaného rozhovoru jsem dbala na etické zásady a principy. Materiál pro zpracování této práce jsem měla k dispozici se souhlasem respondenta. Při rozhovoru jsem se snažila postupovat tak, aby nedošlo k rozrušení či poškození pracovníka. Rozhovor proběhl pro něho v bezpečném a známém prostředí. Zodpověděla jsem pracovníkovi otázky, které ho ohledně práce zajímaly.

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Byla jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumné práce Anny Hindové s názvem „Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy“. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Souhlasím s účastí na této práci. Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytla, použila za účelem sepsání bakalářské práce a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachovávána důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumnicí a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytuji.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

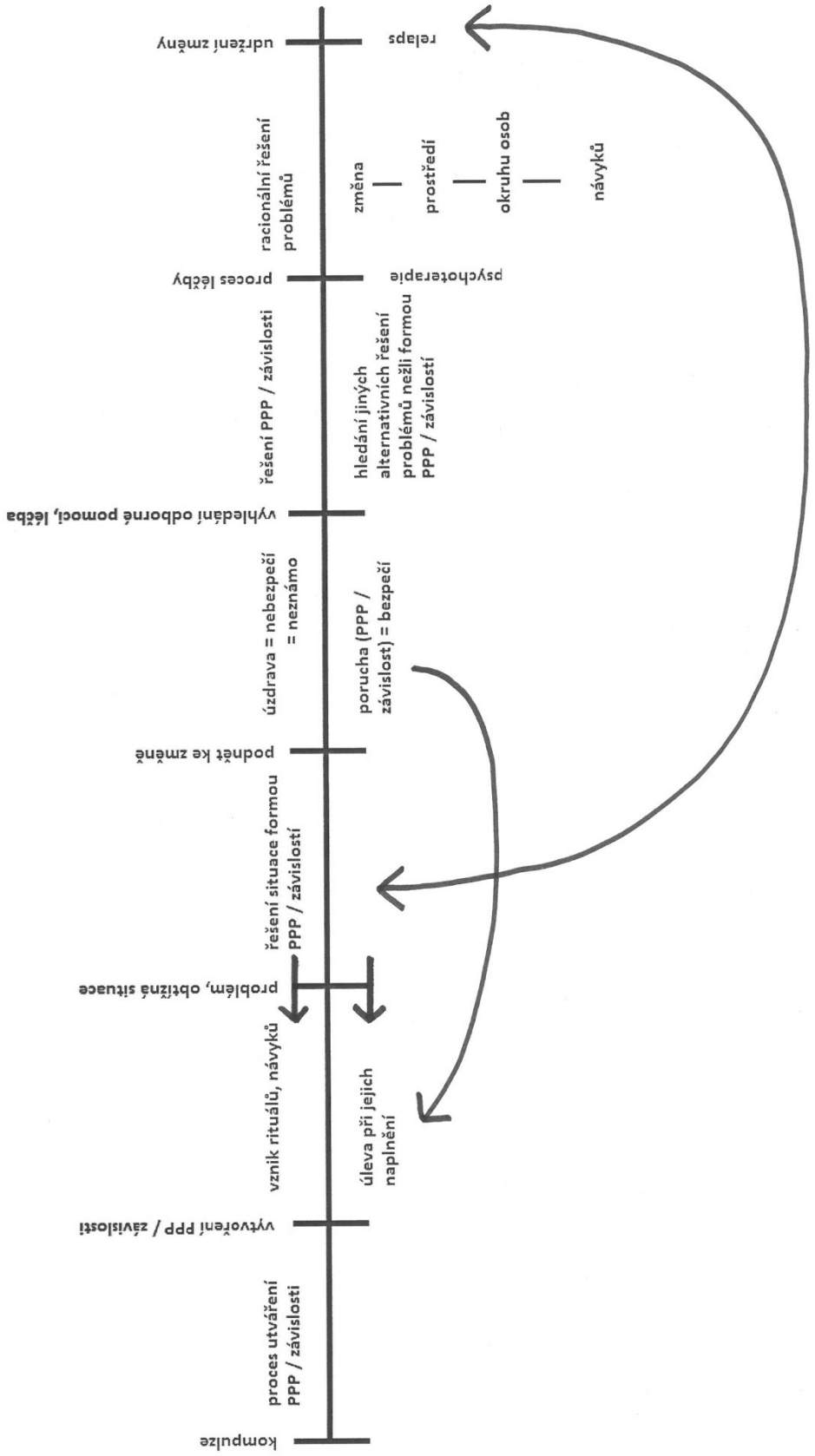
Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru.

JMÉNO:

PODPIS:

DATUM:

Příloha číslo 3 - Časová osa procesu PPP / závislosti



Zdroj: vlastní

Příloha č. 6

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

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

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

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

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