

Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou

MUDr. Zuzana Foitová¹, MUDr. Jan Lorenc²

¹Fokus Praha a psychiatrická ambulance Praha

²Psychiatrická ambulance Praha, Fokus Praha, DPS Nad Ondřejovem

Autoři v článku popisují krizové služby jako součást komunitní psychiatrické péče, jejich funkci a způsoby přístupu k pacientům i v jejich odlišnostech od standardní medicínské péče. Ve druhé části článku se budou zabývat krizovými službami pro psychotické pacienty a jejich existujícími podobami v pražském regionu a připojí dvě kazuistiky.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10 (1): 36–38

Úvod

Po slibném začátku rozvoje extramurálních psychiatrických služeb v 90. letech se po roce 2000 u nás tento trend v podstatě zastavil – další zařízení nevznikají, dosavadní čím dál obtížněji zajišťují svoji činnost finančně (jedná se většinou o nestátní neziskové organizace), ve stávajícím systému nemohou vytvořit plně funkční síť ani mezi sebou, ani s lůžkovým sektorem. Rozpojení a nedostatečná integrace existuje i na ose sociální sektor – zdravotní sektor; převaha existujících extramurálních služeb je sociální povahy (chráněná bydlení, chráněné dílny, denní centra, CM – case management čili případové vedení) a nedaří se je koordinovat s medicínskou péčí a psychiatrickou léčbou v užším smyslu. A konečně, mobilních služeb existuje minimum, pacienti musí za službami dojíždět a řada z nich – často těch nejpotřebnějších – proto stále ztrácí s vhodnou péčí kontakt.

Existuje ovšem řada způsobů, jak tyto mezery překlenout a dostat adekvátní péči k pacientům přesně podle jejich potřeb a limitů. Jde jednak o specifické metody a intervence, jednak o systémová opatření, která umožňují tyto intervence využít ve správnou chvíli na správném místě. Po více než 40 letech rozvoje komunitní péče o duševní zdraví v mnoha zemích se ukazuje, že jsou nezbytné jak služby nemocniční, tak extramurální (ve výrazně jiném poměru než u nás), jak služby stacionární, tak mobilní (1). V zahraničí byly již takové služby a postupy solidně výzkumně zpracovány, existuje tedy i řada evidence-based dokladů pro jejich účinnost a efekt na různé aspekty nemoci a léčby (1, 2, 3, 4, 5).

Thorncroft (1) charakterizuje tzv. **balancovanou péči** jako **systém** poskytování služeb, které:

- jsou **blízko domova**, včetně moderních nemocnic pro akutní přijetí a dlouhodobých ubytovacích zařízení v komunitě,
- jsou **mobilní**, včetně služeb poskytujících domácí léčbu,
- zaměřují se na **funkční postižení** stejně jako na **symptomy**,

- poskytují **specifickou** léčbu a péči **podle diagnózy a potřeb** každého jednotlivce,
- reflektují **priority** samotných **uživatelů** služeb,
- jsou **koordinovány** mezi poskytovateli péče a organizacemi,
- hlásí se k mezinárodním **konvencím o lidských právech**.

Krise a krizové služby

Kromě různě zaměřených terapeutických, rehabilitačních a volnočasových služeb jsou také krizové služby významnou součástí tohoto systému, jsou v komunitě k dispozici zdravým i nemocným v případě akutní psychické krize. Pro zdravou populaci slouží především v primární prevenci, pro duševně nemocné plní funkci sekundární a terciární prevence.

Zdravotnická zařízení (vyjma psychiatrických a psychologických ambulaní) slouží k diagnostice organických (somatických) příčin, z psychiatrické problematiky jsou jejich doménou pouze ty neodkladné stavy, při nichž pacient nutně potřebuje medicínskou intervenci (jde převážně o ošetření akutních psychotických stavů, delirantních stavů a závažných intoxikací). Personál zdravotnických zařízení je totiž vyškolen v diagnostice a léčbě psychopatologických stavů, jinak řečeno – co je zdravé, leží za horizontem jejich zájmu.

Krizové služby (zahrnují zdravotníky i krizové pracovníky sociální oblasti) poskytují na rozdíl

od medicínské emergentní péče krizovou intervenci. Jde o přístup umožňující postiženému krizí, aby zvládl aktuální problém vlastními silami, příp. za podpory blízkého okolí. Zatímco do zdravotních služeb se dostává pacient v případě, že jeho síly nestačí na zvládnutí akutního stavu, v případě krizové intervence se jedná převážně o případy, kdy ještě nedochází k dezintegraci psychických funkcí a krizová intervence pomáhá hledat klientovi řešení, která pro něj mohou být podstatným způsobem objevná pro další život. Krizová intervence tak pomáhá nalézat nové životní strategie v době probíhající krize a umožňuje její využití v dalším běhu života.

Metody krizové intervence (6, 7), emergentní psychoterapie (8) a emergentní psychiatrie (9, 10) se částečně překrývají a také na sebe ve svých funkcích navazují. Liší se od sebe svými cíli, časovým rámcem a perspektivou pohledu na problém.

Krizová intervence využívá a podporuje i zdravé momenty při překonávání akutní krize. Kromě diagnostiky a léčby se zabývá komunikačními technikami, metodami podpory, ventilace a zpracovávání vypjatých emočních stavů a životním kontextem krize, a to v rovině situační, vývojové, přechodové, traumatické a případně psychopatologické.

Při nutnosti technické pomoci zastávají roli krizových služeb také složky Integrovaného záchranného systému (rychlá zdravotnická služba, policie, hasičský sbor).

Tabulka 1. Rozdíl mezi krizí a diagnózou

Krise je subjektivní pojem, který označuje zhroucení přirozených adaptivních mechanismů buď vlivem vnějších okolností nebo vnitřních změn (6). Podstatným znakem krize je její subjektivita – klient sám definuje stav jako krizi. Dalším podstatným aspektem krize je její vnitřní potenciál k nalézání nových adaptačních strategií („krize jako příležitost“) (7).

Diagnóza je označení patologického stavu objektivizovatelné na základě jednoznačně daných kritérií.

Tabulka 2. Odlišnosti používaných pojmů

Krizová intervence si klade za cíl obnovení adaptačních schopností klienta. Klade důraz na vnitřní zdroje, tedy na progresivní a preventivní aspekty krize.

(Krizová pomoc) je pojem vyhrazený pro krizovou intervenci v sociální oblasti.)

Emergentní psychoterapie řeší akutní problém kvalitativní změnou adaptačních schopností.

Emergentní psychiatrie je diagnostikou a léčbou závažných a život ohrožujících psychopatologických příznaků.

Tabulka 3. Charakteristiky krizové intervence

- Přístup k ošetření je nízkoprahový.
- Intervence je časově omezená.
- Intervence se týká konkrétního spouštěče v místě vzniku krize.
- Terapeutické cíle se omezují na překonání krize.
- Terapeutická aktivita je vysoká s ohledem na definované cíle.
- Intervence se zaměřuje na realitu.
- Terapeutický zásah brání regresivním tendencím.
- Intervence se zaměřuje na zdroje, které jsou k dispozici.
- Zaangažování sociálního okolí.

Tabulka 4. Indikace do služeb krizové pomoci

- Lidé v akutní psychosociální krizi v důsledku nároků výjimečné životní situace na jejich psychiku (náhlé a nečekané úmrtí, ztráta vztahu, oběti násilných činů, přeživší tragických dopravních nehod, hromadných neštěstí a přírodních katastrof).
- Lidé, kteří byli vystaveni vážným společenským konfliktům (váleční utečenci, emigranti, mučení lidé).
- Klienti s akutními psychickými obtížemi, které vyžadují neodkladnou psychiatrickou nebo psychologickou intervenci: suicidální reakce na akutní stres, poruchy přizpůsobení, akutní psychotické stavy, akutní stavy u neurotických poruch, akutní dekompenzace poruch osobnosti, vývojové, vztahové a rodinné krize.
- Dekompenzovaní chroničtí psychiatrickí pacienti, kteří jsou v období stabilizace psychického stavu přiměřeným způsobem adaptováni na běžný život v komunitě.

Tabulka 5. Nízkoprahovost

Krizové služby jsou maximálně dostupné v čase (nepřetržitý provoz 24/7), v místě (lokální zakotvení, dopravní dosažitelnost) i administrativně (bez jiných vstupních kritérií).

Tabulka 6. Fáze krizové intervence (podle Robertse, 2000)

1. Naplánuj a proveď krizové posouzení – zejména ohrožení života.
2. Rychle vytvoř dobrý vztah.
3. Urči hlavní problémy (včetně „poslední kapky“).
4. Zabývej se pocity – aktivně naslouchej.
5. Vytvářej a zkoumej různé možnosti řešení (např. co se klientovi osvědčilo dříve).
6. Vytvoř a pojmenuj plán činnosti.
7. Vytvoř hodnotící plán a dohodu.

Lidé ohrožení či postižení psychickou krizí mohou přijít sami, z popudu svých blízkých či na radu pracovníků jiných služeb (zdravotnických, sociálních apod.); vstup do krizových služeb však není podmíněn jakýmkoli odborným doporučením.

Metody a postupy

Krizová intervence je metodou umožňující rychlou a efektivní pomoc u krizových stavů. Její techniky popisují především efektivní navázání kontaktu s klientem, jeho vedení a vyústění. Dílčí prvky krizové intervence využívají znalosti a postupy různých psychoterapeutických škol (dynamická psychoterapie, systemická terapie, hypnoterapie, rogersovská psychoterapie, autoregulační a bodytherapeutické techniky).

V rámci krizové intervence existují více nebo méně jasně vymezené metody. Pregnantně popsaným modelem je Robertsův „sedmistupňový model krizové intervence“ (11).

Krizové služby v komunitě, rozvoj a současný stav u nás

Problematika krizových služeb vyplývá především z jejich interdisciplinárního charakteru na pomezí zdravotnické a sociální oblasti. Síť krizových služeb se tak rozvíjí z obou těchto polí. Krizová

centra v ČR mohou být na jedné straně součástí zdravotnických zařízení, samostatnými zdravotnickými zařízeními nebo vznikají při obecních úřadech či z iniciativy neziskových organizací. Většinou tak vycházejí z konkrétních podmínek a potřeb regionů, na druhé straně je rizikem tohoto trendu atomizace a dezorganizace sítě (6).

Telefonická krizová intervence: linky důvěry, specializované linky (např. AIDS, týrané ženy ap.), kontaktní linky (první kontakt s daným pracovištěm) (7, 10). Vyznačuje se snadnou dostupností, bezbariérovostí, rychlostí a oboustrannou anonymitou. Některé výhody plynoucí z distančního kontaktu se však mohou stát v určitých situacích omezením.

Krizová centra: menší zařízení, všeobecná či specializovaná na určitou problematiku (7, 10). Poskytují:

- telefonickou krizovou intervencí,
- krizovou intervencí tváří v tvář,
- pobyt na krizovém lůžku (většinou max. 5 dnů) nebo v časově omezené denní péči (stacionáři).

V ideálním případě pracuje v krizovém centru multidisciplinární tým složený z psychiatra, psychologa, sestry s psychoterapeutickým vzděláním a sociálního pracovníka (7, 10).

Všechny tyto služby jsou nízkoprahové (dobře lokálně dosažitelné, bez nutnosti doporučení atd.) a jsou poskytovány v nepřetržitém provozu.

Mobilní krizové služby

Poskytují krizovou intervenci v terénu, především v aglomeraci velkých měst. Jejich výhodou je bezodkladnost intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě vzniku krize se zapojením rodinných příslušníků do krizové péče a předcházení hospitalizaci nebo její zkrácení (2, 3, 4, 7, 11, 12). Existují buď jako samostatná služba (Mobile Crisis Units v USA, Home Intervention Team v Kanadě, Crisis Resolution Team v Anglii atd.), nebo v rámci jiných existujících zařízení či služeb (např. výjezdová služba krizového centra, nebo např. krizová pomoc poskytovaná všeobecným komunitním týmem).

Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou v Praze

Ačkoliv krize (pramenící jak ze samotné psychopatologie, tak související s vulnerabilitou pacienta k psychosociálnímu stresu) je velmi obvyklou součástí života pacientů s psychózou, téměř žádné služby se u nás neorientují na specifické potřeby duševně nemocných v oblasti zvládání krize (13). Tuto mezeru nejvíce pocítují – kromě pacientů samotných a jejich příbuzných – pracovníci rozmanitých komunitních služeb, specializovaných na péči o vážně duševně nemocné (převážně s diagnózou psychózy). Řada pracovníků extramurálních služeb se snaží zaplnit tuto mezeru a alespoň částečně suplovat neexistující služby. V některých místech potřeby pacientů zčásti saturují jiné služby (např. case management – pracovníci případového vedení), jinde jsou všichni odkázáni výhradně na tradiční postup – přijetí akutního pacienta k hospitalizaci.

S rozvojem diferencovaných komunitních služeb však vznikají i u nás aktivity, jejichž cílem je poskytnout pacientům takový servis v komunitě, který by umožnil udržet je v komunitních službách a nevedl k jejich vyřazení z těchto programů a vytržení z přirozeného prostředí. Tyto aktivity se především zaměřují na pacienty, kteří dlouhodobě využívají sítě komunitních služeb, tj. převážně pacienti se závažnými duševními poruchami.

Kam se tedy mohou reálně obrátit lidé s vážným duševním onemocněním či jejich příbuzní v případě naléhavé potřeby intervence?

A. Všeobecné zdravotnické služby

- praktičtí lékaři,
- lékařská pohotovost,
- záchranná služba.

B. Specializované zdravotnické služby

- psychiatr ambulantní,
- příjem do psychiatrického lůžkového zařízení.

C. Krizové služby všeobecné

- linky důvěry,
- **osobní konzultace v krizovém centru** (RIAPS, Centrum krizové intervence v Psychiatrické léčebně Bohnice, SOS centrum Diakonie),
- **krátkodobý pobyt v krizovém centru.**

D. Krizové služby specializované (pro lidi s psychózami)

- telefonická konzultace (krizové odd. Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, **Krizová služba Fokus**),
- osobní konzultace v zařízení (krizové odd. DPS Ondřejov),
- výjezd mobilní krizové služby za pacientem a intervence v přirozeném prostředí (**Krizová služba Fokus**, krizové odd. DPS Ondřejov)

(tučně jsou vyznačeny služby dostupné mimo běžné ordinční hodiny).

Konec první části
(literatura v závěru druhé části).

MUDr. Zuzana Foitová

Fokus Praha

Meziškolská 2, 160 00 Praha 6

foitova@fokus-praha.cz
