

Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou v regionu Praha (2)

Krizová intervence u pacientů s psychózou

MUDr. Zuzana Foitová¹, MUDr. Jan Lorenc²

¹Fokus Praha a psychiatrická ambulance, Praha 6

²Psychiatrická ambulance Praha 6, Fokus Praha, DPS Nad Ondřejovem

Autoři 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 zabývají krizovými službami pro psychotické pacienty a jejich existujícími podobami v pražském regionu a připojují dvě kazuistiky.

Klíčová slova: krizové služby, krizová intervence, krizová pomoc, krizové centrum, komunitní péče o duševní zdraví, psychotické onemocnění.

Crisis intervention in patients with psychosis

In the second part of the article we discuss the possibilities and problems connected with crisis states in psychotic patients, we describe existing services in Prague and mention two case stories.

Key words: crisis services, crisis intervention, crisis help, crisis centre, community mental health care, psychotic states.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(2): 92–95

Běžně se setkáváme s pacientem v psychiatrické ordinaci, ve které jsou naše role již předem určeny. Od prvního okamžiku je jasné, kdo je nemocný a kdo pomáhající, kdo žádá o pomoc a kdo ji poskytuje. Řada pacientů s psychózou ovšem v některých fázích choroby neakceptuje roli nemocného, vyhýbá se jí nebo ji popírá; pomoc, při které jsou role takto striktně vymezeny, se pro ně potom stává nedostupnou.

Specifika krizové intervence u psychotických pacientů

Oproti jiným akutním stavům, při kterých si pacient uvědomuje svoji nouzi, je v případě psychotického pacienta bezproblémová „spolupráce“ pacienta často omezena nebo zcela chybí. Pojem spolupráce uvádíme v uvozovkách, protože jde o ústřední pojem, který zkresluje situaci, v níž se nachází akutně psychotický pacient.

Vnímá-li pacient svět bludně, pak v jeho aktuálním prožitku se svět jeví nepřátelsky, jako ohrožující; charakter pocitu ohrožení může nabývat až úzkosti z anihilace existence. Tento prožitek pak významně ovlivňuje způsob a míru spolupráce pacienta. V případě paranoidního pacienta je vcelku pochopitelné, že se bude bránit a unikat pomoci, která se jeví v jeho prožitku jako ohrožení. V případě mánie se svět pacientovi nemusí primárně jevit jako nepřátelský, zase však mnohdy pacient čas-

tí své osobnosti vnímá změnu prožívání jako příjemnou, vzrušující a žádoucí. V takovýchto případech pak dochází k situaci, kdy pacient – z lékařského hlediska pod vlivem chorobných příznaků, z hlediska svého prožívání ovšem zcela pochopitelně – odmítá využívat služeb psychiatrické péče.

Z této perspektivy se pak „odmítání“ spolupráce jeví jako příliš jednostranné a redukující hledisko. Pokud vyplývá „nespolupráce“ z povahy onemocnění, pak se odvolávat na nespolutručí pacienta vypovídá spíše o mocenském zkrslení ze strany systému, pro který je takový pacient nedosažitelný, a o absenci jiných, efektivnějších nástrojů pomoci.

O „nespolupráci“ ve smyslu vysokého prahu ke kontaktu se standardními psychiatrickými službami je možné hovořit i ze strany rodiny. Přitom rodina velmi často hraje podstatnou roli při včasném zásahu u vznikajícího nebo se rozvíjejícího psychotického onemocnění. Zkušenost mnoha rodičů či partnerů (nebo i dětí) vypovídá o tom, že trvá měsíce, někdy léta, než příbuzným začnou docházet síly v boji s psychózou. Příbuzní ovšem v první linii rovněž sami přispívají k „nespolupráci“, a to z různých příčin, jimž je rovněž velmi užitečné porozumět (od prosté nevědomosti, přes výčitky z pocitu selhání, stud a strach z možné stigmatizace, až po lpění na roli jediného a/nebo nezastupitel-

ného pečujícího a udržování pacienta v závislosti). Bez intervence do rodinného systému nelze většinou zlepšit situaci pacienta v dlouhodobém výhledu.

Existující krizové služby pro psychotické pacienty

Původně vznikající všeobecné krizové služby si kladly za cíl ošetřovat i psychotické pacienty. Později se v návaznosti na specifické potřeby těchto pacientů ukázalo, že tyto krizové služby poskytují dostatečnou pomoc, pokud ovšem krize nevede k akutní psychotické destabilizaci jejich psychického stavu. V případě „nespolupracujících“ pacientů se však i krizové služby poskytované v místě zařízení stávají pro pacienty nedostupnými. Z tohoto důvodu se již koncem 90. let objevily první snahy ze strany zdravotnických zařízení specializovaných na léčbu psychotických pacientů vytvářet mobilní služby pro své pacienty v komunitních podmínkách.

Mobilní krizová služba v rámci krizového oddělení Denního psychoterapeutického sanatoria Nad Ondřejovem v Praze

Existuje od r. 2000 a její činnost je vymezena péčí o psychotické klienty: prvokontakt s dosud nezachycenými klienty, navazování kontaktu s nespolutrucujícími klienty a jejich

Tabulka 1. Bariéry v přístupu ke službám krizové pomoci

Typ bariéry	Na straně pacienta	Na straně příbuzných	Na straně lékařů
neznalost krizových služeb, kontaktů, pochybnosti o efektivitě	X	X	X
nedostatečné dovednosti k včasnému vyhledání těchto služeb	X	X	
neznalost povahy psychotického onemocnění (tendence k rekurenci, fázový průběh, hypersenzitivita ke stresu)	X	X	
absence vědomí choroby nebo ztráta náhledu v akutní fázi	X		
obsah psychotických prožitků (bludný pocit ohrožení, mánie, bludy jiných obsahů)	X		
předchozí negativní zkušenost s psychiatrickou péčí	X	X	
obavy z nežádoucích vedlejších účinků medikace	X	X	
obavy z dramatizace či vyhocení situace		X	
obavy ze stigmatizace	X	X	
konfliktní až ambivalentní postoje k psychiatrické péči mezi rodiči		X	
ošetření pouze v místě ordinace			X

motivování k léčbě, zajišťování intenzivního terapeutického kontaktu k prevenci relapsu a hospitalizace, zajišťování intenzivního terapeutického kontaktu a mobilní péče po propuštění z léčebny, časově flexibilní péče o klienty, jejichž stav vyžaduje intenzivní ambulantní nebo domácí péči, zajišťování návštěvních služeb. Operuje v běžné pracovní době cca od 8 do 16 hodin.

Krizová služba Fokus Praha

Také ve Fokusu Praha vzešla především z potřeb klientů (lidí s psychózou) a zkušeností týmu case managementu (CM – případového vedení) nutnost vytvořit mobilní krizový tým. Služba tohoto typu představuje jeden z pokusů zvýšit dostupnost adekvátní péče a léčby pro pacienty, kteří nejsou momentálně schopni profitovat z běžných služeb. V roce 2003 se konstitoval krizový tým z pracovníků denního sanatoria Fokus v Praze 6-Břevnově, z pracovníků případového vedení (CM) a spolupracujících psychiatrů. Služba je financována částečně z malých jednorozhodných projektů, o něž se žádá vždy s nejistým výsledkem, částečně z vlastních zdrojů Fokusu; vzhledem k možnostem neziskové organizace a vázanosti prostředků je financování takto nestandardní služby velmi obtížné a ve výsledku nedostatečné (jak v rovině odměňování pracovníků, tak v rovině udržení kontinuity a rozvoje služby).

Práce krizového týmu časově navazuje na pracovní dobu ve stacionáři a pracovní dobu komunitních týmů. Funguje nyní v pracovní dny od 16 do 20 hodin, na zvláštním mobilním telefonním čísle. (Podle tohoto kritéria ovšem nesplňuje definici krizové služby, neboť není dostupná nepřetržitě.) Sloužící tým je

dvoučlenný, složený z krizového pracovníka a pohotovostního psychiatra. V průměru je poskytnuto kolem 35 intervencí měsíčně, 2–3 výjezdy měsíčně. V průběhu své pětileté existence poskytl tým celkem asi 140 mobilních intervencí u psychotických pacientů v domácím prostředí.

Kazuistika I

Na krizovou službu se obrátila sestra pacientky, samostatně žijící 20leté vysokoškolské studentky, která byla již rok předtím 1 × hospitalizovaná na psychiatrii pro poruchu příjmu potravy. Do psychiatrické ambulance přestala brzy po propuštění pravidelně docházet; její sestra nyní referuje o významném poklesu tělesné hmotnosti u pacientky, ale i o dalších příznacích jejího neobvyklého chování (hlasitá reprodukce hudby v noci, vzdorovitost, absence ve škole aj.).

Při prvních kontaktních telefonátech se sestrou jsme mapovali situaci pacientky a doporučili obnovit kontakt s ambulantním psychiatrem a řešit situaci s ním. Sestře se podařilo jej kontaktovat a psychiatr napsal doporučení k hospitalizaci. Pacientka ovšem hospitalizaci odmítla, ani sestra nebyla nakloněna tomuto řešení, pochybovala o přínosu tohoto kroku. Proto jsme se rozhodli kontaktovat pacientku v jejím domácím prostředí a zvážili další možnosti. Se sestrou pacientky jsme dohodli scénář výjezdu – sestra bude v době výjezdu k pacientce u ní doma, vpustí nás dovnitř a představí. Našli jsme subtilní dívku ve velkém, z větší části nezařizovaném bytě, která nás sice společensky přivítala, chovala se však velmi formálně, odtažitě a nedůvěřivě. Přítomnost psychotických prožitků popírala, svoje neobvyklé či přímo bizarní chování racionalizovala. Veškeré nabízené možnosti léčby či

kontaktu se službami odmítala – stručně řečeno „nic nepotřebuje, má se dobře“. Vyjednávali jsme tedy především o příjmu potravy, zdravotních rizicích plynoucích z velkého snížení hmotnosti a domluvili jsme další návštěvy doma. Během dalších 2 týdnů navštívili pracovníci krizového týmu pacientku opakovaně, celkem 4 ×, a zároveň byli v telefonickém kontaktu se sestrou pacientky. Stav se během doby spíše zhoršoval, pacientka odpovídala s latencemi, měli jsme podezření na rozvoj psychózy (který se později potvrdil). Práce se již soustředila na motivování pacientky k zahájení antipsychotické medikace. K farmakoterapii injekční formou byla odmítavá, nakonec však přistoupila na perorální medikaci 1 × denně. V prvních dnech pomohla s kontrolou užívání léků sestra, která v té době byla dle dohody s krizovým týmem v každodenním kontaktu s pacientkou a posléze doprovodila pacientku i na první návštěvy do naší ambulance ve Fokusu. Stav se podařilo zvládnout bez hospitalizace, a co je z dlouhodobého hlediska ještě podstatnější – pacientka získala důvěru, která jí umožnila posléze otevřeně hovořit o psychotických prožitcích, definovat si varovné příznaky, naučit se zacházet s medikací (self-management) a zvládnout ambulantně i další dekompenzaci. V průběhu posledních 2 let od prvotní intervence krizového týmu je pacientka ve stabilizovaném stavu, dochází pravidelně do psychiatrické ambulance, dokončila vysokou školu a má konstruktivní plány do budoucna.

Kazuistika II

Na krizovou službu se obrátila paní důchodového věku kvůli synovi, který s ní žije ve společné domácnosti. Syn byl již v minulosti psychiatricky hospitalizován, pobírá invalidní důchod z psychiatrické indikace. Podle matky se nyní chová divně,

Tabulka 2. Indikace k mobilní krizové intervenci u psychotických pacientů

- incipientní psychotické stavy
- relabující psychotické stavy
- (sub)akutní psychotické stavy nevyžadující nedobrovolnou hospitalizaci
- reziduální psychotické stavy po propuštění z hospitalizace
- indikace hospitalizace, její zprostředkování, příp. asistence
- řešení konfliktních situací v místě krize
- nezachycení a neléčení psychotických pacientů

Tabulka 3. Cíle krizové služby Fokus Praha

- poskytnout včasnou a intenzivní individuální podporu klientům v místě odehrávající se krize
- respektovat důstojnost klienta a jeho rozhodování o způsobu řešení krize
- zapojit klienta a jeho okolí do řešení krize
- poskytnout ochranu a podporu okolí klienta v krizi
- zpřístupnit odbornou pomoc jako podporu a neprohlubovat zkušenost restriktive či trestu (podmíněnou např. asistencí policie při převozu do nemocnice)
- připomínat a podporovat klienta v jeho osobní odpovědnosti za řešení krize
- udržet kontinuitu práce s klientem v komunitních službách, která bývá přerušena, či se vrací zpět, v případě dlouhodobé hospitalizace
- zapojit širší okolí klienta do spolupráce s krizovým týmem a tím mírnit stigmatizaci

Tabulka 4. Nástroje krizové pomoci

- včasný zásah u akutních psychických potíží včetně podání léků
- zjištění všech okolností klientovy situace přímo v jeho prostředí, nejen zdravotních, ale i sociálních a vztahových
- zjištění a zhodnocení protektivních a rizikových faktorů
- prevence suicidálního či agresivního chování
- prevence hospitalizace, zvládnutí krize ambulantní formou, v domácím prostředí
- případně usnadnění hospitalizace a její zkrácení
- naplánování další návazné péče

Tabulka 5. Počty intervencí krizového týmu Fokus Praha v letech 2003–2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Telefonická krizová intervence	55	286	264	461	361	304
Výjezdy	12	36	27	27	25	10

utrhuje se na ni, téměř nevstává z postele, kde jen celý den sleduje televizi; léky patrně neužívá, u psychiatra nebyl již několik měsíců. Domlouváme se s matkou o návštěvě doma, jejímž účelem bude zjištění celkové situace, pokus o kontakt se synem, zvážení eventuálních rizik a možností psychologické a/nebo farmakologické intervence.

Při první návštěvě se krizový pracovník věnoval rozhovoru s matkou, která nás pozvala, psychiatricka se pokoušela navázat kontakt se synem. Ten ležel v posteli a sledoval TV. Lékařka jej pozdravila ode dveří pokoje s dotazem, zda může vstoupit a hovořit. Muž byl úsečný, k rozhovoru neochotný, což otevřeně sdělil a poměrně záhy též rozhovor ukončil. Mezitím stihl sdělit, že mu nic není, je v klidu, vše si prý vymýšlí matka, on trpí jen únavovým syndromem, proto nevstává, ani nemusí, má důchod a nikomu do toho nic není, jak on žije. V řeči byl hostilní, ale zcela koherentní, bez zjevné anxiety, naslouchacích postojů, zárazů či jiných viditelných signálů floridní psychotické produkce.

Byt je moderní, vzorně uklizený, vše obstarává matka, která ještě na částečný úvazek pracuje. Otec před několika lety zemřel, druhý sourozenec žije jinde. Matka se domnívá, že se u syna rozvíjí nová ataka onemocnění a neví, co dělat, když ten k ošetřujícímu psychiatrovi odmítá jít. Domluvili jsme se, že se pokusíme jednak doplnit informace o historii nemoci syna od ošetřujícího psychiatra, k čemuž dal pacient ústní souhlas, jednak že v rámci krizové služby rodinu znovu navštívíme a pokusíme se získat pacienta pro spolupráci. Budeme sledovat vývoj jeho psychického stavu, který prozatím není jednoznačně psychotický a neopravňuje k jakýmkoli intervencím bez souhlasu pacienta.

Ošetřující psychiatr je práci krizové služby velmi nakloněn a nápomocen, ochotně podává důležité informace. Dozvídáme se, že pacient skutečně nebyl již několik měsíců na kontrole, léky předtím snad užíval (risperidon p.o. v malé dávce), nebyl produktivně psychotický, avšak náhled na proběhlé dvě ataky zcela chyběl. Budeme o dalším vývoji a případných intervencích informovat.

V následujících dvou měsících jsme domácnost navštívili opakovaně, matka si na syna stále více stěžovala, zároveň mu však poskytovala veškerý servis, takže není možno ověřit, nakolik by pacient sám v péči o sebe selhával. Pokusy o získání důvěry pacienta selhávaly, a to i v různých uspořádáních (různé časy návštěv, psychiatr muž i žena, zdravotní sestra, sociální pracovníce). Pacient už velmi rázně odmítal jakýkoli kontakt, dával nahlas hudbu či si nasazoval sluchátka. Konzultace s matkou směřovaly k omezení péče o syna, zároveň jsme matku podporovali, aby využila institut zbavení způsobilosti k právním úkonům. Chování syna, o němž matka referovala, vypovídalo o jeho narůstající neurvalosti, objevovaly se podivnosti v jeho chování (stahování závěsů i přes den, objednávání drahých a zbytečných nákupů přes telefon, zamkllost i náznaky brachiální agrese) svědčící nepřímo o rozvíjející se psychóze.

Postupovali jsme nadále v intencích možných legálních intervencí (návštěva znalce pověřeného posouzením zdravotního stavu k omezení právní způsobilosti, příp. jím nařízená diagnostická hospitalizace, nedobrovolná hospitalizace při splnění zákonných podmínek), podporovali jsme matku při zvládnutí soužití se synem. Při jedné z návštěv jsme zjistili, že syn má navíc bolestivý somatický problém, odmítá se nechat vyšetřit přítomným psychiatrem, pro riziko akutního zhoršení zánětlivé komplikace byl převezen RZS k hospitalizaci; pacient se podířil léčbě pouze nedobrovolně. Při hospitalizaci se potvrdil relaps psychotického onemocnění. Přestože po propuštění pacient nadále duševní poruchu popírá, dochází do denního stacionáře, kde pracují i členové krizového týmu. S pacientem se nám tak daří udržovat poměrně častý kontakt, můžeme průběžně monitorovat jeho aktuální stav. Pacient je prozatím ochotný k aplikaci depotní formy medikace. Započaté řízení o omezení způsobilosti k právním úkonům bylo při zlepšeném stavu pacienta po propuštění z hospitalizace zastaveno.

Závěr

Ačkoliv krize – v různé podobě a z různých příčin – bývá pravidlem nebo alespoň občasnou zkušeností lidí, kteří žijí s psychózou, jen velmi málo profesionálních služeb u nás se specializuje na pomoc v těchto specifických situacích. Ze zahraniční odborné literatury víme, že je taková pomoc možná, žádoucí, vítaná pacienty i jejich rodinami; její účinnost byla zkoumána a potvrzena řadou solidních výzkumů. Odezva pacientů

Tabulka 6. Krizový tým Fokus Praha**Silné stránky služby**

- úspěšné intervence u minimálně 3/4 klientů
- prevence dalšího zhoršení stavu včasnou a cílenou psychologickou nebo farmakologickou intervencí
- prevence hospitalizace či naopak usnadnění hospitalizace
- prevence agresivního chování psychotických klientů, příp. odborná intervence u agrese v rámci psychotického onemocnění
- zmírnění zátěže rodiny, její edukace a zvýšení kompetence při zacházení s onemocněním
- podpora udržení klientů v jiných komunitních službách – chráněného bydlení, pracovní rehabilitace ap.
- snížení stigmatizace
- zvýšení spokojenosti pacientů a příbuzných s komunitními službami
- zlepšení navazující spolupráce v léčbě
- zlepšení náhledu na onemocnění

Slabé stránky

- omezená dostupnost v čase (de facto jde jen o prodloužení operační doby jiných služeb – denního stacionáře a case managementu)
- absence návazných a alternativních služeb (krátkodobá hospitalizace, domy na půl cesty, ale též dlouhodobé ubytovací kapacity v komunitě apod.)
- nedostatečné personální obsazení týmu
- nedostatečné finanční zabezpečení
- nejasný právní rámec – nejednoznačná a nedostatečně detailní legislativa

a jejich pečovateli na naši práci v krizové službě Fokusu Praha potvrzuje rovněž potřebnost a užitečnost takových intervencí v našich podmínkách, a to i přes omezení, se kterými se musíme potýkat vzhledem k nesystémovosti a nedostatečnému finančnímu zabezpečení této ojedinělé služby.

Literatura

1. Bellak L, Siegel H. Handbook of Intensive, Brief and Emergency Psychotherapy. C. P. S. Inc., Larchmont 1983.
2. Brown TM, Pullen IM, Scott AIF. Emergentní psychiatrie. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1992.
3. Dušek K, Večeřová-Procházková A. První pomoc v psychiatrii. Praha: Grada 2005.
4. Finn M. Assertive outreach. Psychiatry J 2007; 6: 8.
5. Johnson S. Crisis resolution and intensive treatment teams. Psychiatry J 2007; 6: 8.
6. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 3.
7. Klimpr P. Psychická krize a intervence v lékařské praxi, Praha: Grada 1998.
8. Lorenc J. Krizové služby a krizová intervence. Suplementum České a Slovenské psychiatrie 2005.
9. Lorenc J. Zkušenosti s mobilním krizovým týmem. Sdělení na konferenci sociální psychiatrie, Liberec 2003.
10. NICE: Schizophrenia. Core in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guideline 1. London: 2002.
11. Pěč O, Pfeiffer J, Wenigová B, et al. Situační analýza péče o duševně nemocné na území hl. m. Prahy. CRPDZ, Praha 2006.
12. Roberts AR. Crisis Intervention Handbook. Oxford University Press, Oxford 2000.
13. Singh SP, Fisher HL. Early intervention services. Psychiatry J 2007; 6: 8.
14. Thornicroft G, Szmulker G. (eds.). Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press 2001.
15. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? WHO Europe 2003.
16. Vodáčková a kol. Krizová intervence. Portál, Praha 2002.

MUDr. Zuzana Foitová

Fokus Praha
Meziškolská 2, Praha 6
foitova@fokus-praha.cz