

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**  
**Bakalářské studium adiktologie**  
**Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN**



# **KASUISTICKÁ PRÁCE**

**Autor: Hana Pospíšilová**  
**Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**

**PRAHA**  
18. 5. 2010

## Obsah

1. Úvod	3
2. Anamnézy	3
2.1 Rodinná anamnéza	3
2.2 Osobní anamnéza	4
2.3 Drogová anamnéza	6
3. Syndrom závislosti	7
4. Charakteristika návykové látky	8
4.1 Alkohol	8
4.2 Benzodiazepiny	13
5. Panická porucha	15
5.1 Možné příčiny panické poruchy	17
6. Léčebné intervence	18
6.1 Léčba panické poruchy	18
6.2 Léčba závislosti	19
6.3 Shrnutí léčby	20
7. Rozvaha a závěr	21
Příloha – AUDIT	23
Seznam literatury	25

## 1. Úvod

S klientkou jsem se seznámila při praxi v AT ambulanci, překvapila mě svým upraveným vzhledem a vystupováním. Přicházela s prosbou o pomoc. Věděla, s čím má problém a chtěla se léčit. Zaujala mě inteligencí, a později i kombinací diagnóz. Bylo jí 26 let a s diagnózou (F 10.2) Syndrom závislosti na alkoholu, (F 13.2) Syndrom závislosti na beznodiazepinech a s nepotvrzenou diagnózou (F 41.0) Panická porucha nastoupila na detoxifikační jednotku. Během léčby se diagnóza panické poruchy potvrdila.

Klientka ke mně byla v průběhu své léčby otevřená a se zpracováním svého příběhu pro studijní účely souhlasila. V kazuistice nejsou uváděna skutečná jména osob ani léčebných zařízení. Pro stylistické potřeby jsem klientku pojmenovala Sára.

## 2. Anamnézy

### 2.1 Rodinná anamnéza

Sára se narodila v Praze. Její matka tehdy ještě studovala všeobecné lékařství. Otec, původem z malého města, začínal podnikat ve stavebnictví. V raném dětství byla často svěřována do péče příbuzných a přátel rodičů, aby matka mohla dostudovat. Především se o její výchovu starala babička z otcovy strany. Byla k ní hodná a na Sárku byla velmi pyšná. Často jí říkala, že je chytrá a krásná a jistě to daleko dotáhne. Že jistě půjde na vysokou školu a bude velmi úspěšná.

*Ze Sářina vyprávění jsem pochopila, že měla babičku velmi ráda a nechtěla jí zklamat. Přemýšlím, jestli tím tehdy chtěla babička jen zvyšovat Sáře sebevědomí, nebo jestli to náhodou nepřesáhlo ve skrytý nátlak na úspěch a jestli to Sárku zbytečně nestresovalo už na základní škole.*

V pěti letech se Sáře narodili dva sourozenci. Jednovaječná dvojčata chlapců znovu přerušila matce studia, ale opět jen na nezbytný rok. Následně se babička starala o všechny děti. Sára svoje dětství popisuje jako šťastné, a vztahy s rodiči i sourozenci jako harmonické.

Když bylo Sáře asi 13, zjistili u její babičky rakovinu prsu. V té době se babička o Sárku a o bratry přestala starat a odmítala se vídat s celou rodinou. Rodiče už výchovu zvládali sami a babička se po operaci a následné chemoterapii „uzdravila“ a začala se s rodinou opět vídat.

*Myslím, že role babičky a její osobnost Sáru ve vývoji i jinak velmi ovlivnila. A její ztráta, i když ne úplně mohla v Sářině dětství být velkým stresem. Často se o babičce zmiňovala.*

Co se týká návykových látek v rodině, bylo přirozené dát si v době volna několik piv u jejího otce. Matka začala pít víc, až když bylo Sáře kolem 17, ale problémy s tím nikdy žádné nebyli. Vždy byla schopná všeho, co bylo potřeba, chodit do práce.

Jiné návykové látky nebo poruchy chování v rodině nebyli přítomny.

## 2.2 Osobní anamnéza

Sára se narodila s novorozeneckou žloutenkou, ale bez komplikací se uzdravila. Kromě běžných dětských nemocí mívala angíny. Operovaná byla jen jako dítě s pupeční kýlou.

Základní školu vystudovala s vyznamenáním. Neměla problém se seznamovat a přátelit. Víc si ale rozuměla s učiteli než s vrstevníky. Od 5. třídy chodila plavat a o pár let později začala cvičit aerobik. Plavání jí vydrželo do druhého ročníku na gymnáziu. Přestala, protože jí aerobik bavil víc a obojí už nestíhala.

Po přijímacích zkouškách nastoupila na gymnázium v Praze, které si sama vybrala. Babička měla velkou radost, ale prý ji mrzelo, že si Sára nevybrala gymnázium, o kterém se tehdy říkalo, že je nejlepší. Na gymnáziu si našla pár přátel, se kterými se do nedávna stýkala.

V prvním ročníku měla opět vyznamenání. Ve druhém ročníku si našla přítele a začala chodit do hospody. Občas chodila i za školu, omluvenky podepisovala za rodiče, ale známky neměla o moc horší. Ve třetím ročníku už měla velké absence, rozešla se s prvním přítelem a často chodila pít s jeho staršími přáteli. Občas se vracela až k ránu domů. Nebyla schopná vstát do školy. Ve škole si ale vždy vše „vyžehlila“ a známky měla stále dobré. O víkendech chodila dál pravidelně pít.

*Sářino chování bych ve vztahu ke mně a k ostatním v její léčbě charakterizovala jako velmi šetrné, diplomatické až manipulující. Nejspíš neměla problém přesvědčit pedagogy na gymnáziu i rodiče tak, aby neměla větší problémy.*

Maturitní ročník přežila bez větších problémů, o víkendech ale stále dost pila. Na jaře odmaturovala. Dostala se na vysokou školu ekonomickou, obor mezinárodních vztahů. V nové škole se jí dařilo.

Našla si přítele Pavla, byla do něj velmi zamilovaná. Podporoval ji i oceňoval a snažil se jí všelijak pomoci. Během svých náročných studií se k němu velmi upnula. V dalším roce se

přihlásila ještě na jazykovou školu. Přijali jí a v říjnu toho roku nastoupila na dvě školy zároveň. Rodiče a hlavně babička byli velmi pyšní a všem dělala velkou radost.

V té době se odstěhovala od rodičů do vlastního bytu s Pavlem. Rodiče jí ho pomáhali zařídit a podíleli se i na nájmu. Vlastní bydlení popisuje jako příjemné, i když přinášelo mnoho dalších povinností a nutnost učit se nové věci.

Cvičení aerobiku přestala stíhat. Bála se, že ztloustne a začala se omezovat v jídle.

Byla často nervózní a nemohla spát, strachovala se o vše možné. Že nezvládne dvě školy najednou, že ztloustne a nebude se Pavlovi líbit, že jí Pavel opustí, že se znemožní. Nechodila už tak často do hospody s kamarády, ale častěji pila doma, hlavně večer, „aby spláchnula ten stress z celého dne“. Svěřila se matce s nervozitou, nespavostí, úzkostí „před zkouškami“ a požádala jí, jako lékařku, o nějaké léky na uklidnění. Maminka jí opatřila Diazepam. Několik měsíců ho užívala sporadicky v terapeutický dávkách. Později to již bylo denně. Při kombinaci léku s alkoholem se Sára dostávala do nepředvídatelných stavů. Křičela, plakala, podezírala a vydírala Pavla, obviňovala se. Půl roku na to zemřela Sáře babička. Po krátkém období semknutí rodiny se vše vrátilo do původních kolejí. Sára pila už téměř denně, alkohol kombinovala s léky a její stavy hysterie byli čím dál horší. Nechtěla ani slyšet o tom, že má s pitím problém a proto toto období vrcholilo rozchodem s Pavlem. Když se odstěhoval, začala Sára pít ještě víc.

Školu občas vynechala, protože ráno nebyla schopná vstát. Zhruba po dvou měsících měla první záchvat paniky. Během dopoledního školního semináře byla unavená, minulou noc toho hodně vypila. Panika přišla najednou a z ničeho nic. Chvíli jí bylo horko, pak zase zima, začalo jí prudce bušit srdce. Šla k oknu, cítila, že potřebuje vzduch. Celá se rozklepala. Měla pocit, že se na ni všichni dívají. Šla na záchod a tam se rozplakala. Za chvíli to přestalo, nicméně jí to vyděsilo. Ze školy odešla. Vzala si pár prášků a opila se velmi rychle. Večer zoufalá volala matce, že nejspíš zešílí nebo zemře. Matka si jí druhý den vzala domů. Nechala jí vyšetřit. Celá spousta vyšetření dopadla i opakovaně negativně a Sáře byla doporučena návštěva u psychiatra. Sára na psychiatrii nechtěla a znovu se od rodičů odstěhovala. Měla už větší problémy ve škole a jedno studium musela přerušit. Doma začala Sára opět pít. Cítila úzkost, samotu a strach a tyto pocity přebíjela prášky a alkoholem. Po čase jí přepadla druhá ataka, jela metrem do školy, začalo jí bušit srdce, hrudník se jí sevřel. Cítila brnění v prstech i rtech. Nemohla popadnout dech. Jen co metro zastavilo, vyběhla z něj, od té doby se mu vyhýbá.

*Vyhýbavé chování je pro panickou poruchu typické. K vyhýbavému chování může postižený dospět z několika důvodů. Vyhýba se určitým místům, kde záchvat skutečně zažil, obává se, že se tam bude opakovat (jako u Sáry). Vyhýbá se místům, kde sice záchvat neměl, ale předpokládá nepříjemné důsledky (např. společenské, že se znemožní svým úzkostným chováním). Vyhýbá se místům, kde není dostupná pomoc. Nebo se vyhýbá zátěžovým činnostem, při kterých by mohl záchvat vzniknout (Praško a kol., 2006).*

Znovu se nechala vyšetřit, ale EKG a jiná vyšetření dopadli opět negativně. Znovu jí byla doporučena návštěva psychiatra. Za matčíným známým psychiatrem se vypravila. O alkoholu ani lécích se mu nezmínila a po popsání dvou záchvatů, lékař zvažoval diagnózu Panické poruchy. Už se k němu nevrátila. Cítila se na dně, zoufalá a úzkostná. Matka jí odmítla obstarávat léky. Ty potom sháněla u známých lékařů a přátel. Během dalšího roku byla nucena přerušit i druhou školu. Často se opíjela a alkohol kombinovala s benzodiazepiny. Rodiče jí přestali posílat peníze a platili už jen nájem jejího bytu. Sára neměla jiné příjmy, a když už neměla na alkohol, začala prodávat vybavení svého bytu. Když jí našla její matka v intoxikovaném stavu v téměř prázdném bytě, odvezla jí k sobě. U rodičů byla Sára pod stálým dohledem své matky. Dobrovolně souhlasila, že zkusí nepít alkohol, léků se ale vzdát nechtěla. První týden dostávala od matky jen terapeutické dávky diazepam. Na uklidnění jí to však nestačilo. Druhý den prodělala další panickou ataku. Matka zůstala při podávání terapeutických dávek. Na konci prvního týdne se Sára trochu uklidnila a začala mluvit o léčbě, kterou potřebuje. Sama si vysadila i ty terapeutické dávky Diazepam. Hned den na to prodělala panickou ataku poprvé s pocitem derealizace a strachu ze smrti. Vrátila se k terapeutickým dávkám benzodiazepinu a odhodlala se k návštěvě AT ambulance.

### 2.3 Drogová anamnéza – osobní historie závislostního chování

První zkušenost s cigaretami ve čtrnácti letech, kouřila pak příležitostně, později častěji, ale nikdy nepocítovala touhu nebo závislost na cigaretách, jediné co jí přinášeli, byla snadné navázání konverzace a snazší zařazení do společnosti. Nyní nekouří už čtyři roky.

Marihuanu poprvé vyzkoušela pod vlivem alkoholu v šestnácti a ještě pak jí párkrát užila, ale nepřinášelo jí to žádné uspokojení.

První zkušenost s alkoholem ve čtrnácti letech, jako experiment. Kolem šestnáctého roku začala pravidelně chodit do hospody a pít alkohol, později pořádala pravidelné

alkoholové večírky doma. Když dostala chuť pila doma někdy i sama. Kolem 23. roku byla schopná běžně vypít i tři lahve vína za večer. Teď se jí daří abstinovat.

Benzodiazepiny začala užívat na vysoké škole, ze začátku jen při pocitech úzkosti a nervozity. Časem je užívala téměř denně. Později je začala užívat v kombinaci s alkoholem., což jí přivádělo do nevladatelných stavů hysterie a úzkosti.

### 3. Syndrom závislosti (Fx.2)

Definuje Karel Nešpor v kapitole Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In: Drogy a drogové závislosti (Kalina a kol., 2003)

V MKN-10 se uvádí, že „... užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

*Před tím než začala Sára zneužívat benzodiazepiny a alkohol, byla pilná studentka se zájmem o sport. Po tom co dala přednost užívání těchto návykových látek, přestala do školy chodit a musela studia proto ukončit. V období před intervencí její matky nejevila zájem ani o studium, o sport, natož o své zdraví.*

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

*S bažením má Sára značnou zkušenost. Ještě, když byla s Pavlem, mnohokrát se musela před ním v pití krotit.*

b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,

*O ztrátě kontroly, především v pití, ví Sára svoje. Často pila dokud byla při vědomí.*

c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

*Ranních doušky u Sary nebyli časté, ale přítomny byly.*

d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců, závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

*O žádných rekordních množstvích se u Sáry mluvit nedá, ale v poslední době kdy pila, byla schopná vypít i tři lahve vína. Což i ona považuje za množství, které by jí na začátku pravidelného užívání zneschopnilo.*

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,

*Sára jistě užívala psychoaktivní látky na úkor svých potěšení a zájmů. Přestala se scházet se svými přáteli, přestala se věnovat škole, kterou dřív za svůj zájem pokládala.*

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Definice škodlivého užívání podle DSM-IV je v mnoha směrech podobná, překvapivě však nezahrnuje první z šesti výše uvedených znaků tj. craving (bažení), naproti tomu se klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

## 4. Charakteristika návykové látky

### 4.1 Alkohol

Charakterizuje Minařík (2008).

Chemicky etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukru. Látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Patří, společně s nikotinem mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systému – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního, Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.

Rozšíření po celé planetě. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litru čistého alkoholu na obyvatele. Ve spotřebě piva dlouhodobě zaujímáme přední místo ve světě. Nadměrně konzumuje alkohol asi 1/4 všech mužů v ČR a asi 1/10 žen.

Způsoby aplikace požitím per os. Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do



mozku. Jiné způsoby aplikace jsou možné, ale málo obvyklé. Farmakokinetika alkoholu se vyznačuje konstantní rychlostí odbourávání (0,12-0,2 promile/hod), stanovení hladiny se provádí v toxikologické laboratoři chromatograficky, orientačně dechovou zkouškou.

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí, dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábrán, kritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek.

Intoxikace má 4 stadia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. Lehká opilost, či excitační stadium (alkoholémie do 1,5g/kg)
2. Opilost středního stupně, či hypnotické stadium (alkoholémie 1,6g/kg až 2,0g/kg)
3. Těžká opilost, či narkotické stadium (alkoholémie více než 2g/kg)
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu, asfyktické stadium (alkoholémie nad 3g/kg).

Krátkodobé nežádoucí účinky

- Intoxikace je provázena mnoha somatickými příznaky v závislosti na výši dávky. Typická je porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení.

- Poruchy chování s agresivitou, snížená sebekritičnost může vést k riskantnímu chování s následnými úrazy.

*Sára popsala asi dvě vlastní zranění doma a několik pádů po cestě domů. Jinému člověku v souvislosti s její intoxikací zranění nezpůsobila.*

- Při těžších intoxikacích kvantitativní porucha vědomí až smrt.

- Patická opilost (patická ebrieta) – relativně málo častá komplikace. Vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci. Dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování často s auto či hetero agresí. Stav odeznívá po minutách až hodinách, končí terminálním spánkem. Na stav bývá amnézie.

Dlouhodobé účinky

- Poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjmy, gastritidy. Poškození jater může vést k rozvoji jaterní cirhózy a jícnovým varixům. Chronické poškození může vést k rozvoji nádorového bujení - karcinomu jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a

rekta. Muže dojít k poškození pankreatu a vzniku diabetu. Významné jsou obtíže spojené s malnutricí při chronickém abusu alkoholu, avitaminosy mohou vést až k život ohrožujícím stavům.

- Funkční a orgánové poškození oběhového systému - arteriální hypertenze, kardiomyopatie.
- Časté jsou poruchy krvetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace.
- Poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy.
- Poškození nervového systému je spojeno s neurotoxickým účinkem alkoholu - polyneuropatie, organické poškození mozku. Psychotická porucha vzniká jako následek chronického abúzu, je způsobena poškozením mozku. Stav se projevuje přítomností halucinací, paranoidních bludů, poruchami paměti až do stadia demence.
- Poškození endokrinního systému vede k narušení sekrece glukokortikoidu a testosteronu, u mužů vede k impotenci.
- U těhotných může dojít k vážnému poškození plodu - fetální alkoholový syndrom.

*Z dlouhodobých nežádoucích účinků užívání to v případě Sáry byly především poruchy spánku a úzkostné stavy. Méně závažnou anémií trpěla již dříve a ke značnému zhoršení u ní nedošlo.*

Odvykací stav se objevuje po dlouhodobém, intenzivním užívání alkoholu, rozvíjí se během hodin až dní po vysazení, nebo redukci dávek. Maxima dosahuje během druhého dne, hlavní příznaky odeznívají obvykle do týdne. Příznaky zahrnují psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardii, hypertenzi, slabost, spánku. Halucinace, iluze, křeče, a epi paroxysmy jsou již příznaky vážnějšího průběhu. Delirium tremens je nejtěžší formou odvykacího stavu s relativně vysokou mortalitou. Dochází k poruchám vědomí, dezorientaci, halucinacím, bludům s paranoidním obsahem, tachykardii, pocení, hrubému třesu a záchvatům křečí. Maximum obtíží je v noci, typická je inverze spánku. Výrazný psychomotorický neklid si často vyžádá mechanické omezení. Metabolický rozvrat a ohrožení vitálních funkcí vyžaduje intenzivní léčbu. Po odeznění hlavní části odvykacího stavu dlouhodoběji přetrvávají poruchy spánku, vegetativní obtíže, úzkostně-depresivní stavy. Odeznívají postupně během měsíců.

Mezi rizika užívání alkoholu patří rozvoj tělesné i psychické závislosti. Závislost se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období, kdy je již patrné

tělesné i psychické poškození a kdy je možné abusus ještě relativně „bezbolestně“ zastavit.

Vývoj závislosti popisuje Jellinekovo rozdělení do čtyř vývojových stadií: 1. počáteční (symptomatické), 2. varovné (prodromální), 3. rozhodné (krucální), 4. konečné (terminální).

Pro rozdělení typu závislosti je dosud platná klasická Jellinekova typologie z r. 1940, která rozlišuje 5 typu závislosti na alkoholu:

1. Typ alfa: „problémové pití“, abúzus alkoholu, používaný jako „sebemedikace“ k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, či depresivních pocitů, často pití o samotě
2. Typ beta: příležitostný abúzus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně, častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození
3. Typ gama: (někdy označovaný jako „anglosaský typ“, s preferencí piva a destilátu) závislost na alkoholu, charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným nárůstem tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, s výrazněji vyjádřenou psychickou závislostí
4. Typ delta: (označovaný jako „románský typ“, preferující víno) typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, s výrazněji vyjádřenou somatickou závislostí a poškozením
5. Typ epsilon: epizodický abúzus (dipsomanie, „kvartální pijáctví“) s obdobími delší, občas úplné abstinence, nepřilíš častá varianta závislosti, provázející někdy afektivní poruchy

*Podle zmíněné Jellinekovy typologie jsem Sáru zařadila pod typ alfa.*

Značná toxicita alkoholu vede k vážnému poškození organismu. Kromě výše zmíněných poruch a tíže odvykacího stavu se mohou vyskytnout ještě další, život ohrožující komplikace. Jedná se o intoxikační delirium u závislých osob po alkoholovém excesu se symptomatologií podobnou jako při deliriu tremens a Wernickeova encefalopatie způsobená nedostatkem Thiaminu. Druhá z poruch se projevuje typickou triádou - poruchy okohybných nervů, ataxie, a psychické poruchy (apatie, útlum zmatenost, později se může rozvinout v delirium tremens. Stav může prohloubit aplikace glukosy, která vyčerpá poslední zbytky thiaminu.

Mezi léčebné intervence patří detoxifikace – symptomatická léčba poruch metabolického stavu, specifická farmakoterapie spočívá v aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. V lehčích stádiích benzodiazepiny, nebo neuroleptikum, v těžších spíše klomethiazol. Při

křečích je vhodný MgSO<sub>4</sub> i. m., případně karbamazepin. Významné je podání multivitaminových preparátů, eventuelně thiaminu a kyseliny listové.

*Mezi léčebné intervence vhodné pro Sáru bych zařadila detoxifikaci, podání multivitaminových preparátů a pozorování. Sára při nástupu na detox už měla za sebou dva týdny abstinence, takže bych nepředpokládala vážnější průběh. Vyvarovala bych se benzodiazepinů, které se v některých stádiích odvykacího stavu podávají. A to kvůli její závislosti na nich.*

Pomoc při abstinenci přináší disulfiram (Antabus), který blokuje degradaci alkoholu. Požití alkoholu pak vede k prudké reakci, která může pacienta ohrozit i na životě. Pro senzitivizační terapii jsou tedy indikováni jen dobře spolupracující, motivovaní pacienti. „Antabusový efekt“ mohou vyvolat i jiné látky (metronidazol, toxiny některých hub). Avitaminosa B1 (Wernickeova encefalopatie-viz výše), aplikovat napřed Thiamin v dávce 100mg i. v., pak teprve glukózu.

Úzkostně depresivní stavy – vhodná jsou antidepresiva ze skupiny SSRI, která mohou pozitivně ovlivnit také craving.

*Tato antidepresiva budou vhodná i při léčbě Sářiny panické poruchy, mají dobrou účinnost, minimální vedlejší účinky a nehrozí u nich návyk. Jedinou nevýhodou je poměrně pozdější nástup účinku, cca po třech až šesti týdnech. Tento prostož se obvykle vyplňuje podáváním benzodiazepinů, ty však v Sářině případě nemůžeme použít a to kvůli její závislosti na nich. Zvládat bažení (craving) pomáhá acamprosat a naltrexon. Nezbytné je dlouhodobé užívání (1 rok). Terapie cravingu pomáhá zvládat dlouhodobou abstinenci po úspěšné léčbě.*

*Alkohol měl na Sáru nejzhorbnější vliv. Ona sama popisuje závislost na něm, jako mnohem silnější a problematičtější. Už ze začátku jí poskytoval úlevu. Po stresu ve škole a náročném tréninku z ní napětí díky alkoholu opadlo. Když pila s přáteli cítila se volná a uvolněná. Když pila neřešila povinnosti a starosti. Později jí však alkohol a jím způsobené stavy připravili o přítele. A nadměrné užívání alkoholu ještě více prohlubovalo její úzkostné stavy.*

## 4.2 Benzodiazepiny

Charakterizuje Minařík (2008).

Benzodiazepiny patří mezi zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem. Pro psychotropní efekt jsou nejvíce zneužívány látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Nejčastěji se jedná o opioidy a benzodiazepiny. Psychotropní efekt a potenciál být zneužívána mají také antiepileptika, antidepressiva, celková anestetika a některá antiparkinsonika; jejich zneužívání je málo obvyklé. Jiné skupiny farmak s psychotropním efektem, např. antipsychotika, jsou zneužívány výjimečně.

Mechanismem účinku těchto látek je ovlivnění  $GABA_A$  benzodiazepinového makromolekulárního receptorového komplexu 1. Anxiolytika, mezi které benzodiazepiny patří, potlačující strach a úzkost, působí v limbickém systému a způsobují pokles duševní tenze, ve vyšších dávkách pak způsobují útlum CNS.

Zneužívání látek skupiny anxiolytik a hypnotik je velmi časté. Benzodiazepiny patří mezi nejpredepisovanější psychofarmaka, mnohdy v rozporu s doporučením jsou předepisována dlouhodobě v nejasné indikaci.

Způsoby aplikace záleží na kontextu užívání. Zneužívá-li látky běžná populace, požití probíhá per os, jedná se o primární užívanou drogu, eventuálně v kombinaci s alkoholem. Látka bývá v tomto kontextu zneužívána, alespoň z počátku, v dávkách blízkých dávkám terapeutickým. V případě, že je látka užívána jako sekundární droga, závisí způsob aplikace na způsobu aplikace primární drogy. Dávky dosahují několikanásobku dávek terapeutických.

Účinek nastupuje podle způsobu aplikace a typu preparátu (některé látky jsou aktivní až po metabolizaci v játrech) řádově během desítek minut. Trvání účinku může být krátké – několik hodin, například u některých hypnotik (zolpidem), jindy dlouhodobé, například u diazepamu s vylučovacím poločasem kolem 1 dne. Doba detekovatelnosti závisí na biologickém poločase, u látek s dlouhým poločasem je detekovatelnost možná až 30 dnů. Hlavním očekávaným efektem je tupě euforický stav. Intoxikace je podobná opilosti, včetně zevních projevů. Látky navozují celkové zklidnění, benzodiazepiny nejen na úrovni psychiky, ale obvykle i v oblasti tělesné - poklesem svalového napětí a pohotovosti ke křečím. Většina látek redukuje míru strachu a úzkosti.

Krátkodobé nežádoucí účinky mohou být:

- Únava, ospalost, prodloužení reakčního času, vyšší dávky mohou vést k poruše vědomí.

- Porucha koordinace pohybu, pokles svalového napětí může vést až k pádům

*I to mohlo vést k již zmíněným pádům.*

- Poruchy paměti, někdy ústící ve stavy zmatenosti.

- Paradoxní uvolnění afektu vzteku a agresivity.

*Které u Sáry vyústili v rozchod a následný odchod jejího partnera.*

- Ztráta motivace.

*U Sáry vedla k stále častější absenci ve školách a následnému přerušení studií.*

- Útlum dechového centra, zvláště při kombinaci s jinými tlumivými látkami.

Dlouhodobé účinky

- Dlouhodobé užívání vede k poruše kognitivních funkcí; porucha se postupně upravuje po vysazení.

- Rebound fenomén po vysazení.

Odvykací stav se dostavuje po náhlém vysazení při alespoň měsíce trvajícím užívání terapeutických dávek. V lehčích případech se projevuje nespavostí a neklidem, bývá úzkostná symptomatologie. Středně těžké případy třes, pocení, nevolnost, někdy panické ataky, těžké případy se manifestují epileptickými záchvaty, halucinacemi a deliriem. Vážnější odvykací stav je indikací k hospitalizaci. Muže dojít k úmrtí.

*Sára užívala pravidelně benzodiazepiny přes tři roky. Ještě před první atakou Panické poruchy, když si Sára nemohla opatřit benzodiazepiny a několik dní je tudíž neužívala, nemohla spát, byla úzkostná, někdy se třásla a několikrát i zvracela. Po první atace byla velmi úzkostná jen z představy, že by „své léky“ u sebe neměla. Když se před nástupem na detoxifikační oddělení snažila sama léky vysadit, prodělala dvě panické ataky.*

Rizika

Látky vedou k rozvoji psychické i tělesné závislosti. Závislost bývá úporná vzhledem k narušení kognitivních funkcí. Po vysazení abstinenci ztěžuje úzkostná symptomatologie. Tělesná složka je silná, významná je změna nastavení CNS. Předávkování vede k útlumu CNS. Benzodiazepiny a novější preparáty jsou relativně bezpečné, terapeutická šíře je vysoká, pokud ovšem nejsou užity v kombinaci s jinými tlumivými látkami. Při poruše vědomí je moudré zvážit hospitalizaci.

## Léčebné intervence

Akutní stavy mohou být spojené s předávkováním anebo vysazením farmak. Při předávkování je významné udržet základní vitální funkce, léčba je symptomatická. Specifickým antidotem benzodiazepinů je flumazenil. Při vysazení je třeba postupovat opatrně, aby nedošlo k vážným odvykacím obtížím. Vysazujeme postupně po krocích, doporučuje se redukovat max. 10-25% týdně.

## 5. Panická porucha

Epizodická paroxysmální úzkost (F 41.0) patří mezi Jiné úzkostné poruchy (F 41). Jde o kategorii úzkostných poruch, u kterých není zřetelné žádná specifická spouštěcí situace, která by úzkost vyprovokovala. Tím, že není zřetelný žádný psychologicky srozumitelný spouštěcí podnět, může se pacient dostat v důsledku somatických projevů úzkosti k jinému lékaři než psychiatrovi, například na pohotovost, interní oddělení, k praktickému lékaři. Do této kategorie patří panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostně depresivní porucha.

Základním rysem panické poruchy jsou náhle vznikající, opakované a nepředvídané ataky těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci (Kocourková, 2007).

Panický záchvat se projevuje silnou úzkostí až hrůzou. Spontánní úzkost se objevuje náhle a bez příčiny, na rozdíl od fobie, kdy má člověk strach z konkrétních situací, kterých se lidé obvykle nebojí. Při úzkosti má člověk pocit ohrožení, ale neuvědomuje si z čeho, nemá konkrétní podnět (Praško a kol., 2006).

Pro panickou poruchu je typický náhlý začátek záchvatu, palpitace, pocení, třes, sucho v ústech, obtížné dýchání, bolesti na hrudi, pocity nevolnosti. Dalšími příznaky jsou pocity závratě a neklidu, derealizace, strach ze ztráty kontroly, ze smrti, ze zešílení. Jednotlivé ataky trvají obvykle několik minut a vyskytují se v proměnlivé frekvenci v průběhu několika dnů až několika roků. Potíže zvyšuje výskyt úzkosti z další ataky, nebo vyhýbaní se místům, kde k atace úzkosti došlo. Další projevy jsou závislé na osobnosti pacienta. Někteří se snaží svoje potíže utajovat, jiní vyžadují pomoc a zájem druhých osob. Ačkoliv se panická porucha může vyskytovat samostatně, uvádí se, že jedna třetina až polovina pacientů trpí zároveň Agorafobickými potížemi (Kocourková,

2007).

Agorafobie je úzkostnou poruchou, která často navazuje na panickou poruchu. Slovo agorafobie znamená strach z otevřeného prostoru (agora = tržiště, fobie = strach). Podstatou agorafobie je spíše hrůza z panického záchvatu v situaci, ve které není dostupná pomoc, nebo ze které je obtížné se vzdálit - Kromě strachu z příznaků paniky, mívají lidé trpící touto poruchou často obavy z toho, co by si řekli druzí lidé, kdyby jejich potíže viděli. Agorafobií trpí kolem 5-6% populace (Praško a kol., 2006).

Panická porucha začíná obvykle v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti, i když se může vyskytnout i v ostatních věkových obdobích. Uvádí se dvakrát až třikrát častější výskyt u žen než mužů.

V etiopatogenezi je kladen důraz více na genetické a neurobiologické faktory poruchy než na psychosociální okolnosti. Někteří autoři však zdůrazňují, že tyto nálezy zachycují spíše patogenezi než etiologii poruchy. Ukazuje se, že pacienti před propuknutím panické poruchy prožili stresující životní události, které měly charakter ztráty nebo separace. Psychologický stav pacienta vykazuje projevy dezorganizující úzkosti, která narušuje funkce „já“ podobně jako u dítěte, které prožívá extrémní úzkost v situaci separace od matky (Kocourková, 2007).

U Sáry proběhla první ataka ve škole v třidvaceti letech, viz Osobní anamnéza. Tehdy se nechala somaticky vyšetřit a s negativními výsledky byla odeslána na psychiatrii. Tehdy tam Sára nešla. Po čase jí přepadla druhá ataka, když jela metrem. Z metra utekla a po dalších negativních výsledcích somatických vyšetření, navštívila psychiatra. Popsala své dvě ataky a lékař zvažoval tuto diagnózu, na další návštěvu už se nedostavila a tak zůstal případ otevřený. Před nástupem na detoxifikaci, když se pokoušela léky vysadit, prodělala další dvě ataky doma u svých rodičů. Diagnóza Panické poruchy se potvrdila během léčby závislosti na alkoholu a benzodiazepinech, kdy prodělala další ataky.



## 5.1 Možné příčiny panické poruchy

Jasně příčiny vzniku panické poruchy zatím nejsou úplně známy. Na zranitelnosti k úzkosti se podílí řada faktorů a to u různých lidí v různé míře (Praško a kol., 2006).

Mezi zmíněné faktory patří: vrozené faktory, biochemické faktory, podmínky vývoje v dětství a výchova, rysy osobnosti, stres, životní události, tělesná onemocnění, užívání léků, drog a alkoholu. Okomentuji ty, u kterých předpokládám, že mohly mít vliv na příčinu Sářiny nemoci.

Na možnou přítomnost vrozené biologické zranitelnosti mě přivedla Sára když, mluvila o své matce, jako o schopné, ale v mládí velmi křehké ženě. Přímo panická porucha se pravděpodobně nedědí, ale dispozice reagovat úzkostí na zátěž by mohla v Sářině případě hrát svou roli, i když zřejmě ne zásadní.

V primárním emočním vývoji můžeme mluvit o nedostatečně vytvořeném pocitu bezpečí v závislosti na brzkém odloučení od matky, i když ne totálním. Domnívám se, že Sářina matka neměla dost času se při studiu věnovat svým dětem. A tím, že od jednoho roku se v péči o Sáru střídalo několik lidí, může mít Sára problém s bazální důvěrou. Od toho by se odvíjela základní nejistota, která mohla působit úzkost už v tomto raném věku. To vše mohlo mít na manifestaci Sářiny poruchy velký vliv. Napadá mě úvaha, zda i mladší bratři budou trpět touto poruchou. A zároveň si na ní odpovídám, že by to bylo velmi nepravděpodobné. I když rané dětství bylo pro všechny sourozence nastaveno podobně, bratři byli spolu a to jim mohlo velmi pomoci při neustálém kontaktu s „cizími pečujícími osobami“ v pocitu alespoň nějaké jistoty nebo blízkosti.

Z rysů osobnosti, které jsou spojovány s panickou poruchou, bych u Sáry vyzdvihla nadměrnou výkonovou orientaci a sklony k perfekcionismu, těžko snáší kritiku a sama kritizovat neumí.

Jedním z nejvýznamnějších faktorů v tomto případě byl jistě stres. Ať už nadměrné pracovní tempo, nedostatek odpočinku, očekávání rodiny, potažmo sociální tlak, fyzický stres v podobě únavy, tělesného cvičení, různých diet a konečně nadměrného užívání alkoholu. To vše vytvářelo prostředí pro vznik úzkostných stavů a následně panické poruchy.

Jako životní událost, která obsadila roli spouštěče panické poruchy u Sáry, bych označila smrt důležité osoby, Sářiny babičky a později i rozchod po dlouhodobém vztahu s partnerem a jeho následný odchod.

Nakonec k rozvoji úzkosti vede také nadměrná konzumace alkoholu. Který v tomto případě měl Sáře od úzkosti a napětí „pomáhat“. Tím se uzavírá bludný kruh, kdy alkohol od úzkosti „pomáhá“, ale zároveň úzkost způsobuje.

## 6. Léčebné intervence

### 6.1 Léčba panické poruchy

Panickou poruchu lze léčit jak psychoterapeuticky, tak farmakoterapeuticky. Farmaka bývají rychlejší, psychoterapie trvalejší. Zdá se, že optimální je kombinace obou přístupů (Praško a Prašková, 2007).

#### Farmakoterapie

Léky pomáhají hlavně tím, že snižují základní hladinu napětí, což vede ke snížení pravděpodobnosti výskytu panických záchvatů. Je důležité pokračovat alespoň rok poté, kdy panické záchvaty odezněly. Proto jsou optimální léky, na kterých nemůže vzniknout závislost. Používají se antidepresiva, typy SSRI nebo SNRI mají dobrou účinnost, minimální vedlejší účinky a nehrozí u nich návyk, jen efekt není okamžitý a zpravidla se objeví za 3-6 týdnů podávání. Na kompenzaci v tomto období se používají benzodiazepiny. U Sáry bych je, ale vzhledem k jejímu návyku nepodávala.

#### Psychoterapie

Samotná psychoterapie může pomoci u lehčích a středně závažných forem panické poruchy. V kombinaci s léky se zvyšuje její účinnost (Praško a kol., 2006).

Behaviorální přístupy (volně z Durecová, 2007).

Aplikace modelů učení v léčbě panické poruchy

Behaviorální model panické poruchy se opírá o klasické podmiňování. Zaměřil se na roli akutní i chronické hyperventilace (dysfunkčního vzorce chování), jako fyziologického mechanismu, který produkuje symptomy poruchy. Tento model předpokládá, že nadměrná hyperventilace může být vyprovokována stresujícími životními okolnostmi, kterými je pacient vystaven. V průběhu první ataky dojde ke klasickému podmínění nejenom podnětů vnějších a kognitivních, ale především fyziologických (tělesných změn). Všechny tyto typy podnětů získají schopnost spouštět podmíněnou reakci strachu. Tělesné změny získaly charakteristiky podmíněného podnětu a schopnost vyvolávat podmíněnou reakci úzkosti. K léčbě opakujících se panických stavů lze využít řady behaviorálních metod, kterými se terapeut a pacient snaží

a) Zabránit hyperventilaci, kdy terapeut demonstruje pacientovi, že hyperventilace produkuje podobné symptomy jako ty, které předcházejí panice a pak učí terapeut

pacienta jak zastavit hyperventilaci, jakmile si uvědomí první symptomy. Pacient se učí zpomalit dýchání.

b) Odpodmítnit úzkost jako reakci na změny navozené hyperventilací, opakovaným navozením obávaných symptomů se pacient postupně učí tolerovat je, nastává proces habitace a reakce strachu vyhasíná.

c) Změnit maladaptivní návyky, které mohou být příčinou hyperventilace. Pacient se těmito metodami učí dovednosti, které mu v budoucnu mohou pomoci zmírnit prožívaný stres. (návěst asertivity, organizace práce)

#### Aplikace kognitivně-behaviorálních modelů v léčbě panické poruchy

Tyto modely se opírají o předpoklad, že lidé, kteří prožívají paniku, mají tendenci chybně interpretovat celou řadu vnitřních změn (tělesných pocitů i kognitivních jevů) katastrofickým způsobem. Tato chybná negativní interpretace normálních změn vede k nárůstu strachu a úzkosti, což je doprovázeno dalšími vnitřními změnami, které jsou opět chybně interpretovány, což vede k dalšímu nárůstu strachu, čímž se úzkost se vystupňuje až do paniky.

Vyhýbavé a zabezpečovací chování jsou považovány za důležitý udržující faktor poruchy, protože znemožňují pacientovi ověřit si a přehodnotit chybné negativní interpretace. Terapeutické přístupy k léčbě panické poruchy jsou pro pacienta:

- 1) Uvědomit si své negativní interpretace či očekávání a jejich souvislost s prožívanou úzkostí.
- 2) Přistoupit k těmto interpretacím jako k hypotézám, které se mají ověřit.
- 3) Ověřovat platnost katastrofických hypotéz a
- 4) Formulovat nové nekatastrofické vysvětlení.

## 6.2 Léčba závislosti

Po první návštěvě v AT ambulanci, kde Sára vyjádřila přání a odhodlání k léčbě byla přijata na detoxifikační oddělení. Zde měla strávit asi dva až tři týdny v abstinenci od alkoholu a v postupném snižování dávek benzodiazepinů. V době, kdy už abstinovala i od nich byla přijata na lůžkové oddělení psychiatrické léčebny, kde měla nastoupit léčbu závislosti v podobě tzv. „základní léčby“.

Základní léčba trvá běžně 17 týdnů, na návrh lékaře či žádost pacientky může být prodloužena. Program léčby zahrnuje psychoterapii, pracovní terapii, sport, relaxační

techniky, přednášky a studium odborné literatury. Základem psychoterapie je komunitní a skupinová psychoterapie, doplněná individuální psychoterapií, s písemnou reflexí z psychoterapeutických programů. Léčebný režim vede pacientky k tomu, aby při vynaložení určitého úsilí za pomoci terapeuta využily léčebný program k dosažení dobrého psychického a fyzického stavu. Doporučovanou součástí léčby je rodinná terapie, možná je i týdenní hospitalizace rodinného příslušníka na oddělení v posledním měsíci léčby.

Po jejím dokončení se k udržení a rozvíjení dosažených změn doporučujeme pacientkám zapojení do doléčovacího programu, který zahrnuje ambulantní doléčovací skupiny a týdenní opakovací pobyty v postupně se prodlužujících intervalech (zpočátku tříměsíčních). V případě návratu k užívání návykových látek po ukončení léčby může být pacientka přijata k další léčbě, jejíž délka je individuální.

### 6.3 Shrnutí léčby

Vysoká prevalence uživatelů drog s komorbidním onemocněním a následně problémy při léčbě patří mezi závažné problémy současného veřejného zdraví. Psychiatrické onemocnění je nezanedbatelným rizikem pro možné užívání drog, drogovou závislost a relaps (Brewer et al., 1998; Dawes et al., 2000, cit. in Miovská a spol., 2008). Rozpoznání duševního onemocnění uživatele drog a znalost nejrůznějších aspektů jeho osobnosti může tedy významnou měrou přispět k volbě optimálních léčebných intervencí, a tím k úspěšnosti léčby. Efektivní léčba spočívá především ve spolupráci všech součástí léčebného systému.

Psychiatrické onemocnění a užívání drog se společně vyskytují velmi často a vzájemně se negativně ovlivňují. Jejich zvládnutí, vyžaduje dlouhodobou perspektivu. Obecně lze říci, že většina problémů s duševním zdravím zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci i léčbu. Co se týče terapie, je zřejmé, že u klienta s duální diagnózou se musíme zaměřit na obě poruchy, tj. jak na návykovou poruchu, tak i na jiný duševní problém. Léčba může být následná (obvykle nejprve v jednom zařízení pro návykový problém a pak v jiném pro duševní poruchu, protože návykový problém je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii), souběžná (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a

zároveň v jiném psychiatrickém zařízení, což přichází v úvahu v ambulantních podmínkách) nebo integrovaná (v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy. Podle Nešpora nejlepší z uvedených možností je zjevně integrovaná léčba; hovoří se také o „léčbě s dvojitým ohniskem“ (Miovská a spol., 2008).

Domnívám se, že v případě Sára by integrovaná léčba byla možná a to právě při ústavní léčbě na oddělení psychiatrické léčebny, kde by mohla být zařazena do programu pro léčbu závislosti a zároveň buď v blocích individuální psychoterapie (asi ideálně) nebo v prostoru volnočasových aktivit navštěvovala psychoterapeuta, ideálně psychiatra v jednom. Se kterým by mohla pracovat na léčbě své panické poruchy prostřednictvím farmakoterapie a kognitivně-behaviorální psychoterapie.

## 7. Rozvaha, závěr

Sára mne velmi zaujala nejen pro své diagnózy, ale i jako člověk. Myslím si, že její osobnost tvarovaly především vztahy v rodině. Ačkoliv o nich mluví jako o harmonických a svém dětství jako o šťastném. Vidím v chování jejích rodičů a nejbližších (hlavně babičky) velké nedostatky a prohřešky vůči Sáře. Myslím, že byla jako dítě nedostatečně přijatá/přimknuta. Napadá mě, jestli bylo těhotenství její matky plánované. Z vyprávění mám o jejích rodičích pocit, že svou funkci zabezpečit děti a rodinu, pochopili více materiálně než citově. Například o otci se Sára téměř nezmínila, když jsem se na jejich vztah ptala, použila slova jako bezkonfliktní a vlídný. Představu o charakteristice vztahu k otci mám velmi odlišnou, pro šťastný a harmonický vztah bych si spíše představovala slova jako milující a ochraňující. Z jejího chování bylo poznat, že sama není schopná za sebe jakkoliv bojovat, ale pokud cítí, alespoň minimální podporu od blízkých je velmi odhodlaná a cítí se silná. O tom mě přesvědčila velmi krátká doba (dva týdny), kterou strávila u rodičů, která stačila k opravdovému odhodlání, své problémy řešit. Myslím, že Sára potřebuje hodně pracovat na uvědomění si své hodnoty, hodnoty svého zdraví a vlastní odpovědnosti. Myslím, že její sebevědomí utrpělo nedostatečným zájmem a péčí jejích rodičů.

Domnívám se, že vždy znala „správnou odpověď“, ale jen, když se jí na ni někdo „zeptá“ tak jí umí použít. Myslím, že věděla, že její pití a nadužívání léků nejsou řešení jejích

stavů. Myslím, že věděla, že léčba je tou správnou odpovědí, ale byla schopná ji použít až v momentě, když se o ni její rodina intenzivně zajímá. Domnívám se, že rodinná terapie bude pro Sáru velmi důležitá. A její výsledky významně ovlivní její budoucí chování a abstinenci. Vztahy v rodině považuji za největší problém, se kterým by se Sára měla během své léčby vypořádat. Jinak myslím, že je schopná si z léčby odnést hodně pro sebe. Pokud bude psychoterapie a to nejen individuální optimálně nastavená, věřím, že jí hodně pomůže v pochopení své hodnoty a v uvědomění si své odpovědnosti.

Pokud jde o její budoucnost, jsem optimistická. Myslím, že má velkou naději vrátit se do školy a prožít kvalitní život.

### Závěrem

Při práci s klientkou jsem měla pocit pochopení a silné empatie. Sára mi byla velmi sympatická. Při psaní této práce jsem se několikrát přistihla, jak se s klientkou ztotožňuji. Většinou jsem pak v myšlenkách opustila kazuistiku a přemýšlela o důvodech svých problémů, které jsem se snažila aplikovat na problémy klientky. Pochopitelně to nebylo úplně možné. Cítila jsem se nervózní a úzkostná. Narazila jsem. Celý jeden večer jsem o svých pocitech a o kazuistice přemýšlela a nemohla psát dál. Nakonec jsem to pochopila jako právě ztotožňování se s klientkou, jako s hlavní postavou. Toto se mi stalo už jednou na praxi v terapeutické komunitě. Většinou vím brzy a přesně koho mi klienti připomínají. Často se mi stává tento vědomí přenos i u ostatních lidí. Problém nastává, když mi klient připomíná mne samotnou. Takovou situaci právě nejsem schopná okamžitě prohlédnout. Klientův případ pak možná nepřiměřeně prožívám a častěji přemýšlím o svých problémech než o klientových. Vidím to jakou svou odhalenou slabinu pro práci s klienty. Se kterou se doufám naučím pracovat.

## Příloha

### AUDIT

#### Dotazník na zjišťování problémů s alkoholem

Upozornění: termín „jeden alkoholický nápoj“ znamená:  
0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu

<b>1.</b>	<b>Jak často si dáte alkoholický nápoj?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	2-4krát za měsíc	2
	2-3krát za týden	3
	Vícekrát než 4krát za týden	4
<b>2.</b>	<b>Kolik alkoholických nápojů si dáte v typický den, kdy pijete?</b>	
	Žádný	0
	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	7-9	4
	10 a více	5
<b>3.</b>	<b>Jak často si dáte 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>4.</b>	<b>Jak často jste v posledním roce zjistil/a, že nemůžete přestat pít, když jednou začnete?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>5.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste kvůli pití nezvládl/a udělat něco, co se od vás očekávalo?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>6.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste se potřeboval/a napít alkoholu (včetně piva) po ránu, abyste se dal/a do pořádku po předchozím pití?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4

<b>7.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste měl/a po předchozím pití výčitky svědomí nebo lítost?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	<b>Měsíčně</b>	<b>2</b>
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>8.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste si kvůli pití nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	<b>Měsíčně</b>	<b>2</b>
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>9.</b>	<b>Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný zranění jako výsledek vašeho pití?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	<b>Měsíčně</b>	<b>2</b>
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>10.</b>	<b>Byl člen vaší rodiny, partner, kamarád, lékař apod. znepokojený vašim pitím nebo vám doporučil, abyste přestal?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	<b>Měsíčně</b>	<b>2</b>
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4

Hodnocení: **26**

Součet bodů vyšší než 8 svědčí o rizikovém chování, které vyžaduje hlubší pozornost a/nebo další sledování.

*Zdroj: Vermeulen, E., Osseman, D., Buisman, W. et al. (2004). Medical education in substance use management. Amsterdam: EATI (European Addiction Training Institute)/Jellinek*



Seznam literatury:

Durecová, K. (2007). Behaviorální přístupy. In: Vymětal, J., a kol. (2007). Speciální psychoterapie. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.

Kocourková, J. (2007). Úzkostné poruchy v klinické praxi. In: Vymětal, J., a kol. (2007). Speciální psychoterapie. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinnů. In: Kalina, K., a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

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

Nešpor, K., (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Úřad vlády ČR. 1. vydání.

Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová, J., (2006), Panická porucha a jak jí zvládat. Praha: Galén

Praško, J., Prašková, H. (2007) Farmakoterapie úzkostných poruch. In: Vymětal, J., a kol. (2007). Speciální psychoterapie. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.

Vymětal, J., a kol. (2007). Speciální psychoterapie. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing