

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

MUDr. O. PECINOVSKÁ

Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze,
ženská léčebna – Lojovice,
primář: MUDr. P. Popov

S o u h r n

Komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách je často popisována v literatuře a setkáváme se s ní i u našich patientek. Naše klinické zkušenosti ukazují, že tato kombinace je častá zejména u mladých patientek závislých na alkoholu a že je prognosticky riziková, ale při spolupráci pacientky v léčbě obou poruch je prognosticky nadějná.

Sledovali jsme výskyt poruch příjmu potravy u všech patientek přijatých k první léčbě na oddělení pro léčbu závislostí žen v Lojovicích pro závislost na návykových látkách v období od 1. 1. 1996 – 30. 6. 1998, ve stejném období sledovali jsme výskyt poruch příjmu potravy u patientek léčených opakovaně pro recidivu abúzu návykových látek. Zvláštní pozornost jsme věnovali patientkám přijatým k první léčbě do Lojovic před 30. rokem věku. Zaznamenali jsme výskyt poruch příjmu potravy v jednotlivých věkových skupinách. Na základě dostupných katamnestických údajů jsme porovnali prosperitu patientek v jednotlivých diagnostických skupinách.

Ve zkoumaném souboru se vyskytovala mentální bulimie u 16,9 % patientek přijatých k 1. léčbě a u 25,4 % patientek přijatých k opakované léčbě pro závislost na alkoholu a/nebo lécích. U patientek přijatých k 1. léčbě pro závislost na alkoholu a/nebo lécích před 30. rokem věku se vyskytovala mentální bulimie u 60,7 % patientek, u recidivujících patientek poprvé léčených pro závislost na alkoholu a/nebo lécích se vyskytovala mentální bulimie u 60 % patientek. U patientek se závislostí na ilegálních drogách (všechny do 30 let věku) se vyskytovala mentální bulimie jen u 5,5 % patientek přijatých k 1. léčbě a u žádné recidivující pacientky, poměrně častý (44,4 %) však byl v této skupině výskyt rizikové symptomatiky v oblasti poruch příjmu potravy.

Nenašli jsme statisticky významný rozdíl ve výsledcích léčby u patientek bez poruch příjmu potravy a u patientek s poruchami příjmu potravy, včetně mentální bulimie. Výrazně hor-

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

ší výsledky léčby a častější přechod do chronicity jsme však zaznamenali u pacientek se suspektní, ale utajovanou mentální bulimií. Je zřejmé, že při práci se ženami závislými na návykových látkách je zapotřebí věnovat pozornost i problematice poruch příjmu potravy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy (PPP) – mentální bulimie (BM) – závislost na návykových látkách – závislost na alkoholu

MUDr. O. Pecinovska: EATING DISORDERS IN OF FEMALE PATIENTS HOSPITALISED FOR DRUG ADDICTION

S u m m a r y

Comorbidity of eating disorders and drug addiction is often described in literature and faced by us in our patients. Our clinical experience show that such combination is frequent, especially in young female patients who are alcohol addicts, and that the prognoses are risky, however, by cooperation with the patient in treatment of both disorders, the prognoses are hopeful.

We have followed occurrence of eating disorders in all female patients admitted for initial treatment at the Department for treatment of women in Lojovice due to alcohol/drug addiction during the period from January 1, 1996 to June 30, 1998, during the same period, we followed occurrence of eating disorders in patients undergoing repeated treatment due to recurrence of abuse of alcohol/drugs. Special attention was paid to the patients admitted for initial treatment in Lojovice prior to reaching 30 years of age. We noted occurrence of eating disorders in individual age groups. Based on available catamnestic data, we compared prosperity of the patients in individual diagnostic groups.

In the followed group, there was mental bulimia in 16.9% patients admitted for initial treatment and in 25.4% patients admitted for repeated treatment due to alcohol and/or medicaments addiction. In the patients admitted for initial treatment due to alcohol and/or medicaments addiction prior to reaching 30 years of age, mental bulimia occurred in 60.7% patients, in the patients undergoing repeated treatment initially treated for alcohol addiction and/or medicaments, mental bulimia occurred in 60% patients. In the patients with illegal drug addiction (all up to 30 years of age) mental bulimia occurred only in 5.5% patients admitted for initial treatment and in none patient undergoing repeated treatment; occurrence of risky symptoms in eating disorders was rather frequent (44.4%) in this group.

We did not find any statistically significant difference in the results of treatment in the patients without eating disorders and in the patients with eating disorders, including mental bulimia. However, significantly worse results of treatment and more frequent occurrence of chronicity were noted in patients with suspected but concealed mental bulimia. It is evident that in working with women who are addicts, attention must be paid to the problems eating disorders.

Key words: eating disorders – mental bulimia – drug addiction – alcohol addiction

Úvod

Závislost na návykových látkách a porucha příjmu potravy se často vyskytují společně. Jak uvádí Suzuki a kol. (1993) poprvé popsal kombinaci poruchy příjmu

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

potravy (mentální anorexie) a závislosti na alkoholu v roce 1969 Crisp. V dalším vývoji se pozornost soustředila především na společný výskyt mentální bulimie a abúzu návykových látek u žen.

Poměrně často byl sledován výskyt abúzu návykových látek u pacientek s poruchou příjmu potravy. V letech 1977 – 1991 bylo publikováno celkem 51 studií o komorbiditě poruch příjmu potravy (PPP) a zneužívání návykových látek (Birkásová a kol., 1985). V těchto studiích bylo nalezeno více komorbidit u hospitalizovaných pacientek a u pacientek s mentální bulimií.

Výskyt závislosti na alkoholu se pohyboval u bulimiček od 2,9 % (Pyle, 1981) do 48,6 % (Bulik, 1992), s mediánem 22,9 %. U Lillienfeldové a Kaye (1996) je v různých studiích uváděna závislost na alkoholu u 0 % až 6 % restriktérek a 14 % – 49 % u bulimiček (Cepik a kol., 1995). U nás Krch a Faltus (1988) našli závislost na alkoholu u 8 z 60 (13 %) pacientek hospitalizovaných pro poruchy příjmu potravy (z nich 7 pro mentální bulimii a 1 pro mentální anorexii) (Corrigan a kol., 1990), Dimová a kol., (1997) popsali závislost na alkoholu u 6,3 % hospitalizovaných bulimiček, u 11,3 % hospitalizovaných anorektiček s bulimickou symptomatikou a u 1,8 % hospitalizovaných anorektiček.

Výskyt poruch příjmu potravy u pacientek se závislostí na návykových látkách byl sledován méně často. V letech 1977 – 91 bylo publikováno 5 studií o výskytu poruch příjmu potravy u pacientek závislých na návykových látkách (2,6,7,8,9,10), v letech 1991-1996 dalších 10 studií (1,3,11,12,13,14,15,16,17,18,). Výskyt poruch příjmu potravy se v uvedených studiích pohybuje od 8 % (Corrigan a kol., 1990) do 32 % (Jonas a kol., 1987), naprosto převažuje bulimická symptomatika. Výskyt mentální bulimie se pohybuje od 6,17 % (Schuckit a kol., 1996) do 20 % (Beary a kol., 1986). Nápadná je velmi vysoká prevalence mentální bulimie u mladých žen léčených pro závislost na alkoholu – Suzuki a kol. (1993) uvádějí mentální bulimii u 71,4 % pacientek léčených pro závislost na alkoholu ve věku 30 let a méně, zatímco u všech sledovaných pacientek v této studii se bulimie vyskytovala v 11,3 %. V této práci najdeme také přehled názorů vysvětlujících vzájemné souvislosti uvedených onemocnění.

Předkládaná práce se zaměřuje na výskyt poruch příjmu potravy u pacientek hospitalizovaných pro závislost na návykových látkách na oddělení pro léčbu závislostí žen VFN v Lojovicích. Jde o režimové psychotherapeutické oddělení s komplexním léčebným systémem zahrnujícím čtyřměsíční ústavní léčbu, zaměřenou na vytvoření náhledu, obnovení fyzických a psychických funkcí včetně započetí práce na restrukturalizaci osobnosti, a následné doléčování v ambulantní i ústavní formě v délce alespoň 3 let, zaměřené na udržení dosažených změn a další restrukturalizaci a rozvoj osobnosti. K léčbě jsou přijímány pacientky starší 15 let se závislostí na alkoholu i nealkoholových drogách, počet pacientek se závislostí na ilegálních nealkoholových drogách je udržován z terapeutických důvodů do 8 pacientek v 28-členné komunitě. V naprosté většině jde o dobrovolné léčby (98,9 %).

Pokud pacientka již nepodstoupila v minulosti léčbu pro mentální bulimii, je pro ni obvykle velmi obtížné příznaky bulimie přiznat, i když se snažíme během léčby i doléčování zajistit vhodné podmínky. Základem je bezpečný terapeutický vztah. Problematické příjmu potravy věnujeme pozornost při vstupním psychiatrickém vyšetření, u rizikových pacientek již při této příležitosti provádíme základní edukaci

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

o souvislosti těchto poruch. Do cyklu přednášek pro pacientky pravidelně zařazujeme téma poruchy příjmu potravy a zdravé životosprávy. V kmenové terapeutické skupině či v komunitě se objevuje problém poruchy příjmu potravy tehdy, když se objeví příznaky nápadné či obtěžující pro spolupacientky. Zde se snažíme zamezit vytlačení postižené pacientky do role černé ovce a naopak vytvořit atmosféru bezpečí a motivovat postiženou pacientku k tomu, aby požádala o konkrétní pomoc. Sami vytváříme tlak na postiženou pacientku k řešení problému tehdy, když se objeví závažné zdravotní problémy (pokles váhy s BMI pod 17, amenorrhoea, hypokalémie atd.), jinak ponecháváme zvolení času k otevření problému na pacientce. Obvykle tak činí v rámci individuální psychoterapie, kde pracuje s problémem i nadále. Pokud se v komunitě sejde potřebný počet patientek motivovaných k práci na problému poruch příjmu potravy ve skupině, nabízíme specializovanou skupinovou psychoterapii. U některých patientek volíme podpůrnou farmakoterapii. Značná část patientek však řeší tuto problematiku až v rámci doléčování, někdy po recidivě abúzu návykové látky v souvislosti s dekompenzací stravovacího programu.

Celkově lze říci, že během ústavní odvykací léčby se snažíme o stabilizaci stravovacího programu a zastavení progresu poruchy a věnujeme pozornost edukaci zaměřené na souvislosti obou poruch včetně symptomové substituce a rizika vzniku recidivy abúzu návykových látek v souvislosti s dekompenzací stravovacího programu. Od závažnosti poruchy příjmu potravy se pak odvíjí rozsah nutné pomoci – od zvládnutí stravovacího programu v rámci běžného osobního doléčovacího programu po návaznou hospitalizaci na specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy.

Výskytu poruch příjmu potravy u patientek našeho oddělení byla již věnována práce Birkásové a kol. (1985), kteří mezi patientkami hospitalizovanými v letech 1981-1983 zachytili 16 patientek s mentální anorexií, popsali jejich rodinné prostředí a uvedli výsledky katamnestického šetření a kazuistiky.

Metody

Analyzovali jsme chorobopisy patientek, přijatých k základní (první) dobrovolné odvykací léčbě a patientek, přijatých k opakované léčbě pro recidivu abúzu návykové látky v období 1. 1. 1996 – 30. 6. 1998. Podle diagnózy jsme rozdělili pacientky do 6 podskupin:

1. Patientky přijaté k 1. léčbě pro závislost na alkoholu a/nebo lécích;
2. Patientky přijaté k 1. léčbě pro závislost na alkoholu a/nebo lécích do 30 let věku;
3. Patientky přijaté k 1. léčbě pro závislost na ilegálních drogách, všechny do 30 let;
4. Patientky přijaté k opakované léčbě pro recidivu abúzu alkoholu a/nebo léků
5. Patientky přijaté k opakované léčbě pro recidivu abúzu alkoholu, léků, s 1. léčbou do 30 let;
6. Patientky přijaté k opakované léčbě pro recidivu abúzu ilegálních drog, všechny do 30 let.

Ve všech uvedených skupinách jsme sledovali výskyt poruch příjmu potravy (PPP) s rozdělením na následující podskupiny:

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

1. Mentální bulimie (BM) deklarovaná: příznaky BM dle MKN 10 získané explo-
rací pacientky.

2. Mentální bulimie (BM) suspektní: nepřímé příznaky BM dle observace, labo-
ratorních výsledků a objektivní anamnézy (přejídání bez váhového přírůstku, tajné
zvracení, vyžadování projímadel, manipulace s jídlem, excesivní cvičení, hypokale-
mie, zvýšení sérové amylázy).

3. Rizikové symptomy PPP: v anamnéze některý z následujících příznaků – abú-
zus laxativ, extrémní diety, hladovky, váhové výkyvy nad 10 kg/rok, abúzus anorek-
tik, epizodické přejídání a zvracení.

4. „Dietářky“: pacientky trvale nespokojené s tělesnou hmotností, s častými re-
dukčními dietami.

5. Pacientky bez poruch stravovacího programu.

Sledování jsme prováděli po pololetích, abychom mohli zachytit možné vývojové
trendy.

U pacientek přijatých ve sledovaném období k 1. léčbě pro závislost na alkoholu
a/nebo lécích jsem zaznamenala výskyt PPP ve čtyřech věkových skupinách (do 30
let, 31-40let, 41-50let, nad 51 let).

V jednotlivých skupinách jsme sledovali prosperitu pacientek podle následujících
kritérií:

1. Dokončení léčby (pouze u 1. léčby) – absolvování léčby v doporučené délce
(zpravidla 17 týdnů).

2. Kolísá – střídá krátká období abstinence (do 6 měsíců) a recidivy abúzu.

3. Zlepšeno – dnes prosperuje, probíhá sociální rehabilitace, kontakt nepravi-
delný.

4. TDA – trvalá a důsledná abstinence od skončení základní léčby, pravidelné
doléčování, probíhá sociální rehabilitace.

5. Chronifikuje – opakované recidivy bez delšího období abstinence, se sociální
a osobnostní degradací.

6. 0 informace (?) – pacientka přerušila kontakt a chybí informace o současném
vývoji.

Zaznamenali jsme pouze údaje o prosperitě pacientek přijatých k léčbě v letech
1996 a 1997, protože pacientky přijaté v 1. pololetí 1998 jsou příliš krátce po skon-
čení léčby na to, aby mohly být zařazeny do uvedených skupin.

Výskyt mentální bulimie (16,9 %) několikanásobně převyšuje uváděný výskyt
(1 – 3 % Smolík, 1996) v populaci adolescentek a mladých dospělých žen (20) a je
srovnatelný s literárními údaji (6 – 20 %). Rovněž výskyt všech poruch příjmu potra-
vy 31,2 % (dietářky k nim nepočítáme) zapadá do údajů uváděných v literatuře (2 –
46 %). Jak ukazuje graf 1., není patrný výraznější vývojový trend ve sledovaném
údobí.

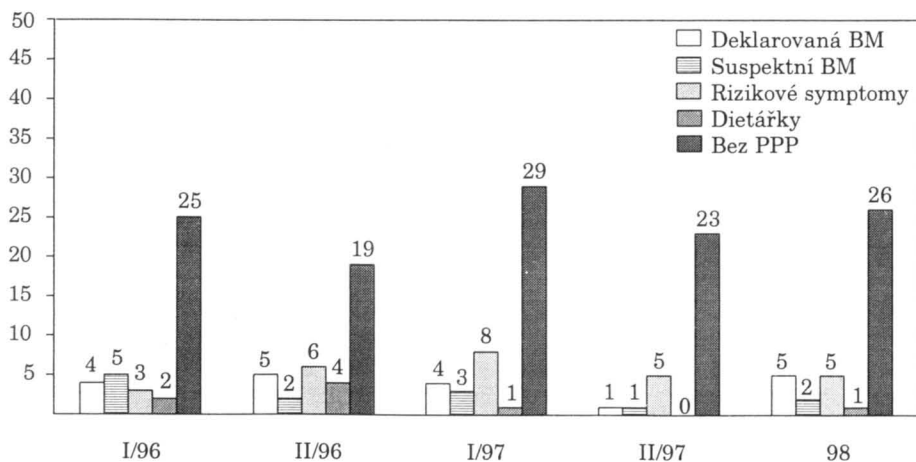
O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Výsledky

Tabulka 1. Výskyt poruch příjmu potravy u pacientek poprvé léčených
v Lojovicích pro závislost na alkoholu a/nebo lécích

Celkem přijato k 1. léčbě	I. pololetí 1996	II. pololetí 1996	I. pololetí 1997	II. pololetí 1997	1998	1996 - 1998 Celkem
Deklarovaná BM	4 10 %	5 13 %	4 8,9 %	1 3,3 %	5 12,8 %	19 10 %
Suspektní BM	5 12,8 %	2 5,5 %	3 6,6 %	1 3,3 %	2 5,2 %	13 6,9 %
Rizikové symptomy	3 7,7 %	6 16,6 %	8 17,7 %	5 16,6 %	5 12,8 %	27 14,3 %
Dietářky	2 5,2 %	4 11 %	1 2,1 %	0	1 2,6 %	8 4,2 %
Bez PPP	25 64 %	19 52,7 %	29 64,4 %	23 76,6 %	26 66,6 %	122 64,5 %
Celkem přijato	39	36	45	30	39	189

Graf 1.

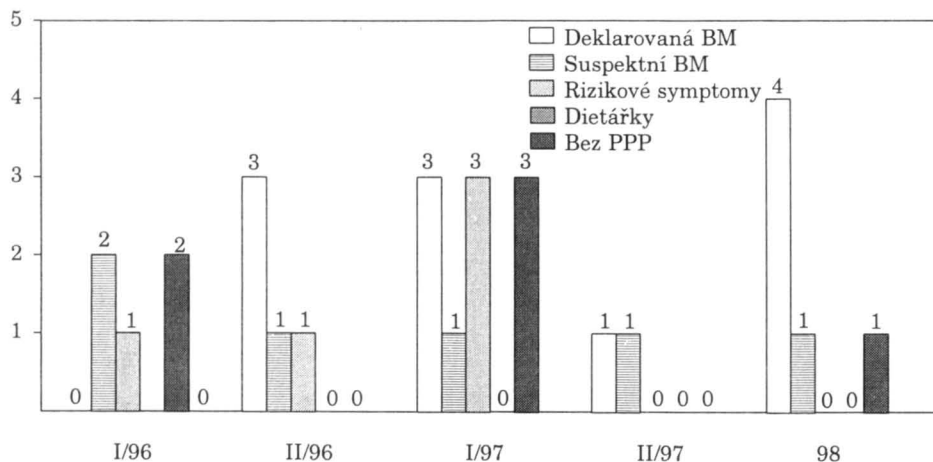


O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tabulka 2. Výskyt poruch příjmu potravy u pacientek přijatých k 1. léčbě do Lojovic pro závislost na alkoholu a/nebo lécích před 30. rokem věku

Celkem přijato k 1. léčbě	I. pololetí 1996	II. pololetí 1996	I. pololetí 1997	II. pololetí 1997	1998	1996 - 1998 Celkem
Deklarovaná BM	0	3 60 %	3 30 %	1 50 %	4 66 %	11 39,2 %
Suspektní BM	2 40 %	1 20 %	1 10 %	1 50 %	1 16,6 %	6 21,4 %
Rizikové symptomy	1 20 %	1 20 %	3 30 %	0	0	5 17,8 %
Dietárky	0	0	0	0	0	0
Bez PPP	2 20 %	0	3 30 %	0	1 16,6 %	6 21,4 %
Celkem přijato	5	5	10	2	6	28

Graf 2.



Nápadně častý výskyt mentální bulimie v této věkové a diagnostické skupině – 60,8 % – je srovnatelný s údajem o výskytu mentální bulimie u japonských alkoholiků mladších 30 let (71,4 % Suzuki, 1993).

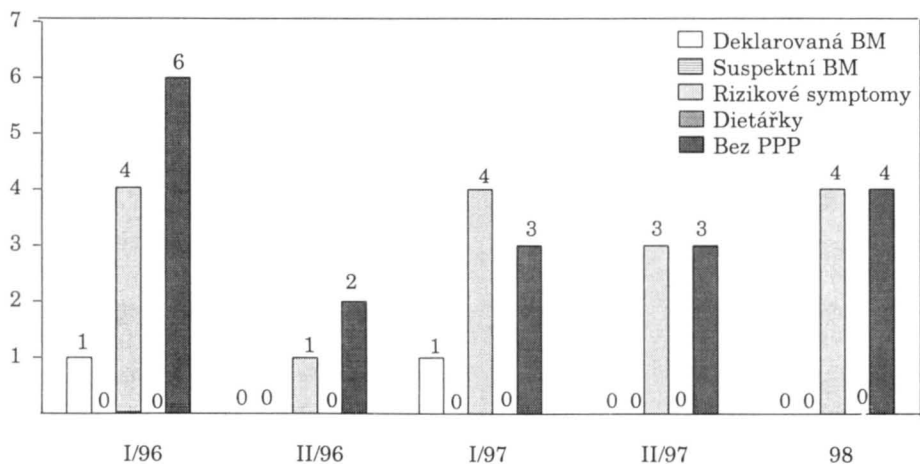
Souhrn všech poruch příjmu potravy v této skupině dosahuje 78,6 %.

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tabulka 3. Výskyt poruch příjmu potravy u pacientek přijatých k 1. léčbě do Lojovic pro závislost na ilegálních drogách před 30. rokem věku.

Celkem přijato k 1. léčbě	I. pololetí 1996	II. pololetí 1996	I. pololetí 1997	II. pololetí 1997	1998	1996 - 1998 Celkem
Deklarovaná BM	1 9 %	0	1 12,5 %	0	0	2 5,5 %
Suspektní BM	0	0	0	0	0	0
Rizikové symptomy	4 36 %	1 33 %	4 50 %	3 50 %	4 50 %	16 44,4 %
Dietárky	0	0	0	0	0	0
Bez PPP	6 54 %	2 66 %	3 37,5 %	3 50 %	4 50 %	18 50 %
Celkem přijato	11	3	8	6	8	36

Graf 3.



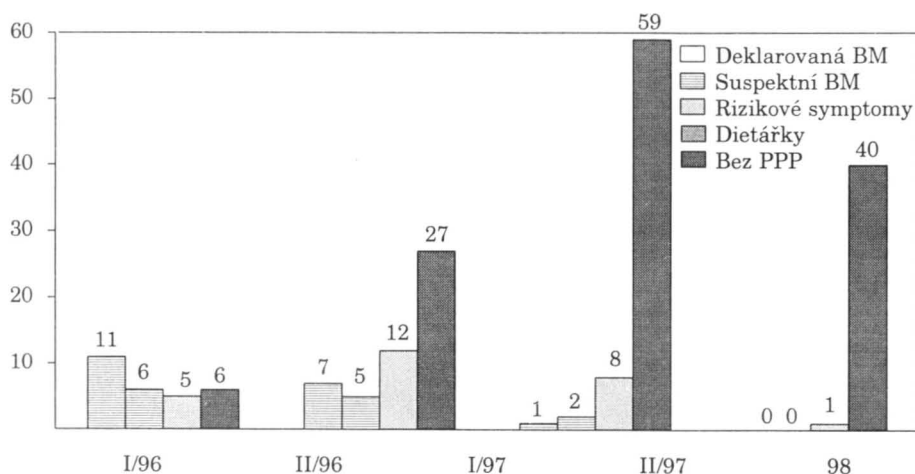
V této skupině, věkově odpovídající skupině předešlé, nacházíme jen 5,5 % pacientek s mentální bulimií, poměrně častý je však výskyt rizikové symptomatiky ve stravovacím programu (44,4 %), celkový výskyt poruch příjmu potravy je tedy 49,9 %.

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tabulka 4. Věkové zastoupení jednotlivých diagnostických kategorií poruch příjmu potravy u patientek poprvé léčených v Lojovicích pro závislost na alkoholu a/nebo lécích

	do 30 let		31-40 let		41-50 let		nad 50 let		prům. věk	rozmezí
Deklarovaná BM	11	39,2 %	7	13,7 %	1	1,4 %	0		29,4	19-42
Suspektní BM	6	21,4 %	5	9,8 %	2	2,9 %	0		33,1	25-47
Rizikové symptomy	5	17,8 %	12	23,5 %	8	23,5 %	1	2,4 %	36,3	20-50
Bez PPP	6	21,4 %	27	52,9 %	59	84,2 %	40	97,6 %	45,3	23-65
Celkem přijato	28		51		69		41			

Graf 4.



Jak ukazují tabulka a graf 4., kromě již zmiňovaného nápadně vysokého výskytu mentální bulimie u patientek do 30 let nacházíme ještě značné zastoupení bulimiček mezi patientkami 31 – 40 letými (23,5 %) a ojedinělé případy mentální bulimie najdeme i u patientek mezi 41-50 lety věku (4,3 %). S přibývajícím věkem bulimie tedy ubývá, ale pokud se vyskytne, je častěji utajována. S věkem ubývá i zastoupení všech patientek s poruchami příjmu potravy (78,6 %, 47,4 %, 15,8 %, 2,4 %).

Průměrný věk patientek přijatých k 1. léčbě pro závislost na alkoholu a/nebo lécích byl v roce 1996 40,76 roku, v roce 1997 41,77 roku a v roce 1998 42,05 roku. Zvyšování věkového průměru způsobuje především vzestup počtu patientek starších 50 let a úbytek patientek ve věku 31 – 40 let.

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tabulka 5. Výskyt poruch příjmu potravy u pacientek přijatých k opakované léčbě do Lojovic pro recidivu abúzu alkoholu a/nebo léků

Celkem přijato 1996 – 1998	63	100 %
Deklarovaná BM	5	7,9 %
Suspektní BM	11	17,5 %
Rizikové symptomy	11	17,5 %
Dietárky	1	1,5 %
Bez PPP	35	55,5 %

Tabulka 6. Výskyt poruch příjmu potravy u pacientek přijatých k opakované léčbě do Lojovic pro recidivu abúzu návykových látek, které byly poprvé hospitalizovány v Lojovicích před 30. rokem věku

	Alkohol + léky		Drogy
Celkem přijato 96-98	15	100 %	5
Deklarovaná BM	3	20,0 %	0
Suspektní BM	6	40,0 %	0
Rizikové symptomy	3	20,0 %	2
Dietárky	0	0,0 %	0
Bez PPP	3	20,0 %	3

Mezi recidivujícími pacientkami nacházíme 25,4 % bulimiček, což představuje nárůst o 50 % proti prvoléčbám (16,9 %), přičemž převažují pacientky se suspektní bulimií. U recidivujících pacientek, které se poprvé léčily v Lojovicích před 30. rokem věku pro závislost na alkoholu a/nebo lécích se vyskytovala mentální bulimie v 60 % (rovněž s převahou skupiny suspektních), zatímco u recidivujících pacientek se závislostí na ilegálních drogách se mentální bulimie nevyskytla.

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tabulka 7.

Srovnání výskytu PPP u jednotlivých
diagnostických skupin patientek

	1. léčba			Recidivy		
	Alk.+léky	Do 30	Drogy	Alk.+léky	1.1. do 30	Drogy
Dekl. + susp. BM	16,9 %	60,7 %	5,5 %	25,4 %	60,0 %	0,0 %
Rizikové symptomy	14,3 %	17,8 %	44,4 %	17,5 %	20,0 %	33,0 %
Bez PPP	68,8 %	21,4 %	50,0 %	57,0 %	20,0 %	66,0 %

Mezi poprvé léčenými pacientkami jsme celkem zachytili 34 bulimiček, z nich 17 s čistou závislostí na alkoholu, 14 se závislostí na alkoholu a občasným abúzem psychotropních léků (zpravidla benzodiazepinů), 1 se závislostí na lécích (analgetika opiátového i neopiátového typu, benzodiazepiny) a 2 se závislostí na ilegálních drogách (pervitin, opiáty), abúzem léků (benzodiazepiny) a alkoholu.

Mezi opakovaně léčenými pacientkami bylo 16 bulimiček (4 se vyskytly již v souboru prvoléčeb, protože byly poprvé léčeny ve sledovaném období), z nich 9 s čistou závislostí na alkoholu, 6 se závislostí na alkoholu a občasným abúzem léků (barbituráty, benzodiazepiny) a 1 s kombinovanou závislostí na alkoholu a lécích (barbituráty, benzodiazepiny).

Tabulky 8, 8a, 8b. Prosperita patientek, přijatých k 1. léčbě do Lojovic
pro závislost na alkoholu a/nebo lécích

Tabulka 8.

Prvoléčby přijaté v letech 1996-1997

	Nedok.		Dokončilo		?		Kolísá		Zlepšeno		TDA		Chron.	
Deklarovaná BM	1	7 %	13	92 %	2	14 %	3	21 %	5	36 %	4	29 %	0	
Suspektní BM	6	55 %	5	45 %	7	64 %	0		1	9 %	0		3	27 %
Rizikové symptomy	5	22 %	17	77 %	11	50 %	5	23 %	6	27 %	4	18 %	0	
Bez PPP	33	32 %	70	69 %	50	49 %	11	11 %	18	18 %	23	22 %	0	
Celkem přijato 96-97	45	30 %	105	70 %	61	41 %	19	13 %	30	20 %	31	21 %	3	2 %

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tabulka 8a.

Prvoléčby přijaté v roce 1996

1996	Přijato	Dokončilo	?	Kolísa	Zlepšeno + TDA	Chron.
Deklarovaná BM	9	89 %	11 %	11 %	77 %	0 %
Suspektní BM	7	29 %	86 %	0 %	0 %	14 %
Rizikové symptomy	9	78 %	44 %	11 %	45 %	0 %
Bez PPP	50	46 %	68 %	4 %	28 %	0 %
Celkem přijato 96	75	53 %	53 %	5 %	33 %	1,3 %

Tabulka 8b.

Prvoléčby přijaté v roce 1997

1997	Přijato	Dokončilo	?	Kolísa	Zlepšeno + TDA	Chron.
Deklarovaná BM	5	100 %	20 %	40 %	40 %	0 %
Suspektní BM	4	75 %	25 %	0 %	25 %	50 %
Rizikové symptomy	13	77 %	23 %	31 %	46 %	0 %
Bez PPP	53	88 %	31 %	17 %	52 %	0 %
Celkem přijato 97	75	87 %	28 %	20 %	48 %	2,6 %

Rozdíl mezi počtem patientek s dokončenou léčbou a počtem patientek prosperujících i patientek se ztrátou kontaktu v roce 1996 a 1997 pravděpodobně souvisí se zlepšením terapeutického klimatu na oddělení způsobeným personálními a programovými změnami.

Tabulka 9. Prosperita patientek přijatých k opakované léčbě
do Lojovic pro recidivu abúzu alkoholu a/nebo léků v letech 1996 – 1997

1996-1997	Celkem přijato	Dnes prosperuje		Kolísá		Chronifikuje		?	
Deklarovaná BM	4	3	75 %	1	25 %	0		0	
Suspektní BM	10	1	10 %	0		8	80 %	1	10 %
Rizikové symptomy	10	1	10 %	3	30 %	2	20 %	4	40 %
Bez PPP	28	13	46 %	0		7	25 %	8	29 %
Celkem	52	18	35 %	4	8 %	17	33 %	13	24 %

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Porovnali jsme prosperitu patientek bulimiček, patientek s rizikovou symptomatologií a patientek bez poruch příjmu potravy pomocí kontingenční tabulky, dle výsledků nejsou statisticky významné rozdíly v počtu prosperujících patientek ($\chi^2 = 0,76$, $df\ 2$, $p = 0,68$ n.s.). Je však podstatný rozdíl v prosperitě bulimiček deklarovaných (prvoléčby 9 ze 14, recidivy 3 ze 4) a suspektních (prvoléčby 1 z 11, recidivy 1 z 10), kdy suspektní bulimičky tvoří skupinu s nejnižším počtem prosperujících patientek a s nejčastějším přechodem do chronicity (prvoléčby 3 z 11, recidivy 8 z 10). Patientky s deklarovanou BM a s rizikovými symptomy v období po léčbě často kolísají a reakce na recidivu obvykle rozhoduje o dalším vývoji buď směrem k chronicitě, nebo k prosperitě. Ve sledovaném souboru jsem nezaznamenala žádné úmrtí u patientky s kombinací poruchy příjmu potravy a závislosti na návykové látce za uvedené období.

Tabulka 10. Porovnání prosperity u jednotlivých skupin patientek

	Prosperují			
	Prvoléčby	Prvoléčby do 30	Recidivy	Recidivy s 1. l. do 30
Deklarovaná BM	65 %	57 %	75 %	66 %
Suspektní BM	9 %	0 %	10 %	0 %
Rizikové symptomy	45 %	60 %	10 %	100 %
Bez PPP	40 %	60 %	46 %	100 %
Celkem	41 %	45 %	35 %	50 %

Tabulka 10a Porovnání přechodu do chronicity u jednotlivých skupin patientek

	Chronifikují			
	Prvoléčby	Prvoléčby do 30	Recidivy	Recidivy s 1. l. do 30
Deklarovaná BM	0 %	0 %	20 %	0 %
Suspektní BM	27 %	20 %	80 %	83 %
Rizikové symptomy	0 %	0 %	20 %	0 %
Bez PPP	0 %	0 %	25 %	0 %
Celkem	3,3 %	5,5 %	35 %	36 %

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Diskuse

Práce zabývající se popisem společného výskytu poruch příjmu potravy a onemocnění spojených s užíváním návykových látek používají různého vymezení těchto poruch. Ve své práci jsme použili vymezení, které se nabízelo z klinické praxe a které zachycuje širokou škálu poruch. Mezi pacientkami jsme nenašli žádnou pacientku s mentální anorexií restriktivního typu, ale u některých patientek předcházelo vývoji bulimické symptomatiky anorektické období, ve sledovaném období však již převládala bulimická symptomatika. Při podrobnějším zkoumání by bylo možno rozdělit bulimičky na bulimičky s normální váhou a na bulimičky s nízkou váhou a zpravidla amenorrhoeou, které by odpovídaly spíše diagnóze big eating-purging anorexie, jistě by bylo zajímavé se těmito skupinám věnovat podrobněji v dalším výzkumu.

Poměrně nízký výskyt mentální bulimie u patientek se závislostí na ilegálních drogách ve srovnání se stejnou věkovou kategorií patientek závislých na alkoholu může souviset s regulovaným počtem přijímaných patientek se závislostí na ilegálních drogách (čekání na léčbu může představovat vysoký práh pro pacientky s kombinací obou diagnóz), ale může být vysvětlitelná i rozdílnou etiologií vývoje závislosti na alkoholu a na ilegálních drogách, a to z hlediska biologického, psychodynamického i psychologického. Častý výskyt rizikových symptomů v oblasti příjmu potravy u mladých patientek závislých na nealkoholových drogách svědčí spíše pro projev tzv. multiimpulzivní poruchy osobnosti (Lacey, 1986).

Vysoký výskyt mentální bulimie mezi mladými alkoholičkami nasvědčuje tomu, že obě poruchy mají podobnou etiologii (z hlediska personalistického, psychoanalytického, behaviorálního, genetického, biochemického i systemického) a že mohou vzájemně urychlit svůj vývoj. Zkušenosti z práce s pacientkami i literatura ukazují, že symptomy obou poruch se mohou navzájem nahrazovat, to znamená že rozvoj abúzu zejména alkoholu (ale i jiné návykové látky) může dočasně nahradit bulimickou symptomatiku, která se pak znovu objeví v období abstinence od návykových látek a může vést opět k recidivě abúzu návykové látky (Birkásová, 1985; Katzman, 1991; Cepik, 1995).

Závěry

Rozdíl ve výsledcích léčby mezi pacientkami s deklarovanou a suspektní bulimií ukazuje na důležitost práce s poruchami příjmu potravy během léčby, přičemž podstatné je získání alespoň částečného náhledu pacientky na bulimické potíže a na jejich souvislost s rozvojem abúzu. Naším cílem tedy je, aby bulimička přešla ze skupiny „suspektních“ do skupiny „deklarovaných“.

Výsledky studie ukazují, že pacientky s kombinací poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách mohou mít srovnatelné výsledky léčby s pacientkami s čistou závislostí na návykových látkách, pokud je věnována pozornost včasné diagnostice a léčbě poruch příjmu potravy a pokud se podaří motivovat pacientku ke spolupráci v řešení obou problémů. Pokud naopak zůstává závažná porucha příjmu potravy skrytá a neřešená, může vést k opakovaným recidivám abúzu návykových látek, k chronifikaci obou poruch a degradaci či úmrtím (19).

O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Společný výskyt poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách zejména u patientek mladších věkových kategorií závislých na alkoholu je jevem, kterému je nutno věnovat pozornost jak v klinické práci, tak v dalším výzkumu.

Děkuji za cenné připomínky PhDr. F. Krchovi, CSc. a PhDr. L. Csémymu, CSc.

L i t e r a t u r a

- Beary M. D. – Lacey J. H. – Merry J.: Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *Br J Addict*, 1986, 81, 685 – 689
- Birkásová M. – Blažková E. – Heller J.: Výskyt mentální anorexie u žen s drogovou závislostí. *Protialkoh Obz*, 1985, 20, 1, s. 31 – 35
- Cepik A. – Arian Z. – Borasav C. – Isik E.: Bulimia in a male alcoholic – a symptom substitution in alcoholism. *Int J Eat Disord*, 1995 March -Apr., 20 (2), s. 255 – 260
- Corrigan S. A. – Johnson W. G. – Alford G. S. – Bergeron K. C. – Lemmon C. R.: Prevalence of bulimia in a chemical dependency treatment program. *Addict Behav*, 1990, 15 (6), s. 581 – 585
- Dimová N. – Kolibáš E. – Novotný V. – Havlíčková E.: Používání návykových látek u pacientů s poruchami příjmu potravy. *Alkoholismus a drogové závislosti* 1997, 32, 1, s. 57 – 63
- Fairburn C. – Peveler R.: Eating disorders in women who abuse alcohol. *Br J Addict*, 1990 Dec., 85 (12), 1633 – 1638
- Goldbloom D. S. – Naranjo C. A. – Brenner K. E. – Hicks L. K.: Eating disorders and alcohol abuse in women. *Br J Addict*, 1992, 17, s. 913 – 920
- Holderness C.C. – Brooks – Gun J. – Waren M. P.: Co-morbidity of eating disorders and substance abuse – review of the literature. *Int J Eat Disord*, 1994 Jul 16 (1) 1 – 34
- Hudson J. I. – Weiss R. D. – Pope H. G. jr.: Eating disorders in hospitalized substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1992, 18, s. 75 – 85
- Jonas J. M. – Gold M.S. – Sweeney D. – Pottash A.L.: Eating disorders and cocaine abuse – survey of 259 cocaine abusers. *J Clin Psychiatry*, 1987, 48, s. 47 – 50
- Katzman M. A. – Greenberg A. – Marcus I. D.: Bulimia in opiate addicted women: developmental cousin and relapse. *J Subst Abuse Treat*, 1991, 8 (3), s. 107 – 112
- Krch F. – Faltus F.: Výskyt psychopatologické symptomatiky u patientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Čs. psychiatrie*, 1988, 84, 6, s. 384 – 391
- Lacey J. H. – Mourelle E.: Bulimic alcoholics – some features of a clinical subgroup. *Br J Addict*, 1986, 81, 389 – 93
- Lillienfeld L.R. – Kaye W.H.: The link between alcoholism and eating disorders. *Alcohol, Health and Research World* 1996, 20, 2, s. 94 – 99
- Schuckit M. A. – Tipp J. E. – Anthenelli R. M. – Bucholz K. K. – Hesselbrock V. M. – Nurnberger J. I.: Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry*, 1996 Jan., 153 (1), s. 74 – 82
- Sinha R. – Robinson J. – Merikangas K. – Wilson G. T. – Rodin J. – O'Malley S.: Eating pathology among women with and/or anxiety disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 1996 Oc., 20 (7), s. 1184 – 1191
- Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy, Maxdorf 1996., s. 303 – 315
- Suzuki K. – Higuchi S. – Koichi Y. – Mizutani Y. – Kono H.: Young female alcoholics with and without eating disorders: A comparative study in Japan. *Am J Psychiatry*, 1993, 150, s. 1053 – 1058

**O. PECINOVSKÁ / PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PACIENTEK
HOSPITALIZOVANÝCH PRO ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH**

Taylor A. V. – Peveler R. C. – Hibbert G. A. – Fairburn C. G.: Eating disorders among women receiving treatment for an alcohol problem. *Int J Eat Disord*, 1993 Sept. 14 (2), s. 147 – 151

Walfish S. – Stenmark D. E. – Sarco D. – Shealy J. S. – Crone A. M.: Incidence of bulimia in substance misusing women in residential treatment. *Int J Addict*, 1992 Apr., 27 (4), s. 425 – 433

Wilson J. R.: Bulimia nervosa – co-occurrence with psychoactive substance use disorders. *Addict Behav*, 1992 Nov.-Dec., 17 (6), s. 603 – 607

Do redakcie prišlo dňa: 31. 3. 2000

Adresa autora: MUDr. O. Pecinová, Výletní 362, 142 00 Praha 4, ČR
