

DENNÍ STACIONÁŘE S PSYCHOTERAPEUTICKOU PÉČÍ

Pěč O., Koblíček K., Lorenc J., Beránková S.

Asociace denních stacionářů a krizových center

Předseda: MUDr. Ondřej Pěč

Definice

Léčebný postup v denním stacionáři s psychoterapeutickou péčí sestává zejména ze systematické psychoterapie. Obvykle se kombinuje s další odbornou zdravotnickou a rehabilitační péčí. Umožňuje zamezit nebo zkrátit hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení, umožňuje pacientům přirozený kontakt s jejich domácím prostředím, zabraňuje nebo zamezuje chronifikaci nemoci, zintenzivňuje odbornou zdravotnickou péči v lůžkovém zařízení, se kterým denní stacionář spolupracuje a napomáhá reintegraci nemocných do běžného života.

Systematická psychoterapie je poskytována vysoce kvalifikovanými vysokoškolskými zdravotnickými pracovníky v rámci psychoterapeutického programu denního stacionáře. Podpůrnou psychoterapii vykonávají i další zdravotničtí pracovníci pod supervizí vysokoškolských zdravotnických pracovníků. **Psychoterapeutický program** je soustava diagnostických a léčebných postupů, technik, metod a výkonů, který je vypracován terapeutickým týmem podle povahy onemocnění a potíží pacienta. Psychoterapeutický program sestává z individuálních a skupinových forem psychoterapie a rodinné terapie. Jádrem programu obvykle spočívá v intenzivní skupinové psychoterapii.

Pacienti, kteří absolvovali psychoterapeutický program, v indikovaných případech pokračují v péči formami následné a doléčovací psychoterapie nebo resocializace (chráněná práce a bydlení, volnočasové aktivity).

Program je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními dle povahy onemocnění (psychiatrická, psychologická, interní či další), příslušnou odbornou léčbou (farmakoterapie) a rehabilitací (ergoterapie, nácvik praktických dovedností).

Psychoterapeutický program může být buď denní nebo frakcionovaný.

Denní komplexní psychoterapeutický program trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro pacienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den.

Frakcionovaný psychoterapeutický program je poskytován indikovaným pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje plný denní program, jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v jednom dni. Frakcionovaný program slouží rovněž jako forma následné doléčovací psychoterapie.

Pro specifické skupiny nemocných mohou být vytvořeny **specializované programy** (pro dlouhodobě nemocné, psychogeriatrické, pro děti a adolescenty se školní výukou, pro léčbu závislostí a jiné).

Historie rozvoje denních stacionářů ve světě, myšlenkové zdroje

Počátek rozvoje denních stacionářů ve světovém měřítku (E. Cameron v Montrealu a J. Bierer v Londýně) je spojen s procesem deinstitucionalizace psychiatrické péče, tedy plánované redukce počtu psychiatrických lůžek, společně s rozvojem rozmanitých forem komunitní psychiatrické péče, nebo-li péče se snahou po maximální integraci nemocného do společnosti. To prakticky znamená léčbu a rehabilitaci pacientů v extramurálních zařízeních namísto v nemocnici. Více nebo méně úzce navazuje na vznik terapeutických komunit (T. Main, M. Jones) a práci s velkými skupinami pacientů, jak ji začali ve druhé světové válce praktikovat skupinová analytici (tzv. Northfieldský experiment a např. W. Bion). Tato zásadní změna orientace v systému péče, prakticky posílená rovněž zavedením neuroleptik, přinesla s sebou nové postavení duševně nemocných ve společnosti a možnost plnějšiho uplatnění rehabilitačních metod. Tento vývoj lze zaznamenat zhruba od padesátých let 20. století (29,40). Denní stacionáře se staly součástí nově vytvářené mimonemocniční péče.

Vznikaly však rozmanité formy denních stacionářů v návaznosti na jejich funkce, poskytované služby a převažující klientelu. Z literatury (46,52,53,62) lze funkce denních stacionářů rozlišit takto:

- a) **alternativa či rozšíření ambulantní léčby** (důraz je kladen na psychoterapeutický program, v indikovaných případech, kdy nepostačuje ambulantní léčba)
- b) **alternativa či pokračování hospitalizace** (léčba akutních stavů)
- c) **dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro chronicky duševně nemocné**

Některé denní stacionáře plní všechny tyto funkce, některé se více profilují ve zdůraznění jedné z těchto funkcí a tento důraz je pak vyjádřen i v označení těchto zařízení (denní nemocnice, denní kliniky, denní sanatoria, denní centra).

Metody a postupy

Program denního stacionáře po personální stránce realizuje **odborný tým**. Tým je tvořen vysokoškolskými a středoškolskými zdravotnickými pracovníky a je veden odborným vedoucím denního stacionáře. Jeho odbornost je založena zejména kvalifikací v psychoterapii – tedy úplným psychoterapeutickým vzděláním (teorie, sebezkušenost, supervize), v současné době u nás završeným osvědčením subkatedry psychoterapie IPVZ.

Odborná práce týmu je pravidelně **supervidována**: 1) vlastním týmem (formou reflexních porad alespoň 1x týdně), 2) nezávislým odborníkem mimo tým (alespoň 2x ročně).

Některé specializované programy využívají metod individuálního nebo skupinového **případového vedení**.

Pacient může být do psychoterapeutického programu stacionáře **doporučen**, a to praktickým lékařem, psychiatrem, psychologem, jiným specialistou, lůžkovým zařízením nebo krizovým centrem. Program stacionáře je pak pro pacienta vyhledáván ještě během hospitalizace nebo až po jejím ukončení. Pacienta může také doporučit resocializační, sociální nebo jiné nezdravotnické zařízení. V jiných případech pacient sám přichází a vyhledává program stacionáře či se dostavuje na žádost příbuzných.

V **diagnostické fázi** provádí zpravidla první krok jiný odborník, než u kterého bude pacient v psychoterapeutické péči. Zajišťuje komplexní vyšetření podle povahy problematiky (nejčastěji psychiatrické či psychologické), podle potřeby i laboratorní vyšetření. V řídkých případech půjde i o sociální šetření nebo anamnézu od příbuzných. Na základě vyšetření a po poradě v týmu navrhne nejvhodnější psychoterapeutický program. Další krok provádí odborník nebo člen týmu, u kterého bude pacient v psychoterapeutické péči. Jde o úvodní interviu, na jehož základě zváží motivaci pacienta a jeho vhodnost pro zvolený psychoterapeutický program. Uzavře s pacientem psychoterapeutický kontrakt (ústně či písemně).

Dynamika a fázování **vlastního procesu** léčby během psychoterapeutického programu stacionáře je dána jak formami (skupinové, individuální, rodinné nebo párové psychoterapie), tak psychoterapeutickými směry užitými ve skladbě psychoterapeutického programu (například psychoterapie psychoanalytická a psychodynamická, kognitivně behaviorální, empaticko-

abreaktivní, relaxačně-imaginativní, růstová - model růstu dle Virginie Satirové a další). Psychoterapeutický program může využívat efektu terapeutické komunity.

Celková **délka** psychoterapeutického programu je závislá nejen na klinické diagnóze, ale i na stupni poruchy, míře chronicity, individuální schopnosti pacienta ke změně a na zvoleném psychoterapeutickém programu. Krátkodobé programy trvají obvykle 1 - 3 měsíce, dlouhodobé obvykle 3 - 9 měsíců. Psychoterapeutický program je možné opakovat.

Po ukončení psychoterapeutického programu stacionáře je v indikovaných případech nezbytné zajistit pacientovi další návaznou psychoterapeutickou péči, rehabilitačně resocializační péči (chráněná práce, chráněné bydlení, socioterapeutický klub a p.), péči ambulantní specialisty či domácí péči.

Poslední tři jmenované typy péče lze pacientovi poskytovat již v průběhu psychoterapeutického programu. V těchto případech je vhodné, aby člen týmu stacionáře spolupracoval formou multidisciplinárního týmu s příslušnými odborníky paralelní péče.

Někteří autoři (54,58) vyšetřovali **faktory, které se podílejí na vývoji klinických změn** a mají vliv na výsledek léčby: předchozí hospitalizace, věk při přijetí, věk při vzniku nemoci, inteligence a výskyt duševní poruchy u rodičů, původní tíže příznaků, kvalita terapeutického vztahu, soulad mezi problematikou pacienta a druhem terapie (úspěch psychoterapie závisí na typu patologie - různé psychoterapie v denním stacionáři přinášejí různé výsledky). Programy stacionářů, které mají dvakrát více činnostní terapie než verbální, vedou ke čtyřnásobně většímu zlepšení symptomů, avšak k tři a půl krát většímu nárůstu počtu relapsů než programy, které mají dvakrát více verbální terapie než terapie činnostní (30).

Literární zdroje uvádějí, že k **neplánovanému propuštění** dochází zhruba u 50% pacientů. Prediktivními faktory neplánovaného propuštění jsou zneužívání návykových látek a tři a více psychiatrických hospitalizací v minulosti (13) nebo nedostatečný náhled nemoci a složité okolnosti při přijetí (10).

Indikace a kontraindikace

Indikace k psychoterapeutickému programu v denním stacionáři závisí na skladbě a specializaci daného psychoterapeutického programu. Obecně je indikován u těchto skupin pacientů:

a) pacienti s duševními poruchami, u nichž dlouhodobá systematická psychoterapie spolu s dalšími léčebnými postupy v denním stacionáři umožňuje:

- stabilizaci, postupné zlepšení jejich nemoci či zkvalitnění života
- náhradu nebo zkrácení hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém oddělení
- zkvalitnění a zintenzivnění léčby u pacientů, kteří jsou hospitalizováni a mohou do denního stacionáře docházet.

Nejčastěji přicházejí v úvahu tyto duševní poruchy /dle MKN 10/: Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy /F40-F48/; Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory /F50-59/; Poruchy osobnosti a chování u dospělých /F60-69/; Poruchy nálady (afektivní poruchy) /F30-39/, Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy /F20-F29/; Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek /F10- F19/; Demence u Alzheimerovy choroby /F00/; Poruchy psychického vývoje /F80-F89/; Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci /F90-F98/.

b) pacienti s tělesnými nemocemi, které jsou spolupodmíněny psychogenními faktory (psychosomatická onemocnění). U těchto pacientů systematická psychoterapie pomáhá k dosažení náhledu na podstatu choroby, příznivě ovlivňuje kauzální psychogenní faktory, vede ke snížení konzumace specializovaných somatických vyšetření a léčby.

c) pacienti s tělesnými nemocemi, které mají silný negativní vliv na jejich psychický stav.

Kontraindikací pro léčbu v denním stacionáři jsou: stavy vyžadující akutní lůžkovou somatickou péči, psychické poruchy vyžadující přijetí na lůžkové psychiatrické oddělení, které denní stacionář nemůže nahradit (náročné vyšetřovací postupy, stavy se vzrušeností, agresivitou, poruchy vědomí), vysoké riziko sebevražedného jednání, nesouhlas pacienta

s léčbou, akutní intoxikace alkoholem nebo jinými psychotropními látkami, těžká a hluboká mentální retardace, raný dětský věk

Efektivita dle jednotlivých diagnostických skupin a typů programů - zahraniční a naše studie

Studie zabývající se efektivitou denních stacionářů srovnávaly tuto péči jak s péčí lůžkovou tak ambulantní. V obou případech byla vyhodnocována i efektivita nákladů. Ve **srovnání s lůžkovou péčí** není úroveň psychopatologie a sociálních funkcí rozhodně horší v případě denních stacionářů, v některých případech signifikantně či nesignifikantně lepší (6,23,34,56), zlepšení psychického stavu je rychlejší v případě denních stacionářů a tito pacienti jsou méně hospitalizováni (18,34), u denních stacionářů je větší spokojenost s léčbou u pacientů a rodinných příslušníků (23). Léčba je levnější v přímých nákladech u denních stacionářů (8,9,14,16,38,45,57).

Ve **srovnání s ambulantní léčbou** byl v některých studiích prokazován lepší efekt u denních stacionářů ve zlepšení psychické symptomatiky a větší zainteresovanosti pacientů o léčbu, v ostatních ukazatelích klinického stavu, sociálních funkcí a nákladech nebyly shledány signifikantní rozdíly (34,35).

Limitujícím faktorem léčby v denních stacionářích je **vhodnost** léčby jen pro určitou část psychiatrické klientely, ta je stanovována na 23 – 37% (34).

Pro klinickou efektivitu u **schizofrenních** pacientů existuje zatím málo prací. Studie s kontrolními vzorky hospitalizovaných pacientů přinesly zatím nekonzistentní výsledky: zlepšení v některých symptomech u schizofrenních pacientů denních stacionářů (autismus, emoční oploštělost, pocity viny, vnitřní napětí, paranoidita a bizarní myšlenky)(31), v jiné studii rozdíly shledány nebyly (22). Redukce potřeby hospitalizace o 67% v ročním sledování vzorku 55 schizofrenních pacientů v denním stacionáři byla zjištěna v českých podmínkách (41).

U **afektivních poruch** je dokumentováno zmírňování symptomů a zlepšování sociální adaptace (25), zlepšení v sociálních a rodinných vztazích, nálady, životní spokojenosti a schopnosti sebeoceny (44). Prediktory úspěšné léčby u této skupiny nemocných jsou psychická zralost, „práce pacienta“ jako charakteristika skupinového procesu a kvalita objektivních vztahů (42,43).

Efekt denních programů pro skupinu **poruch osobnosti** dokládají jak jednoduché studie (27,63) – zlepšení symptomů, sociálního fungování a spolupráce, tak práce s kontrolními vzorky (33) – snížení rizika suicidia, zlepšení spolupráce, tak i přehledové články (39). Na úspěšnost v psychodynamicky orientovaném intenzivním programu mají vliv výběr pacienta k typu terapie, uvážlivé užití autority a kolegiální vztahy se službami, které posilují pacienty v absolvování programu stacionáře (48).

Pro výhody osmnáctiměsíčního psychoanalyticky orientovaného denního programu pro **hraniční poruchy osobnosti** hovoří studie s kontrolním vzorkem hospitalizovaných pacientů (2) - zlepšení depresivní symptomatiky, pokles suicidality a automutilace, redukce hospitalizace a zlepšení sociálních funkcí začíná již po 6 měsících programu. Obdobné výsledky byly nalezeny i při srovnání s kontrolním vzorkem ambulantních pacientů, zlepšení přetrvávala i po 18 měsících po ukončení terapie (4). Existují i výhody krátkodobého programu (3 týdny) na stabilizaci poruchy a navození dlouhodobé ambulantní léčby (37), podobný efekt má i půlroční dialektická behaviorální terapie (55). Pacienti přerušující léčbu v déleodobějším programu (více než 4 měsíce) mají závažnější patologii (50). Náklady na psychoanalyticky orientovaný denní program nejsou větší než běžná léčba, přímé náklady na denní program jsou vyrovnávány náklady na hospitalizaci u pacientů neléčených ve stacionáři (3).

U **neuróz a úzkostných poruch** ukazují na efekt krátkodobých programů (5, resp. 7 týdnů) studie bez kontrolních vzorků (12,60) a podobně i na efekt behaviorálně zaměřeného programu u obsedantně kompulzivní poruchy s 1,5 ročním sledováním (7). V našich podmínkách při srovnání 3 typů léčebné péče (hospitalizace, stacionář, ambulance) nebyly zjištěny žádné vztahy mezi typem péče, délkou trvání terapeutického kontaktu a dalším průběhem neurózy, osobnostní charakteristiky měly větší prediktivní hodnotu než neurotické symptomy (5).

U **poruch příjmu potravy** má denní program oproti hospitalizaci výhody v možnosti většího uplatnění behaviorálního přístupu a multidisciplinárního týmu. K charakteristikám denního programu patří motivační fáze, kontakt mezi pacienty z různých fází léčby, zavzetí rodiny do léčby a podpora svépomoci (11). K prognostickým faktorům selhání v denním programu patří trvání nemoci déle než 6 let, amenorrhea a BMI menší než 16,5 (24).

V případě **závislostí** některé studie s kontrolními skupinami hospitalizovaných pacientů prokazují, že po absolvování alespoň dvoutýdenních programů dochází u těchto pacientů ke zlepšení sociální adaptace, symptomatiky a zlepšení kontroly užívání drogy (19,20). Jiné práce s kontrolními soubory ambulantních pacientů u znáhodněného výběru prokázaly lepší abstinenci a větší ušetření nákladů jen ve skupině pacientů se střední závažností příznaků. Byl-li výběr proveden vlastní selekcí pacientů byly výsledky signifikantně lepší u denního programu (61). Denní program pro pacienty s **duální diagnózou** redukuje hospitalizaci a zlepšuje abstinenci ve studii se sekvenčním skupinovým srovnáváním (21).

Příznivé výsledky programu denního stacionáře byly zaznamenány u **posttraumatické stresové poruchy** (1,49) v navracení práceschopnosti a zlepšení sociální adaptace.

Dramatické snížení potřeby hospitalizace (průměrně z 21 dnů na 7) bylo zjištěno po zavedení programu stacionáře u **organických poruch** na základě studie s kontrolním vzorkem hospitalizovaných (38). V jiné jednoduché studii psychogeriatrického denního programu došlo ke zlepšení afektivní symptomatiky, spokojenosti, kognitivních a sociálních funkcí a částečně kvality života (64). Některé kognitivně rehabilitační programy (trénink orientace v realitě) praktikované denním stacionářem mohou oddálit progresi u Alzheimerovy choroby (36).

Zhodnocení efektu programů stacionáře u **dětí a adolescentů**, dynamicky orientovaných i multimodálních, se věnovala řada prospektivních studií. Po absolvování programu došlo ke zlepšení symptomatiky, zlepšení chování u poruch chování, zlepšení v sociálních funkcích, reintegraci do školy a zlepšení vztahů v rodině (17,28,32). Tyto výsledky potvrzují i studie prováděné s kontrolními vzorky pacientů (15,47,59). Programy denních stacionářů jsou rovněž levnější než hospitalizace a nevytrhávají děti z rodinného a sociálního kontextu (16,51). Čím větší jsou denní náklady na léčbu a čím více jsou tito pacienti přítomni na terapii, tím je léčba kratší (26).

Rozvoj u nás, současný stav, souhrn výsledků mapování

Tradice denních stacionářů u nás začíná v šedesátých letech XX. století, šlo o několik zařízení, které se staly zejména významnými středisky pro poskytování psychoterapie (např. DS

Horní Palata). K významnějšímu rozvoji však došlo až po roce 1989, v letech devadesátých, v souvislosti s privatizací ambulantní sféry a možností vzniku nestátních organizací.

V současné době je v ČR zmapováno celkem 35 zařízení typu denních stacionářů s psychoterapeutickou nebo psychiatrickou péčí. 13 z nich je součástí větších zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrická léčebna), u 8 z nich jde o samostatná zdravotnická zařízení a 3 nich jsou zdravotnická zařízení jako součást nezdravotnických zařízení. Samostatnou skupinou je 11 zařízení nezdravotnických.

Denní stacionáře vznikaly zejména ve velkých městech, existují u nás oblasti, kde nejsou rozvinuty téměř vůbec.

Obr. č. 1

Pro dosažení celistvějšího obrazu o denních stacionářích u nás bylo v roce 2002 provedeno jejich mapování (29). Ze závěrů této práce můžeme uvést následující zjištění:

Za svoje nejdůležitější funkce pokládají denní stacionáře psychoterapii a sociální rehabilitaci. Pacienti navštěvují stacionář o všedních dnech. Převaha denních stacionářů je vedena psychiatrem nebo klinickým psychologem s psychoterapeutickou kvalifikací. Nezdravotníky (sociálními pracovníky) vedené stacionáře jsou zařízení nezdravotnická. Průměrná doba praxe vedoucího stacionáře je 18 let. Nejčastějšími zaměstnanci jsou zdravotní sestry, dále pak lékaři a kliničtí psychologové. Nejčastějšími vylučovacími kritérii přijetí jsou drogová závislost, nemotivovanost a akutní psychotická dekompenzace. Nejfrekventovanějšími léčebnými aktivitami jsou verbální psychoterapeutické skupiny, pak následuje pracovní terapie a komunity (velké skupiny). Z terapeutických modelů jsou celkem vyrovnaně nejvíce preferovány psychoanalyticko psychodynamický model, behaviorální model a model sociálně psychiatrický. Průměrná doba pobytu ve sledovaném roce 2000 mezi zařízeními značně kolísala od 16 do 180 dnů. V tomtéž roce byli nejčastěji léčeni pacienti s úzkostnou poruchou a poruchou přizpůsobení (F4), pacienti trpící schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou (F2, F25) a pacienti trpící závislostí (F1). K dokonáným sebevraždám došlo jen v ojedinělých případech.

Organizační kontext denních stacionářů a krizových center v ČR

Když se na počátku 90. let začalo ukazovat, že ani nově vytvářené zákonné normy s netradičními formami péče nepočítají, stacionáře začaly čelit existenčním ohrožením.

Podobná problematika a výhody skupinového vyjednávání vedly v roce 1994 k vytvoření „pracovní skupiny“ a v roce 1996 k registraci profesní organizace založené ke chránění a prosazování zájmů denních stacionářů a krizových center, ke vzniku Asociace denních stacionářů a krizových center s psychoterapeutickou péčí (ADSKC). Ta začala pracovat pod vedením O. Matouška, v letech 1997-2003 stál v jejím čele K. Koblic, nyní ji vede O. Pěč (a za celou historii je třeba zmínit přínos alespoň – abecedně – A. Beránkové, M. Jarolímka, D. Kárové, P. Konopáska, J. Lorence a J. Růžičky).

Na půdě ADSKC vznikly návrhy podmínek zřízení denních stacionářů a krizových center (zahrnující okruhy organizační, kvalifikační, programové, podmínek technického vybavení atd.), návrh standardu takové péče a množství návrhů týkajících se připravovaných zákonů. ADSKC vstoupila jako řádný účastník do dohodovacích řízení o seznamu výkonů a o ceně bodu, podílela se na zmiňovaném mapování sítě.

V současné době je již specifita denních stacionářů vyjádřena např. v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (vyhl. MZ ČR č. 101/2002 Sb.), přílohách smluv se zdravotními pojišťovnami a samozřejmě se s nimi (a krizovými centry) již počítá v navrhovaných zákonech o zdravotní péči a zdravotnickém zařízení, předpokládáme, že postupně se objeví i ve zdravotnických statistikách. ADSKC se ve shodě s přijatou koncepcí oboru psychiatrie pokouší prosazovat vytváření takových podmínek, které by umožnily adekvátnější rozšíření dosud výrazně poddimenzované sítě jak denních stacionářů s psychoterapeutickou péčí, tak i krizových center.

ADSKC o své činnosti informuje m.j. na internetové adrese <http://mujweb.cz/www/adskc>, kde lze nalézt i většinu zmiňovaných návrhů.

SOUHRN: Denní stacionáře se ve světě vyvíjely od 60. let 20. století v návaznosti na deinstitucionalizaci a komunitní péči v psychiatrii a rozvoj terapeutických komunit a velkých skupin v psychoterapii. Hlavní funkcí denních stacionářů je alternativa či rozšíření ambulantní

léčby, alternativa či pokračování hospitalizace nebo dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro chronicky duševně nemocné. Základem denního stacionáře s psychoterapeutickou péčí je psychoterapeutický program vedený vysokoškolsky vzdělanými zdravotnickými pracovníky s psychoterapeutickou kvalifikací. Výsledky vyhodnocovacích studií efektivity dlouhodobě prokazují, že léčebné výsledky jsou srovnatelné s lůžkovou péčí, denní stacionáře mají nižší přímé náklady, avšak jsou vhodné jen pro 23-37% psychiatrické klientely. U nás první denní stacionáře vznikly v 60. letech, většího rozvoje zaznamenaly v 90. letech a dnes je u nás zmapováno 35 těchto zařízení.

Klíčová slova:denní stacionář, denní hospitalizace, psychoterapie

Summary: Pěč O., Kobic K., Lorenc J., Beránková S.: Day clinics with psychotherapeutic care

Day clinics have been developing since the 1960s in the world. Their constitution has been influenced by deinstitutionalization and community care in psychiatry and by therapeutic communities and large groups in psychotherapy. The main functions of day clinics are: an alternative or enlargement of outpatient care; an alternative or continuation of hospitalization; long-term rehabilitation and resocialization of chronic mentally ill people. A basis of a day clinic with psychotherapeutic care is a psychotherapeutic program led by university educated health professionals with psychotherapeutic specialization. Results of evaluative studies in effectivity show that the treatment results are comparative with in-patient care, day clinics have lower direct costs, but they are feasible only for 23-37% of psychiatric clientele. The first day clinics in the Czech Republic have been founded in the 1960s, but they have been more developed in the 1990s. Up to date there have been counted 35 facilities in the Czech Republic.

Key words: day clinic, day hospitalization, psychotherapy

LITERATURA

- 1. Allen J.G., Kelly, K.A., Glodich, A.:** A psycho educational program for patients with trauma-related disorders. Bull Menninger Clin, 61(2), 1997, s. 222-239.
- 2. Bateman, A., Fonagy, P.:** Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am.J.Psychiatry, 156(10), 1999, s.1563-1569.

- 3. Bateman, A., Fonagy, P.:** Health serviced utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am.J.Psychiatry* 160(1), 2003, s. 169-171.
- 4. Bateman, A., Fonagy, P.:** Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am.J.Psychiatry* 158(1), 2001, s. 36-42.
- 5. Bouchal, M., Škoda, C. (1991):** Katamnéza neuróz zařazených do tří alternativ léčebných programů po 11 letech. *Čs. Psychiat.* 87(5-6),1991, s. 230-241.
- 6. Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, G., Greenberg, R., Gudeman, S., Johnson, J.E, Shore, M.F:** Overview: Deinstitutionalisation of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am. J. Psychiatry*, 138, 1981, s.736 - 749.
- 7. Bystritsky, A., Munford, P.R., Rosen, R.M., Martin, K.M., Vapnik, T., Gorbis, E.E., Wolson, R.C. :** A preliminary study of partial hospital management of severe obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Serv*, 47(2), 1996, s.170-174.
- 8. Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., Holme, S.:** Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomized controlled trial. *BMJ*, 314 (7091), 1997, s.1381-1385.
- 9. Endicott, J., Herz, M.I., Gibbon, M.:** Brief versus standard hospitalization: the differential costs. *Am. J. Psychiatry*, 135, 1978, s.707 - 712.
- 10. Garlipp,P., Seidler, K.P., Amini, K., Machleidt, W., Haltenhof, H.:** Behandlungsabbruch in der psychiatrischen Tagesklinik – Pladoyer fur eine differenzierte Betrachtungsweise, *Psychiatr.Prax.* 28(6), 2001, s.262-266.
- 11. Gerlinghoff, M., Backmund, H., Franzen, U., Gorzewski, B., Fenzel, T.:** Structured day care therapy program for eating disorders. *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.*, 47(1), 1997, s.12-20.
- 12. Gešová, Z., Klenovský, L., Křížková, N.:** Výsledky léčby neuróz v Dennom psychiatrickom sanatóriu v Bratislave. *Čs. Psychiat.* 85(3), 1989, s.165-172.

- 13. Gillis, K., Russel, V.R., Busby, K.:** Factors associated with unplanned discharge from psychiatric day treatment programs. A multicenter study. *Gen Hosp Psychiatry*, 19(5), 1997, s.355-361.
- 14. Goldberg, D.:** Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 89 (suppl.382), 1994, s.89-92.
- 15. Grizenko, N., Papineau, D., Sayegh, L.:** A comparison of day treatment and outpatient treatment for children with disruptive behaviour problems. *Can J. Psychiatry*, 238(6), 1993, s.432-435.
- 16. Grizenko, N., Papineau, D.:** A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Can J. Psychiatry*, 37(6), 1992, s.393- 400.
- 17. Grizenko, N., Sayegh, L.:** Evaluation of the effectiveness of a psychodynamically oriented day treatment program for children with behaviour problems: a pilot study. *Can. J. Psychiatry*, 35(6), 1990, s.519-525.
- 18. Guidry, L.S., Winstead, D.K., Levine, M., Eicke, F.J.:** Evaluation of day treatment center effectiveness. *J.Clin.Psychiatry*, 40(5), 1979, s.221-224.
- 19. Guydish, J., Werdegar, D., Sorensen, J.L., Clark, W., Acampora, A.:** Drug abuse day treatment: a randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 66(2), 1998, s. 280-289.
- 20. Guydish, J., Werdegar, D., Tajima, B., Price, M., Acampora, A.:** Clients entering drug abuse day treatment: 18-month outcomes. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 23(1), 1997, s. 99-114.
- 21. Ho, A.P., Tsuang, J.P., Liberman, R.P., Wang, R., Wilnins, J.N., Eckman, T.A., Shaner, A.L.:** Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am.J. Psychiatry* 156(11), 1999, s.1765-1770.
- 22. Hogg, L.I., Brooks, N.:** New chronic schizophrenic patients: a comparison of daypatients and inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.*, 81(3),1990, s. 271-276.
- 23. Horwitz-Lennon, M., Normand, S.L., Gaccione, P., Frank, R.G.:** Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systemic review of the published literature (1957-1997), *Am.J.Psychiatry* 158(5), 2001, s.676-685.

- 24. Howard, W.T., Evans, K.K., Quintero-Howard, C.V., Bowers, W.A., Andersen, A.E.:** Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 156(11), 1999, s. 1697-1702.
- 25. Howes, J.L., Haworth, H., Reynolds, P. Kavanaugh, M.:** Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Can J. Psychiatry*, 42(5), 1997, s.502-508.
- 26. Huss, M., Jenetzky, E., Lehmkühl, U.:** Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 50(1), 2001, 31-44.
- 27. Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., Irion, T., Johns, S., Vaglum, P.:** Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. An empirical evaluation of the containment function. *J.Nerv.Ment.Dis.*,180(4),1992,s.238-243.
- 28. Kiser, L.J., Millsap, P.A., Hickerson, S., Heston, J.D., Nunn, W., Pruitt, D.B., Rohr, M.:** Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(1), 1996, s.81-90.
- 29. Kitzlerová E.,Pěč O.,Raboch J.,Howardová A., Stárková L.,Baková N.,Sekot M.,Peichlová J.:** Mapování denních stacionářů v České republice. *Čs. Psychiat.* (v tisku)
- 30. Klyczek, J.P., Mann, W.C.:** Therapeutic modality comparisons in day treatment. *Am. J. Occup. Ther.*, 40(9), 1986, s.606-611.
- 31. Konieczynska, Z., Pietrzykowska, B., Zajborowski, B.:** Follow-up studies of psychotic patients receiving inpatient treatment or alternative forms of psychiatric care. *Psychiatr Pol*, 31(5), 1997, s.615-624.
- 32. Kotsopoulos, S., Walker, S., Beggs, k., Jones, B.:** A clinical and academic outcome study of children attending a day treatment program. *Can J Psychiatry*, 41(6), 1996, s. 371-378.
- 33. Links, P.S.:** Developing effective services for patients with personality disorders. *Can. J. Psychiatry*, 43(3),1998, s.251-259.
- 34. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bond, G.R., Huxley, P., Tyrer, P.:** Systematic reviews of day care for people with severe mental disorders (1)acute day hospital versus admission; (2) vocational

rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol. Assess.*, 5(21), 2001, s.1-75.

35. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A.M., Tyrer, P.: Day hospital versus outpatient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2001,(3), CD003240.

36. Metitieri, T., Zanetti, O., Geroldi, C., Frisoni, G.B, De Leo, D., Dello Buono, M., Bianchetti, A., Trabucchi, M.: Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. *Clin. Rehabil.*, 15(5), 2001, s.471-478.

37. Miller, B.C.: Characteristic of effective day treatment programming for persons with borderline personality disorder. *Psychiatr. Ser.*, 46(6), 1995, s. 605-608.

38. Mintzer, J.E., Colenda, C., Waid, L.R., Lewis, L. Meeks, A., Stuckey, M., Bachman, D.L., Saladin, M., Sampson, R.R.: Effectiveness of a continuum of care using brief and partial hospitalization for agitated dementia patients. *Psychiatr Serv*, 48(11), 1997, s.1435-1439.

39. Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E.: Day treatment for personality disorders: a review of research findings. *Harv.Rev. Psychiatry* 9(3), 2001, s.105-117.

40. Pěč, O., Pfeiffer, J.: Desinstitucionalizace psychiatrické péče: poválečný proces ve vyspělých státech. *Čs.Psychiat.*90,1994,1, s.34-47

41. Pěč, O.: Vliv některých regionálních služeb na délku hospitalizace, In: Vyhodnocení tří regionálních modelů komunitní péče o duševně nemocné, CRPDZ Praha, 1998, Edice Terénní modely, s.48-56

42. Piper, W.E., Joyce, A.S, Rosie, J.S, Azim, H.F.: Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment. *Int. J. Group. Psychother.*, 44(3), 1994, s.291-311.

43. Piper, W.E., Joyce, A.S., Azim, H.F., Rosie, J.S.: Patient characteristics and success in day treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182(7), 1994, s.381-386.

44. Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F, Joyce, A.S.: A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp. Community Psychiatry*, 44(8), 1993, s.757-763.

45. Rackfeldt, J., Tebes, J.K., Steiner, J., Walker, P.L., Davidson, L., Sledge, W.H.: Normalizing acute care: a day hospital/crisis residence alternative to inpatient hospitalization. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 185(1), 1997, s.46-52.

- 46. Rahn, E., Mahnkopf, A.:** Denní stacionáře a denní centra. In: Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi. Grada Publishing, 2000, s. 43-44
- 47. Rey, J.M., Denshire, E., Wever, C., Apollonov, I.:** Three-year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7(1), 1998, s. 42-48.
- 48. Rosie, J.S., Azim, H.F, Piper, W.E., Joyce, A.S.:** Effective psychiatric day treatment: historical lessons. *Psychiatr. Serv.*, 46(10), 1995, s.1019-1026.
- 49. Samardzic, R., Mandic-Gajic, G., Alacov, T., Bosic, B.:** The role of day care hospitals in psychosocial rehabilitation of patients with psychiatric war injuries. *Vojnosanit Pregl.* 55(4), 1998, s.385-390.
- 50. Sandell, R., Alfredsson, E., Berg, M., Crafoord, K., Lagerlof, A., Arkel, I., Cohn, T., Fasch, B., Fugolska, A.:** Clinical significance of outcome in long-term follow-up of borderline patients at a day hospital. *Acta Psychiatr. Scand.*, 87(6), 1993, s.405-413.
- 51. Sayegh, L., Grizenko, N.:** Studies of the effectiveness of day treatment programs for children. *Can.J.Psychiatry*, 36(4), 1991, s.246-253.
- 52. Schene, A.H., Gersons, B.P.:** Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatr. Scand.*, 74(4), 1986, s.335-340.
- 53. Schene, A.H., van Lieshout, P.A., Mastboom, J.C.:** Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.* 78(4), 1988, s.515-522.
- 54. Seulin, C., Dazard, A.:** Psychotherapeutic process in a day hospital: results of a survey and importance of qualitative data. *Encephale*, 21(3), 1995, s.181-190.
- 55. Simpson, E.B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K., Stevens, M.:** Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 49(5), 1998, s.669-673.
- 56. Sledge, W.H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L., Druss, B.:** Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: Clinical outcomes. *Am.J. Psychiatry*, 153(8), 1996, s.1065-1073.
- 57. Sledge, W.H., Tebes, J., Wolff, N., Helminiak, T.W.:** Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Service utilization and costs. *Am. J. Psychiatry*, 153(8), 1996, s.1074-1083.

- 58. Thomson, C.M.:** Characteristics associated with outcome in a community mental health partial hospitalization program. *Community Ment. Health J.*, 21(3), 1985, s.179-188.
- 59. Tissue, R., Korz, A.:** Making a successful transition: effects of a treatment-based and school-based program on emotionally troubled children and their adjustment to new placements. *Child Psychiatry Hum Dev*, 28(3), 1998, s.199-210.
- 60. Waddell, K.L., Demi, A.S.:** Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 7(1), 1993, s.2-10.
- 61. Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Hunkeler, E.M., Hu, T., Selby, J.V.:** The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Serv. Res.* 35(4), 2000, s.791-812.
- 62. Weldon, E., Frances, A.:** The day hospital: structures and functions. *Psychiatr.Q.* 48(4), 1977, s.338-342.
- 63. Willberg, T., Urnes, O., Friis, S., Irion, T., Pedersen, G., Karterud, S.:** One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatr.Serv.* 50(10), 1999, s.1326-1330.
- 64. Wormstall, H., Morawetz, C., Adler, G., Schmidt, W., Gunthner, A.:** Behandlungsverlaufe und therapeutische Effektivitat in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik. *Fortsch.Neurol.Psychiatr.* 69(2), 2001, s.78-85.

MUDr. Ondřej Pěč

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika

Vejvanovského 1610

149 00 Praha 4

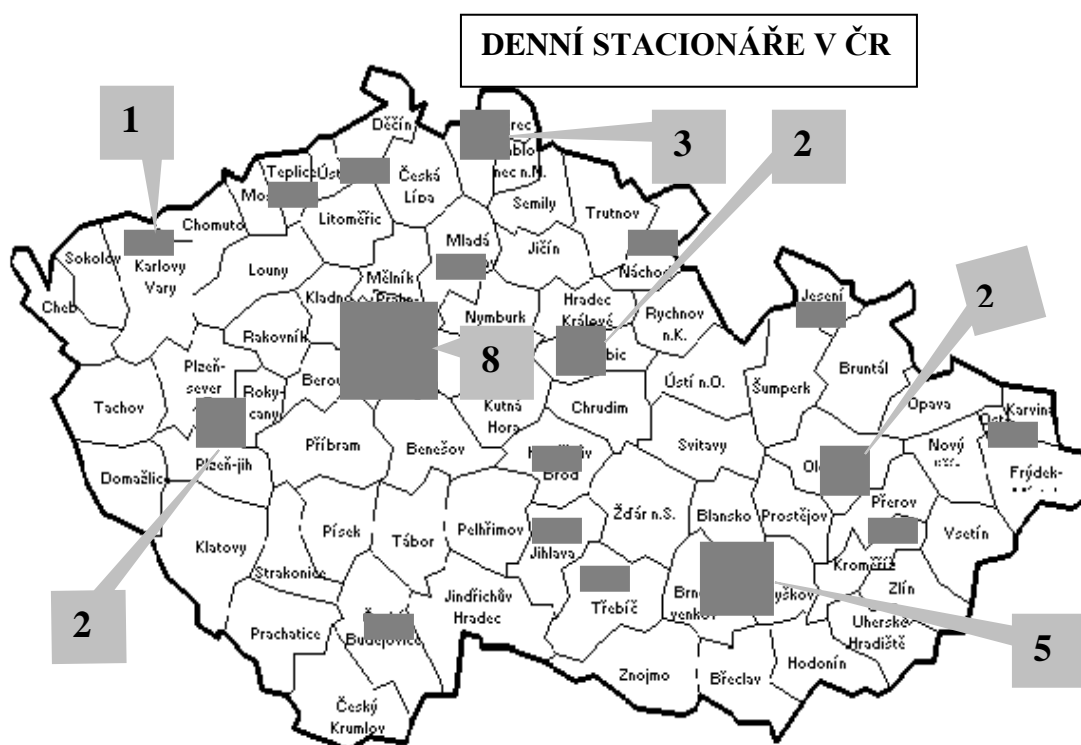
tel. +420 272 941 933

r.č. 591022/1174

e-mail: eset.pec@volny.cz

Příloha:

Obr. 1: Mapa denních stacionářů v ČR



Pozn.: neoznačené obdélníky představují 1 denní stacionář, označené čtverce představují počet denních stacionářů v dané lokalitě.