

## **Krizová intervence a krizové služby**

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

Asociace denních stacionářů a krizových center

Předseda: MUDr. Ondřej Pěč

## 1. Krize a krizová intervence

Teorie krize vycházejí z různých myšlenkových zdrojů a popisují krizi z různých hledisek – od sociologických (E.Durkheim), přes psychologické a psychoanalytické (S.Freud, H.Henseler) až po medicínské a přírodovědné (K. Thom, C.F.von Weiszäcker).

Pojem krize není systematickou součástí medicínské terminologie. V běžném lékařském porozumění má význam kritického stavu nebo kritické fáze onemocnění. Lékař, který použije tohoto pojmu tím chce vyjádřit: děláme vše proto, aby pacient přežil, ale nyní to nezáleží jenom na nás. Předpokládá tedy, že dojde k nějakému obratu nebo rozhodnutí, které se účastní nějaká blíže neurčená síla či potenciál k přežití. Tento potenciál je součástí pojmu krize, jak se mu rozumí v krizové intervenci. *Krize je chápána jako subjektivně ohrožující situace s významným dynamickým nábojem a s potenciálem změny.*

Krizová intervence je odborná metoda pomoci lidem v psychické krizi, která napomáhá dosažení nové psychosociální rovnováhy. V běžném jazykovém úzu se krizové intervenci rozumí jako pomoci u zdravých lidí, kteří se ocitnou v extrémně obtížné situaci, tedy jako pomoci u “běžných” reakcí na extrémní podmínky a výjimečnou zátěž. Její teorie se původně zabývala “běžnými” adaptačními vzorci v náročných situacích. Krize však označuje i náhlé “nevšední” reakce v běžných podmínkách, které jsou předmětem psychiatrie. Částečně se tedy překrývá i s emergentními psychiatrickými službami. Pojem krizové intervence je úzce spojen se suicidologií, viktimologií a psychologickou pomocí při hromadných neštěstích a přírodních katastrofách.

Krizová intervence vychází z individuálního charakteru krize, jejího časového omezení, zaměřuje se na řešení problému a na posilování klientovy kompetence. V pohledu krizové intervence je klient “celým” člověkem ve své bio-psycho-sociálně-duchovní kontinuitě. Tzn. že každá krize je zauzlením tělesného vývoje, individuálního životního příběhu a jeho rodinného, sociálního, kulturního a duchovního kontextu.

Z toho vyplývají i principy, kterými se krizová intervence řídí: princip dostupnosti (týká se informací o krizové pomoci, bezodkladnosti intervence, bezprahovosti intervence, příp. její mobilitou), princip individuality krize, princip komplexnosti péče, princip vnitřní bezbariérovosti a princip návaznosti (17).

Metody krizové intervence, emergentní psychoterapie (2) a emergentní psychiatrie (3) se částečně překrývají. Liší se od sebe navzájem svými cíli, časovým rámcem a hloubkou pohledu na problém. Krizová intervence si klade za cíl obnovení adaptačních schopností klienta. Cílem emergentní psychoterapie je řešení akutního problému s kvalitativní změnou adaptačních schopností. Emergentní psychiatrie je metodou zvládnání závažných a život ohrožujících psychopatologických příznaků.

## **2. Historie rozvoje krizové intervence a krizových služeb ve světě, myšlenkové zdroje**

Historie rozvoje krizových služeb je spojena především se specifickými, život ohrožujícími situacemi. První takovou aktivitou byla Save-a-Life League v New Yorku, která vznikla v roce 1906 a sloužila k prevenci suicidií. I v Evropě byly první aktivity na tomto poli spojeny s problémem suicidality: ve Vídni fungovala na přelomu 20. a 30.let dobrovolná záchranářská společnost, která sloužila lidem ohroženým suicidiem.

Systematicky se krizová pomoci rozvíjela v západních zemích po druhé světové válce. V 60. letech se stalo akcelerátorem těchto snah hnutí za komunitní péči o duševní zdraví.

Moderní teorii a praxi krizové intervence vypracovali Gerald Caplan a Erich Lindemann ve 40. letech minulého století. Podnětem k jejich systematické práci se stalo hromadné neštěstí po požáru nočního klubu v Bostonu, kde bylo raněno 493 lidí. Převážně v Americe pak byla výzkumná i praktická činnost v krizové intervenci spojena s hromadnými neštěstími a následky posttraumatu.

Lindemann rozvinul svou teorii na základě pozorování akutních a opožděných reakcí postižených a reakcí truchlení u příbuzných obětí. Caplan se věnoval především reakcím u různých typů vývojových krizí a jako první psychiatr použil pojem homeostázy v krizové intervenci a v popisu fází krize. Podle Caplana dochází v krizi k narušení emoční rovnováhy.

Podle intenzity ohrožení krizí klasifikoval 4 stádia běžné reakce na krizi, které se vyznačují různými adaptačními mechanismy (4). J.S.Tyhurst studoval přechodové stavy u lidí, kteří prošli náhlými změnami. Definoval 3 překrývající se fáze krize. Vypracoval fázově specifické intervence a došel k závěru, že lidé v přechodových krizích by neměly být vytrhovány z jejich životní situace a sítě sociálních vztahů. Lydia Rapoport popsala jako první spouštěcí události krize, rozpracovala úvodní fázi krizové intervence a položila důraz časování a dostupnost pomoci v krizi (11). Naomi Golan zdůraznila význam motivace klienta v krizovém stavu. Roberts vypracoval techniku intervence zaměřenou na aktuální problematiku a emocionální konflikty při minimálním počtu kontaktů ("sedmistupňový model krizové intervence")(13).

### **3. Metody a postupy**

Krizová intervence je metodou umožňující rychlou a efektivní pomoc u krizových stavů. Její metody a techniky popisují především efektivní navázání kontaktu s klientem, jeho vedení a vyústění. Dílčí prvky krizové intervence vycházejí z jednotlivých psychoterapeutických škol (dynamická psychoterapie, systemická terapie, hypnoterapie, rogersovská psychoterapie, autoregulační a bodyterapeutické techniky).

V rámci krizové intervence existují více nebo méně jasně vymezené metody. Pregnantně vymezeným modelem je "sedmistupňový model krizové intervence" podle Robertse: 1. plánování a vedení zásahu, 2. navázání psychologického kontaktu a rychlé vytvoření vztahu, 3. určení závažnosti problému a jeho definování, 4. podpora vyjádření pocitů a emocí, 5. explorace minulých vyrovnávacích strategií a pokusů, 6. obnova kognitivních funkcí vytvořením akčního plánu, 7. vytvoření plánu návazné péče.

Vodáčková (17) ve své "krizové intervenci krok za krokem" rozvíjí podobný scénář, avšak méně instrumentální, více zdůrazňující efektivní komunikaci při práci s klientem v krizi. Přitom klade důraz na bezpečí klienta, na respekt k jeho vlastním možnostem a potenciálu pro zvládnutí krize ("katastrofický scénář"). Velmi podrobně rozpracovává i techniky

telefonické krizové intervence s jejími komunikačními specifiky. Podrobně se též věnuje technikám práce s emocemi v rámci krizové intervence.

Specifickou metodou krizové intervence je Critical Incident Stress Management (CISM), který vytvořil Mitchell a Everly (6). Zahrnuje širokou škálu přísně strukturovaných technik a intervencí (debriefing, defusing) pro jednotlivce a skupiny, které jsou standardem komplexu psychologických intervencí při hromadném neštěstí. Jejich "očistný" a preventivní význam je empiricky ověřen ověřen kotrnolovanými studiemi a metanalýzami. Techniky CISM vycházejí z kognitivně-behaviorálních postupů a jsou určeny k vyrovnání se s traumatizující událostí u přeživších obětí (sekundární oběti, pomáhající profese).

#### **4. Indikace**

1. lidé v akutní psychosociální krizi v důsledku nároků výjimečné životní situace na jejich psychiku; jedná se většinou o náhlé a nečekané události (úmrtí, ztráta vztahu, oběti násilných činů, přeživší tragických dopravních nehod, hromadných neštěstí a přírodních katastrof)
2. lidé, kteří byli vystaveni vážným společenským konfliktům (váleční utečenci, emigranti, mučení lidé)
3. klienti v akutními psychickými obtížemi, které vyžadují akutní psychiatrickou nebo psychologickou intervenci: suicidální problematika, reakce na akutní stres, poruchy přizpůsobení, akutní psychotické stavy, akutní stavy u neurotických poruch, akutní dekompenzace poruch osobnosti, vývojové, vztahové a rodinné krize
4. dekompenzovaní chroničtí psychiatričtí pacienti, kteří jsou v období stabilizace psychického stavu přiměřeným způsobem adaptováni na běžný život v komunitě

#### **5. Krizové služby v komunitě, rozvoj a současný stav u nás**

##### **Linky důvěry (telefonická krizová intervence)**

“Dříve než si vezmete život, zavolejte mi!” zní inzerát Ch. Varada, který založil první linku důvěry v Londýně v 50. letech. Vyjadřuje ve zkratce smysl služby, která se v průběhu několika desetiletí rozvinula ve specifickou a detailně rozpracovanou techniku krizové intervence. Vyznačuje se snadnou dostupností, bezbariérovostí, rychlostí a oboustrannou anonymitou. Některé výhody plynoucí z distančního kontaktu se mohou stát v určitých situacích omezením intervence. Linky důvěry nemusí vždy poskytovat telefonickou krizovou intervenci, která se týká naléhavých a neodkladných případů.

Vodáčková (17) rozlišuje 3 typy telefonické krizové pomoci:

1. Kontaktní linky, které poskytují první kontakt s daným pracovištěm.
2. Specializované linky, které se věnují určité problematice (AIDS, drogové linky atd.).
3. Linky důvěry, které jsou otevřené komukoli s jakýmkoli problémem. Většinou disponují propracovanou databází kontaktů z oblasti zdravotnické a psychosociální pomoci.

První linka u nás byla založena v roce 1964 na Psychiatrické klinice FVL UK Miroslavem Plzákem. V 60. a 70. letech vznikly dále linky důvěry v Brně a Olomouci. Do roku 1989 fungovalo v Československu 12 linek důvěry, v roce 2001 existovalo v ČR již 67, z toho 27% poskytovalo nonstop telefonickou krizovou intervenci (17).

V roce 1994 vznikla Česká asociace pracovníků linek důvěry, která chrání zájmy pracovníků linek důvěry, podporuje vzdělávání laiků i profesionálů, akredituje výcviky a organizuje supervizi. Původně napomáhala vzniku linek důvěry, dnes spíše při nasycení poptávky dbá o proporcionalitu rozmístění linek v regionech, spolupracuje s organizacemi s navazující péčí a se složkami integrovaného záchranného systému. ČAPLD též vytvořila etický kodex v oblasti krizové pomoci a sleduje jeho dodržování. Mj. též vytvořila počítačový program pro zpracovávání statistických údajů a spravuje celorepublikovou databázi zdravotních a psychosociálních služeb.

### **Krizová centra**

Krizová centra se v rámci sítě komunitní psychiatrické a psychosociální sítě konstituuji jako

menší zařízení, které v ideálním případě poskytují:

- 1) telefonickou krizovou intervencí,
- 2) krizovou intervencí tváří v tvář,
- 3) několikadenní pobyt klienta na krizovém lůžku nebo v časově omezené denní péči (stacionáři).

Všechny tyto služby jsou poskytovány v nepřetržitém provozu, měly být nízkoprahové (tj. může je navštívit kdokoli bez předchozího doporučení), svým umístěním dobře dosažitelné a pokud možno i mobilní. V ideálním případě v týmu krizového centra pracuje multidisciplinární tým složený z psychiatra, psychologa, sestry s terapeutickým vzděláním a sociálního pracovníka.

Po revoluci v roce 1989 začaly vznikat všeobecná a specializovaná krizová centra ve velkých městech. Jejich vznik byl podnícen rozvojem komunitní péče o duševní zdraví, potřebou nestigmatizujících a dostupných psychosociálních služeb. V 90. letech postupně vznikala všeobecná krizová a specializovaná centra (pro děti a mládež, pro týrané a zneužívané děti a ženy). Paralelně s těmito aktivitami se konstituovala síť pomoci závislým na psychoaktivních látkách (kontaktní centra).

Aktuálně existuje v Čechách 38 zařízení poskytující krizové služby, z toho je 15 nízkoprahových nesespecializovaných krizových center, 9 kontaktních center pro závislé, 14 krizových center poskytujících krizové služby specifické klientele (pro děti a mládež, ženy atd.) (dle údajů ADSKC). V Koncepti psychiatrické péče v ČR (8) vypracované Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví jsou krizová centra pevnou součástí intermediární péče. Koncepce uvádí požadavek 1 krizové centrum na 100 000 obyvatel (1 lékař nebo psycholog, 1 vyšší zdravotnický pracovník, 2 zdravotní sestry a 1 sociální pracovník). Současná síť krizových center je jak podle požadavků Koncepce, tak z hlediska potřeb pacientů a klientů poddimenzovaná.

### **Mobilní krizové služby**

Poskytují krizovou intervenci v terénu, především v aglomeraci velkých měst. Jejich výhodou je bezodkladná intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě vzniku krize se zapojením rodinných příslušníků do krizové péče a předcházení hospitalizaci nebo její zkrácení. (Mobile Crisis Units v USA, Home Intervention Team v Kanadě, Assertive Outreach Team v Anglii atd.).

KC Riaps provozovalo v letech 1991 – 2001 výjezdovou službu, která představovala rozšíření nabídky Záchrané služby v urgentních psychiatrických případech.

V současnosti existuje mobilní krizová služba v rámci krizového oddělení Denního psychoterapeutického sanatoria Nad Ondřejovem v Praze 4. Její činnost je omezena péčí o psychotické klienty: prvokontakt s nezachycenými klienty, navazování kontaktu s nespolupracujícími klienty a jejich motivování k léčbě, intervence v rodinách s psychotickým klientem v domácím prostředí, 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.

Problematika sítě krizových služeb vyplývá především z jejich interdisciplinárního charakteru na pomezí zdravotnické a sociální oblasti. Síť krizových služeb se tak rozvíjí nesystematicky z obou těchto polí. Krizová centra v ČR tak mohou být na jedné straně součástí zdravotnických zařízení, samostatnými zdravotnickými zařízeními, vznikají však i při obecních úřadech nebo z iniciativy neziskových organizací jako nezdravotnická zařízení. Většinou vycházejí z konkrétních místních podmínek a potřeb klientů v regionech. Rizikem tohoto vývoje je atomizace sítě krizových služeb.

### **6. Efektivita krizové intervence**



Účinnost krizové intervence jako alternativy k tradičnějším formám dlouhodobé terapie je dobře zdokumentovaná (6,10,11,14) . Otázkou již není zda jsou krizová intervence a krátkodobé terapeutické metody účinné, ale aktuální výzkum se snaží zodpovědět na otázku efektivity konkrétní metody a techniky krizové pomoci nebo efektivity konkrétních realizovaných programů krizové intervence pro určitou skupinu uživatelů (oběti násilných, suicidální klienti, akutní psychiatrickí pacienti, týrané a zneužívané děti) a za jakých podmínek. Problém vyhodnocení různých ukazatelů v rámci krizové intervence souvisí především se speciálním uspořádáním vyhodnocovacích metod, které se vyznačují snadnou proveditelností, jsou přímo vyhodnotitelné a dají se aplikovat v každodenní praktické činnosti (14). Požaduje se, aby poskytovaly nejenom zpětnou vazbu o efektivitě krizové intervence, ale umožnily též zvýšit kvalitu samotné intervence (14).

Z jednotlivých studií stojí za to uvést Lesterovu metaanalýzu (9) 14 studií z různých zemí, z které vyplývá relativně malý efekt programů na prevenci suicidality na snížení faktické suicidality v celé populaci. Největší prospěch z těchto preventivních programů mají ženy a lidé ve věku od 15 do 24 let a od 55 do 64 let.

V rámci krizové intervence u akutních psychiatrických pacientů existuje několik studií, které prokazují významné snížení hospitalizačních příjmů u programů mobilní krizové intervence (13) a u programů krizové intervence u dětí a adolescentů (16).

## **8. Organizační kontext denních stacionářů a krizových center v ČR**

viz článek Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí

### **Souhrn:**

S rozvojem komunitní psychiatrické péče vzniká postupně v posledních 13 letech v České republice i síť krizových služeb a rozvíjí se zájem o krizovou intervenci jako specifickou metodu pomoci v krizových stavech. Článek popisuje principy a metody krizové intervence, její ideová východiska, její specifika oproti jiným formám krátkodobých terapeutických

přístupů, formy krizové intervence, modelové typy pracovišť krizové pomoci, uvádí některé studie efektivity krizové intervence.

Klíčová slova: krizová intervence, krize, krizové služby, linky důvěry, krizové centrum

### **Summary:**

Development of the community mental health care in the last 13 years leads to establishment of the net of crisis services in Czech Republic. The interest in crisis intervention processes increased. Authors describe principles and methods of crisis intervention, historical development, forms of crisis intervention, differentiate this method from another brief therapeutical methods. Basic model crisis centers are mentioned and briefly effectiveness of crisis intervention programmes.

Key words: crisis intervention, crisis, crisis services, help-line, crisis center, crisis unit

### **Literatura**

1. Adresář Krizové psychosociální služby v ČR, Remedium Praha, 2002
2. Bellak,L: Příručka pro intenzivní krátkodobou a emergentní psychoterapii, 1995, O.Tegze
3. Brown, T.M., Pullen, I.M., Scott, A.I.F : Emergentní psychiatrie, Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1992, s.121-127.
4. Caplan,G. : An aproach to community mental health. New York: Grune and Stratton, 1964.
5. Caplan,G. (1961): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
6. Everly,G.S., Mitchell,J.T.: Critical Incident Stress Managment (CISM): A new era and standerd of care in crisis intervention. Ellicot City, MD, Chevron, 1995
7. Klimpl,P.: Psychická krize a intervence v lékařské praxi, Grada Publishing, 1998
8. Koncepce psychiatrické péče v ČR a politika péče o duševní zdraví, Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum 2, 93, 1997, s.15

9. Lester, D. : The effectiveness of suicide prevention centers: A review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 1997, s.304-310
10. Mezzina,R., Vidoni,D. : Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four-year Follow up study in community mental health center. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 1995, s. 1-20.
11. Neimeyer, R.A. Pfeiffer, A.M. : Evaluation of suicide intervention effectiveness. *Death Studies*, 18, 1994, s.131-166
12. Rapoport,L: Crisis-Oriented Short-Term Casework, *Social Service Review* 41, 1967, s. 31-43
13. Redding,G. Raphaelson, M (1995): Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention. Another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Mental Health Journal*, 31, 179-187.
14. Roberts, A.R. : *Crisis Intervention Handbook*. Oxford University Press, 2000
15. Roberts, A., Dziegielewski, S.F. : Foundation skills and the applications of crisis intervention and cognitive therapy treatment . In A. Roberts (Ed), *Crisis intervention and the time-limited treatment*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1995
16. Ruffin,J. Spencer,H., Abel,A., Gage,J., Miles,L. (1993: Crisis stabilization services for children and adolescents: A Brokerage model to reduce admissions to state psychiatric facilities. *Community Mental Health Journal*, 29, s.433-440.
17. Vodáčková a kol. : *Krizová intervence*. Portál, 2002.

MUDr Jan Lorenc

Znojemská 5

14000 Praha 4

tel.261227944

r.č. 6105121770

lorenc@dpc.cz