

PRINCIPY KRIZOVÉ INTERVENCE

MUDr. Jiří Švarc

Psychiatrická léčebna Bohnice

Krise je jedním z nejčastějších důvodů vyhledání psychiatrické péče. Období krize je východiskem pro vyšší morbiditu i mortalitu. Psychiatři u klientů v krizi obvykle diagnostikují poruchu přizpůsobení (nejčastější diagnóza na krizových centrech), neboť poruchy přizpůsobení podle MKN-10 navazují na významné životní změny či stresové události a projevují se tísní, poruchami emocí, narušením sociálního fungování a výkonu. Příznaky zahrnují zpravidla depresivní náladu, úzkost, obavy, poruchy chování, a u adolescentů výbuchy násilí. U dospělých porucha přizpůsobení zpravidla odeznívá do šesti měsíců, u třetiny však přetrvává i po roce. Epidemiologické studie poruch přizpůsobení nejsou, postižení lidé však vyhledávají zdravotnická zařízení, ženy 2x častěji, u adolescentů je častou komplikací suicidální pokus. Krizová intervence (KI) je terapeutické vedení klienta v krizi, především pomocí krátké psychoterapie.

Definice krize	Krise vzniká, když se člověk na cestě za důležitými životními cíli setká s takovou překážkou, kterou v obvyklém čase není schopen překonat obvyklými metodami řešení problémů. Nastane pak období dezorganizace a zmatku s mnohými marnými pokusy o řešení (1).
Fáze krize dle Caplana	<ol style="list-style-type: none"> 1. fáze tenze, kdy obranné mechanismy neposkytují řešení, trvá minuty až týdny 2. fáze lability, vulnerability, izolace, hypobolie (v této fázi je díky sugestibilitě nejúspěšnější intervence) 3. fáze mobilizace vnitřních rezerv (nedojde-li k níže uvedeným patologickým typům vývoje krize), tato fáze trvá měsíce až roky (1)
Fáze krize dle Kübler-Rossové	<p>Po krizové události (provázené afektivním ztrnutím nebo bouří emocí) následuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vztek – „Kdo za to může?“ 2. popření – „To není možné!“ 3. smlouvání – „Třeba to nebude pravda.“ 4. deprese – „Je to pravda, je to smutné.“ 5. smíření – „Musím se s tím naučit žít.“
Příčiny krizí	<p>Konflikty manželské, pracovní, migrační, právní, separační (vojna, vězení, emigrace), sexuální, úmrtí v rodině, katastrofy, vývojové krize jako dětství, školní problémy, puberta, těhotenství, stárnutí (5).</p> <p>Čím oslabenější je organizmus (somaticky či psychicky, např. osobnostně), tím menší stresor vyvolá krizi. Krize tedy mohou vycházet i z psychopatologie.</p>
Konflikty	<ul style="list-style-type: none"> • antinomické – klient má dvě negativní možnosti, např. zůstat či nezůstat u manžela • existenciální, tragické – klient má dvě tragické možnosti, např. žít či suicidovat při infaustní nemoci • neurotické – např. zakotvené neurotické vzorce a obranné mechanismy
Metody KI	<ul style="list-style-type: none"> • podpůrná nebo krátkodobá psychoterapie • rodinná terapie • farmakoterapie
2 typy KI	<ol style="list-style-type: none"> 1. úzkost zakrývající (podpůrnou) terapii volíme u klientů neschopných zvládnout druhý typ 2. úzkost odkrývající terapie (dynamická nebo expoziční)
Cíle KI	Nemusí být odstranění symptomů, ale rozpoznání krizového podnětu a jeho individuálního dynamického kontextu, pojmenování příznaků (jen opatrná interpretace), strategie řešení, zprostředkování katarze, pomocné testování reality, posílení potřebných dovedností, zábrana rozvoje nezralých obranných mechanismů (vytěsnění, negace), identifikace varovných signálů pro futuro, edukace, intelektualizace problému; snížení chronické úzkosti, reintegrace a přijetí traumatu jako součást životní historie (3).
Zásady KI	<ul style="list-style-type: none"> • provést ji rychle (ve fázi sugestibility) • pokrýt celé biopsychosociální pole (pomoc potřebuje obvykle i partner) • pracovat týmově, kombinovanými metodami (psychoterapie, farmakoterapie, řešit somatické a sociální problémy) • pracovat pokud možno v klientově prostředí

<p>Zásady KI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • jasně formulovat anamnestické dotazy a zaměřit je na stresory, např. zaměstnání, finanční a partnerskou situaci, pátrat po klientově stylu řešení důležitých rozhodnutí, zda před nějakým stojí, jaké má lidi kolem sebe, jaké má životní a morální postoje atd. • selekce cílů a problémů • informovat klienta o tom, co může očekávat, které problémy se mohou objevit a jaké jsou přirozené reakce • poskytnout prostor pro ventilaci, posilovat abreakci a katarzi • empaticky reflektovat, vyjadřovat porozumění, důvěřovat, akceptovat • chovat se stabilně i přes agresivní projevy klienta • pomoci hledat strategii • obvyklý počet sezení 5–40 • zajistit návaznou péči (2)
<p>Co nedělat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nevyslychat • neradit • nepřeceňovat možnosti intervence • nepsihtrizovat (nehospitalizovat zbytečně) • neapelovat na vůli klienta • nebagatelizovat • nezevšeobecňovat • falešně neutěšovat • nesrovnávat s osudem jiných (či s vlastním) v podobné situaci (nemá-li terapeut promyšlen jasný cíl této techniky) • neposuzovat chování klienta v kategoriích dobré-špatné • nekritizovat za chyby (nementorovat) • nejednat a nečinít důležitá rozhodnutí za klienta – řešení a smysl krize má najít klient sám
<p>Truchlení (8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nekomplikované – procesy truchlení a smutku většinou probíhají za účasti blízkých osob a jen zřídka vyžadují intervenci • chronické – vztah mezi truchlícím a zemřelým byl velmi těsný, ambivalentní nebo závislý, nebo chybí podpůrná sociální síť • hypertrované – po náhlé, nečekané události, projevy smutku jsou extrémně intenzivní a tradiční smuteční rituály nejsou schopny ztlumit úzkost a smutek • odložené – chybějící nebo inhibovaný proces truchlení jako výsledek dlouhodobého popření, častou komplikací je hněv a pocity viny
<p>KBT pojetí krize (7)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. zvýšené nabuzení (hyperarousal) 2. maladaptivní emoční procesy (přetrvávající nadměrná úzkost nebo dysforie a pokusy o jejich potlačení) spojené s vegetativní symptomatologií 3. dysfunkční kognitivní zpracování (negativní automatické myšlenky, kognitivní vyhýbání, kognitivní omyly)
<p>KBT metody KI (7)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. vytvoření terapeutického vztahu a pocitu bezpečí pacienta 2. identifikace krize, analýza stresoru a popis reakce 3. postupná expozice silným emocím, které pacient potlačoval, s cílem náhledu z metapozice (např. pomocí fotografie zemřelé osoby, vícefázového psaní dopisu zemřelé osobě) 4. kognitivní rekonstrukce s cílem upravit dysfunkční myšlenky, korigovat kognitivní omyly a odstranit kognitivní vyhýbání 5. posílení nebo nácvik potřebných dovedností a tím zvýšení pocitů kompetence 6. mobilizace nebo vytvoření sociální sítě
<p>Psychodynamické aspekty (2, 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • subjektivní význam krize (stresoru) může determinovat jeho schopnost vyvolávat posttraumatické následky • krizové traumatické zážitky mohou rezonovat s traumaty v dětství • neschopnost ovládat afekt může být následkem krize • somatizace a alexithymie mohou být pozdními důsledky prožitého traumatu • nejčastěji se vyskytují obranné mechanismy: popření, štěpení, disociace, vznik pocitů viny (obrana před hlouběji ležícími pocity bezmoci) • objektivní vztahy odpovídají projekci a introjekci těchto rolí: onipotentní zachránce; oběť; osoba, zneužívající druhé

Psycho-dynamické aspekty (2,3)	<ul style="list-style-type: none"> v průběhu KI se objeví různé typy přenosových reakcí klienta, např. vytěsňené vzpomínky přenášejí do terapeutické situace, charaktery účastníků krize přenášejí na terapeuta, své poškozené psychické funkce přenášejí na terapeuta, kterého si může vsadit do role onnipotentní osoby terapeut se může cítit bezmocný vůči nepopiratelné existenci reálného traumatu, přítomna může být zlost a beznaděj vůči klientově lpění na traumatu, případně onnipotentní fantazie o záchraně pacienta
Farmakoterapie	<ul style="list-style-type: none"> krize není nemoc – psychofarmaka nejsou vždy nutná podrobná farmakologická anamnéza (pokud odhalí např. závislosti, jsou kontraindikovány návykové léky) poučít klienta o účinku i rizicích farmak (kontraindikace při mnoha povoláních, při řízení) preferovat nenávyková anxiolytika (např. calcium bromolactobionas, guaifenezin, tolperison, buspiron, hydroxyzin, kava kava, fytofarmaka) a antidepresiva nižší, ale účinné dávkování nepředepisovat více balení u některých pacientů zajistit dohled rodiny přesnými instrukcemi časově omezit podávání psychofarmak (max. jeden měsíc) podporovat definované užívání anxiolytik a hypnotik „podle potřeby“ před pravidelným užíváním vybírat farmaka cíleně, snažit se navázat na případnou předchozí farmakoterapii vyhýbat se kombinacím (6) <p>Srovnávací farmakologické studie (dvojitě slepé i otevřené) jsou u poruch přizpůsobení řídké a výsledky nesvědčí o superioritě žádné skupiny farmak.</p>
Patologický vývoj krize	<ul style="list-style-type: none"> chronický neurotický („útek do nemoci“) – účelové udržování psychopatologie (vědomé či nevědomé), např. vyhýbání se odpovědnosti, ovládnutí a trestání okolí a rodiny, vynucení si péče do psychózy – u latentních psychotiků nebo tranzientní psychózy při nadlimitní zátěži do návykového chování – původně s cílem odstranit tenzi do posttraumatické stresové poruchy – ožívání traumatických zážitků, pocity prázdnoty, sociální stažení, vyhýbání se situacím připomínajícím trauma, agresivní a psychosomatické potíže, abúzus do somatoformní poruchy – začíná opakovaným vyhledáváním lékaře pro nespecifické somatické potíže suicidální – varovnými příznaky bývá zúžení subj. prostoru, t. j. tunelové vidění problematiky, negativní bilancování, potlačení agresivity, sebevražedné fantazie a sny, uspořádávání vlastní pozůstalosti (finance, poslední vůle...)
Kazuistika	<p>Pětapadesátiletá inženýrka, učitelka na SŠ, kultivovaná se širokým spektrem zájmů, 30 let vdaná, po nedávné manželské krizi. RA bez psych. heredity, měla 2 syny. OA bez pozoruhodností, užívá antihypertenziva a hormonální substituci. Poprvé v životě byla hospitalizována na krizovém centru, protože našla na Nový rok 30letého syna umírajícího s prostřelenou hlavou po suicidii. Sebevražedný úmysl syna či podíl alkoholu (obojí evidentní) vylučovala, tvrdila, že si „čistil zbraň“. Nepamatovala si na předchozí dny, byla depresivní, lakrimující, dekoncentrovaná, úzkostná, psychomotorika střídavě zpomalená a agitovaná. Po počáteční dissociaci vědomí kultivovaně spolupracovala. Rozvíjela se symptomatika PTSD (vyhýbala se mladým lidem, odmítala se vrátit domů pro úzkosti, intruzivní myšlenky a představy). Z krizového centra byla přeložena na psychiatrické oddělení a po hospitalizaci docházela na denní stacionář, byla jí postupně nasazena kombinace sertralin 200 mg/d, risperidon 1,5 mg/d, lorazepam 1–2 mg/d, zolpidem. Zpočátku jí byla dána možnost abreakce, přikročeno k expozici v hovoru a imaginaci, přímé expozici v bytě, napsala synovi dopis na rozloučenou, absolvovala jeho pohřeb a uspořádala jeho pozůstalost. Po čtyřech měsících byla schopna stabilního fungování v každodenním životě včetně návratu do zaměstnání, přestože nadále se cítí zranitelná a křehká. Tento komplikovaný případ chronifikujícího hypertrofovaného truchlení ilustruje obtížnost KI, která nekončí odchodem z krizového centra.</p>

Literatura

1. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York: The Guilford Press, 1964.
2. Gabbard GO: Psychodynamická psychiatrie, Washington DC, American Psychiatric Press, 2000.
3. Herman E. Adaptační poruchy z psychodynamického hlediska. Psychiatrie 2003; S2: 33–34.
4. Chipman A. Interviews with Brief Therapy Experts. American Journal of Psychotherapy 2003; 1: 149–150.
5. Erikson E. H. Identity: Youth and Crisis. New York: Norton, 1968.
6. Klimpl P. Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha: Grada, 1998.
7. Pašková B, Praško J. KBT intervence u adaptačních poruch. Psychiatrie 2003; S2: 90.
8. Pašková H, Praško J. Truchlení a smutek. Psychiatrie 2003; S2:98-99.