

Alcohol as Medication in a Girl with Disharmonic Personality Development

Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J.

Child and Adolescent Detoxification Centre, Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital, Prague, Czech Republic

Citation | Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J. (2018). Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti. *Adiktologie, preventivní lékařská praxe*, 1(3), 172–175..

Summary | A 16-year-old female patient was treated in our facility for daily alcohol use. This was preceded by her psychiatric treatment for an eating disorder (intermittent food restriction behaviours and bulimic binges), as well as depression and anxiety, including a suicide attempt. The eating disorder resulted in the patient being admitted to the psychiatric ward. The girl's mother had known about her daughter's alcohol use for a short time. She found out about half a year before her daughter started treatment at our centre. When under the influence of alcohol, the girl's behaviour aroused no

suspicion. The mother had no suspicion of any drug use. Her daughter admitted to experimenting with marijuana only. The patient drank alcohol on a daily basis; she expected the development of a withdrawal state after entering treatment. Prior to her treatment at our centre, she was hospitalised for a week in a psychiatric ward. She left there on her own responsibility. Shortly before being admitted to our centre, she cut her wrist in a suicide attempt while intoxicated by alcohol. The wound required surgical treatment.

Keywords | Alcohol abuse – Self harm – Mental bulimia – Impulsivity

Submitted | 26 May 2018

Accepted | 30 October 2018

Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti

Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J.

Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského, Praha

Citace | Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J. (2018). Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 172–175.

Souhrn | Pacientka se u nás léčila ve svých 16 letech pro zneužívání alkoholu s denní frekvencí. Tomu předcházelo psychiatrické léčení pro poruchu příjmu potravy (restrikce stravy společně s bulimickými záchvaty), dále pro deprese, úzkosti a jeden sebevražedný pokus. Porucha příjmu potravy vyústila v hospitalizaci na psychiatrii. O zneužívání alkoholu věděla matka dívky krátce, asi půl roku před léčbou dívky u nás. Dívka se při opilosti nechovala podezřele. Podezření na užívání drog matka neměla, dcera se jen přiznala, že experimentuje s marihuanou. Pacientka pila

alkohol denně, při přijetí očekávala rozvoj odvykacího stavu. Před léčbou u nás byla hospitalizována týden na lůžkové psychiatrii, odešla sama na negativní reverz. Krátce před přijetím k nám se pořezala na zápěstí v sebevražedném úmyslu v opilosti, rána byla hlubší s nutností chirurgického ošetření. Během detoxifikace se nerozvinul odvykací stav, ale projevila se dysforie, naléhavá potřeba tlumit nežádoucí emoce a emoční stavy. K další léčbě byla dívka nemotivovaná, nebyla ani rozhodnutá něco změnit.

Klíčová slova | Abúzus alkoholu – Sebepoškozování – Mentální bulimie – Impulzivita

1 ANAMNÉZA

Rodinná: Otec (53) zdravý, kuřák, pracuje jako obchodní referent. Jeho rodiče – matka (71), biologického otce neznal. Matka (49) zdravá, nekuřačka, pracuje jako skladnice. Její rodiče – matka: DM II, HT, otec: + IM. Sourozenci – nevlastní bratři (28, 24), zdraví, vídají se. Neuropsychiatrická zátěž v rodině: matka matky měla problémy s alkoholem, otec matky byl alkoholik. Sestry matky mají rovněž problémy s alkoholem. První manžel matky zemřel na komplikace s alkoholem. Rodiče spolu žili 11 let. Pacientka se s otcem občas stýká.

Osobní: Z 3. těhotenství, normální průběh, bez komplikací, porod týden po termínu, porodní míry 3300/51, kojení do půl roku, raný psychomotorický vývoj v normě, nemocnost malá, čistotu udržovala včas. Prodělala boreliózu na podzim 2016, přeléčena ATB. Bezvědomí 0. EPI 0. Dispenzarizace 0. Očkování dle kalendáře + Cervarix.

Psychiatrická: Matka dívky uvedla, že první potíže znamenali v 8. třídě ZŠ, kdy se dívka vsadila s kamarádkou, že zhubne. Měla pěknou postavu, možná ne dokonale štíhlou, přesto začala hodně cvičit, hodně běhat. Psychologické vyšetření opakovaně, dochází k psycholožce, „protože si nerozumím s lidma.“ Psychiatrická ambulance 3 roky. Psychiatrická hospitalizace 2x –1x detox Svitavy, 1x PL Brno pro PPP. První myšlenky na sebevraždu uvádí už v dětství. „Jsem chtěla skočit pod vlak, když jsme se třeba s děvčaty pohádaly, jsem si myslela, že je to moje chyba. Já se vlastně pořád bojím, co bude kde za malér a já ho nebudu umět vyřešit. Já mám neustále zapotřebí se za něco trestat. Když se někomu něco stane, tak potrestat sebe. Já mám dojem, že jsem si ještě dostatečně neublížila.“ Suicidální pokus v létě 2017 pořezáním, hospitalizována, „... tak když jsem se probudila v nemocnici a tam mi řekli, že jsem málem skončila vedle na pitevně, tak mi to bylo jedno, jsem se začala smát.“

Gynekologická: Menses od 14 let, nepravidelně, P0, p0, PM před 2 měsíci. HAK 0. Farmakologická: Ciprax 2-0-0.

Abúzus: Kouřit začala ve 13 letech, pravidelně již od 14 let, v současnosti 10–15/D. Alkohol pije od 13 let, ve 13 pila hodně, prakticky denně, od 1. ročníku SŠ „jsem do toho zase spadla“, od léta 2017 denně pije víno a pivo, občas tvrdý alkohol. Marihuanu poprvé zkusila v 13 letech, nikdy ne pravidelně, poslední joint v 1/2018. Pervitin 0. Jiné drogy neguje. Toxické psychózy 0. Peníze na drogy brala z kapesného, později především od kamarádů. Prostituci, krádeže, dealerství neguje.

Sociální: Bydlí v bytě 3+1 s matkou a jejím partnerem, má vlastní pokoj. Pacientka tvrdí, že mámin partner denně pije 2–3 piva. Vztah s bratry špatný, „nemám s nikým dobrý vztah.“ Matka si předloni koupila ve stejné obci statek, kde mají drůbež, králíky, ovce. Pacientka se o ně stará.

Od 3 let do MŠ, adaptace bez problémů. Na ZŠ šla od 6 let, na 1. stupni prospěch dobrý, chování dobré. Na 2. stupni

zhoršování prospěchu od 6. třídy, neopakovala, chování – snižená známka za záškoláctví a porušování řádů školy. Studuje SŠ zahradnictví a cestovní ruch, je ve 3. ročníku.

Zájmy: fotografování, tancování, sport. Sama se hodnotí jako agresivní, cynická, zlá, podrážděná. Vyhledává skupiny spíše starších kamarádek, žen asi o 10–15 let starších.

Socializace: S vrstevníky si „nemá co říct.“ Matka svoji dceru hodnotí jako „dobrosrdečnou, pracovitou, má ráda děti, je na ni spoleh.“

Kriminální: Neguje. Kurátorský dohled neguje. Sex – první styk v 15 letech, po kratší známosti. V současnosti přítel má, 3 měsíce. STD 0.

2 STAV PŘI PŘIJETÍ

Pacientka se dostavila v doprovodu matky, dle telefonického objednání. Nejeví známky intoxikace či odvykacího stavu, altest 0,4 promile. Lucidní, plně orientovaná všem směry.

Upravená, čistá. Spolupráce bezproblémová. Verbální kontakt možno dobře navázat, na kladené otázky odpovídá adekvátně, verbální produkce je dostatečně bohatá. Dominují rysy hraniční, pacientka s nízkým sebehodnocením, žádnou sebeláskou, opakovaně depresivní epizody, ladění celkově negativistické. Psychomotorické tempo je přiměřené, mimika a pantomimika je živá.

Emoční reakce v normě. Nálada vyrovnaná, místy lehce pokleslá, odpovídá ale situaci, ve které se nachází, bez známek patické deprese. Dynamika myšlení přiměřená, bez inkoherecí, myšlení po strukturální a obsahové stránce bez poruch. Pozornost správně centrovaná na rozhovor. Paměť a intelekt orientačním klinickým vyšetřením v mezích normy. Osobnost s rysy emoční nestability. Bez známek auto- či heteroagresivity. Náhled parciální.

Tělesný nález při přijetí: Dítě při vědomí, orientované, spolupracující, hydratace i turgor v normě, kůže čistá, kostra bez deformit, tetování 0, piercing 0. Na LHK 6 stehů. Somatický nález bez známek patologie. Vyšetření: 20. 4. 2018, 11:45 – 23. 4. 2018, 07:10. JATERNÍ TESTY:

S--T-BIL: 11,0 S--ALT: 0,36 S--AST: 0,31. MARKERY HEPATITID: S--HAV M: Nereaktivní,

S--HAV: Nereaktivní, S--HBsAg: Nereaktivní, S--aHBs: <10 S--aHBc M: Nereaktivní, S--aHBc: Nereaktivní, S--aHBc: Nereaktivní, S--HBc: Nereaktivní, S--HBc: Nereaktivní, S--HCV: Nereaktivní. OSTATNÍ: S--HIV1,2: Nereaktivní. TOXIKOLOGIE: U--AMP: negativní, U--OPI: negativní, U--BZO: negativní, U--THC: negativní, U--U-ALK: 0,43.

Chirurgické konsilium: Pacientka 9 dnů po sutuře incise na levém zápěstí ve Svitavách. Obj.: Rána zhojena, p.p.

stehy kompletně odstraněny. Novikov. Dop: Kontrola jen při obtížích.

Medikace: Cipralex 10mg 1-0-0; Quetiapine 25mg 0-0-0-2 tbl.

Souhrn diagnóz: Hlavní dg: F102 poruchy způsobené alkoholem – syndrom závislosti. Vedlejší dg: F501 atypická mentální anorexie, F172 poruchy způsobené tabákem – syndrom závislosti, F928 jiné smíšené poruchy chování a emocí, Z503 rehabilitace při drogové závislosti.

Zpráva z psychoterapie: Během pobytu dodržovala bez problémů režim oddělení, dobře vycházela s personálem i ostatními klienty. V dopoledních a odpoledních hodinách se účastnila volnočasových a terapeutických aktivit, na kterých velmi slušně spolupracovala na daných tématech a technikách. Dívka má celkem slušný náhled na užívání alkoholu a do budoucna je odhodlaná k abstinenci. Z našeho pohledu u ní však dominují hraniční osobnostní rysy, zejména pocity prázdnoty, nízké sebehodnocení, tendence k sebepoškození. Do budoucna doporučujeme zvážit pobyt v některé z PN nebo stacionářů, které se zabývají touto problematikou. Dívka počítá s tím, že bude docházet ambulantně do terapeutické péče v místě bydliště. Průběh hospitalizace a doporučení: Pacientka byla přijata na naše oddělení pro problémy s alkoholem, již od příjmu však patrná hraničně formovaná struktura osobnosti v celém spektru – nízké sebehodnocení, absence sebelásky, chronická prázdnota, tendence k sebezničujícímu chování – ať již excesivním opíjením či sebepoškozením. Z našeho pohledu je nutná dlouhodobá terapeutická podpora vedená k nahlédnutí na svoje povahové založení a zvládnutí všech nepříjemných pocitů, které k výše uvedeným osobnostním rysům patří. U pacientky vidíme jasné spouštěče intoxikací, a to je zklamání, frustrace, tíseň, vztek a zlost. Problémy řeší impulzivně, nerada se stýká s lidmi, na to konto si přijde odcizená, jiná, vadná. Spolupráce s pacientkou byla vyhovující, hezky o svých pocitech mluvila, motivace k abstinenci byla přítomna, náhled byl pouze částečný – nepije kvůli závislosti, ale právě kvůli tlumení výše uvedených pocitů. Trvale se nám zdála emocemi nepřítomná, odpojená, měla problém svoje emoce identifikovat, často proto využívala alkoholové opojení nebo bolest způsobenou sebepoškozením k tomu, aby zesílila emoční prožitek. Chyběla sebeláska, snaha pečovat o svoje tělo a o svoje zdraví. Během léčby u nás se otevřelo mnoho témat ke zpracování v psychoterapii. V primární rodině figuroval otec jako alkoholik v případě bratrů a ten, kdo od rodiny odešel a již ji nechránil, v případě dívky.

3 DISKUSE

Je patrné, že dívka si alkoholem tlumila úzkost a podrážděnou náladu. Byla hostilní a podrážděná, v terapii bezradná a lehce negativistická, náhled byl dobrý, ale schopnost zvládat negativní emoce minimální. Kombinace poruchy příjmu potravy, sebepoškození a abúzu

návykových látek vidáme často. U poruch příjmu potravy bývá přítomen syndrom záměrného sebepoškození, ať již ve známé podobě pořezání se, ale také ve způsobu předávkování se medikamenty, které bývá v první diagnostické linii často hodnoceno jako suicidální pokus, přitom ale nemusí jít o záměr (byť ambivalentní) zemřít, ale spíše o snahu převést psychický diskomfort do podoby somatické bolesti. Sebepoškození bývá často u narcistické a hraniční poruchy osobnosti, může mít i manipulativní aspekt. Osobnost zahrnuje to, jak člověk prožívá city, jak s nimi zachází, jaký vztah má sám k sobě, ke světu a jak reaguje ve stresové situaci. Na vývoj osobnosti mají vliv dědičné vlohy a rodina. Výchovný styl, jakým způsobem se v rodině komunikuje, jak se v ní s emocemi zachází, jaká je míra otevřenosti, jistoty a důvěry ve vztazích. Často vidáme děti, které emoce nemají s kým sdílet, a na našem oddělení často vidáme rodiče, kteří nemají ponětí o citových problémech svých dětí. U pacientů s poruchami příjmu potravy se ve významné míře vyskytuje suicidální chování. Suicidium je považováno za hlavní příčinu smrti u mentální anorexie, u mentální bulimie jsou častěji zastoupeny suicidální pokusy a sebepoškození. Za rizikové komorbidní faktory je považována zejména depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti a užívání návykových látek.

4 ZÁVĚR

Pacientka na našem oddělení prošla detoxikací a dostala nabídku následné odvykávací léčby. Byla bohužel v obranné pozici a nepřístupná změně. Sebepoškození i alkoholová intoxikace u ní představovaly kontakt s emocemi v patologické formě. U této pacientky by abstinenci léčba musela být propojená s léčbou na psychiatrickém lůžku a dlouhodobou psychoterapií. Výrazná byla i genetická zátěž abúzu alkoholu v rodině. Ukazuje se, že to, jak se doma k návykovým látkám chováme my, rodiče, děti ovlivňuje nejvíce. Kazuistika ukazuje zejména na to, že takto nemocné pacienty (nemotivované ke změně, sebepoškozující se, impulzivní, závislé) je velmi obtížné úspěšně na lůžku léčit, potažmo je velice obtížné je na lůžko jen umístit.

Role autorů | MUDr. Vávrová – příjmové vyšetření a propouštěcí zpráva, PhDr. Kmoníčková – vedení psychoterapeutických skupin a sezení, MUDr. Kroftová – vizity s primářem a individuální konzultace. Všechny autorky se podílely na tvorbě textu a souhlasí s konečným zněním.

Konflikt zájmů | Žádný konflikt zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

Kocourková, J., Koutek, J. (2014). Suicidální chování a sebepoškození u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 15(2), 55–57.