

Innowacyjne wykorzystanie interwencji kryzysowej u pacjentów przebywających na psychiatrycznym oddziale pomocy doraźnej

Zoya Simakhodskaya, PhD, Fadi Haddad, MD, Melanie Quintero, PhD, Kishor Malavade, MD

- Pacjenci, którzy zgłaszają się na psychiatryczny oddział pomocy doraźnej, mogą skorzystać z pomocy zespołu interwencji kryzysowej.
- Połączenie doraźnej poradni kryzysowej i ruchomego zespołu interwencji kryzysowej stanowi podstawę skutecznego leczenia.
- Zespół interwencji kryzysowej odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu dekompensacji psychicznej i wielokrotnemu zgłaszaniu się pacjentów do psychiatrycznego oddziału pomocy doraźnej.
- Wprowadzenie zespołu interwencji kryzysowej zwiększa współpracę dotyczącą wypełniania dalszych zaleceń i wpływa na poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjentów.

Streszczenie

Badania wykazały, że odsetek chorych wypełniających zalecenia lekarskie po wypisaniu z oddziału pomocy doraźnej jest niewielki. Pacjenci wypisani z takiego oddziału potrzebują dodatkowych, uzupełniających form pomocy i wsparcia. W tym artykule przedstawiono skuteczność innowacyjnego programu z wykorzystaniem interwencji kryzysowej i ruchomego zespołu interwencji kryzysowej w warunkach psychiatrycznego oddziału pomocy doraźnej. Przedstawiono, w jaki sposób ta wyjątkowa forma pomocy może mieć integralne znaczenie w zapobieganiu dekompensacji psychicznej i wielokrotnym zgłoszeniom na oddział pomocy doraźnej. Zastosowanie takich form pomocy korzystnie wpływa na przestrzeganie zaleceń lekarza w późniejszym czasie, co sprzyja ustąpieniu kryzysu, zwiększa czułość diagnostyczną, a także pozwala na zidentyfikowanie barier przeszkadzających w zapewnieniu ciągłości opieki w środowisku pacjenta. Podstawowe elementy składające się na skuteczne wykorzystanie tego modelu to: bezpośrednie spotkania, ścisła obserwacja prospektywna oraz zapewnienie współpracy i interdyscyplinarnego podejścia zaspokajającego biopsychospołeczne potrzeby pacjentów. Potrzebne są dalsze badania w celu lepszego zrozumienia cech charakterystycznych pacjenta i określenia czynników, które przyczyniają się do współpracy ze środowiskowymi formami opieki psychiatrycznej po wypisaniu z psychiatrycznego oddziału pomocy doraźnej.

Wprowadzenie

Pacjenci zgłaszający się na psychiatryczny oddział pomocy doraźnej przeważnie znajdują się w stanie ostrego psychicznego dystresu, mogą cierpieć na przewlekłe choroby psychiczne, a ich potrzeby psychospołeczne są złożone.¹⁻⁵ Niezależnie od tego, czy pacjenci ci są wypisywani bezpośrednio z izby przyjęć (emergency room, ER), czy po pobycie w szpitalu, odsetek pacjentów korzystających z opieki poszpitalnej, uwzględniający stosowanie się do późniejszych zaleceń, jest niewielki. W badaniu dotyczącym czynników ryzyka i strategii zmierzających do poprawy tych wartości Boyer i wsp.⁶ stwierdzili, że tylko 35% chorych wypisanych ze szpitala

uczestniczyło w zaplanowanych wcześniej lub po pobycie w szpitalu spotkaniach ambulatoryjnych. Podobnie badanie dotyczące chorych, którzy opuścili psychiatryczną izbę przyjęć,⁷ wykazało, że tylko 41,8% chorych zgłosiło się po pomoc zgodnie ze skierowaniem. Brak współpracy w opracowanym planie leczenia zwiększa odsetek ponownych przyjęć na oddział pomocy doraźnej lub zgłoszeń na izbę przyjęć.^{2,3} Chociaż wcześniejsze badania wykazały, że czynniki demograficzne, bezdomność, nadużywanie substancji psychoaktywnych, nasilenie choroby i dotychczasowy wywiad psychiatryczny wpływają na odsetek pacjentów korzystających z opieki poszpitalnej, nowsze badania

Dr Simakhodskaya, director, Psychological Services and Training for Comprehensive Psychiatric Emergency Programs, dr Haddad, director, Interim Crisis Clinic and Mobile Crisis Unit, dr Quintero, senior psychologist, Comprehensive Psychiatric Emergency Programs, dr Malavade, Director of the Comprehensive Psychiatric Emergency Programs, Department of Psychiatry, Bellevue Hospital Center, New York City. Dr Simakhodskaya, dr Haddad, clinical instructors, New York University (NYU) School of Medicine. Dr Malavade, clinical assistant professor of psychiatry, NYU Medical Center.

Dr Simakhodskaya, dr Haddad i dr Quintero nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi. Dr Malavade współpracuje z biurem prasowym Eli Lilly.

Autorzy dziękują dr. Aaronowi Elliotowi za pomoc w analizie danych.

Adres do korespondencji: Zoya Simakhodskaya, PhD, Director of Psychological Services and Training for Comprehensive Psychiatric Emergency Programs, department of Psychiatry, CPEP-Interim Crisis Clinic, GS11, Bellevue Hospital Center, 462 First Ave, New York, NY 10016, Stany Zjednoczone; e-mail: simakhoz@nychhc.org.

skoncentrowały się na cechach systemu opieki zdrowotnej. Bruffaerts i wsp.² argumentowali, że w przypadku chorych, którzy w przeszłości byli hospitalizowani psychiatrycznie, wczesny nawrót lub krótki pobyt w społeczeństwie po hospitalizacji może być w większym stopniu zależny od cech systemu opieki zdrowotnej, takich jak brak planu dalszej opieki, krótki czas hospitalizacji, wypis wbrew zaleceniom lekarskim, niż od nasilenia choroby.

W tym artykule opisano innowacyjny program dla psychiatrycznych ośrodków pomocy doraźnej skoncentrowany na interwencji kryzysowej i pomaganiu pacjentom w przejściu do środowiskowych form opieki. Opisano proponowane formy opieki, populację chorych i uzyskane wyniki. Posłużono się opisami przypadków, aby zobrazować, jak funkcjonuje program, i wskazać kierunki przyszłych badań oraz poprawek, jakie można będzie wprowadzić do tego programu.

Piśmiennictwo skupia się na pewnych strategiach, które mogą wpłynąć na poprawę stosowania się do późniejszych zaleceń w opiece poszpitalnej, takich jak możliwość natychmiastowych spotkań, zapewnianie ciągłości i przejścia, zaangażowanie rodziny i interwencje ukierunkowane na wzmacnianie motywacji.^{6,8-12} Więcej uwagi, szczególnie w Europie, zwrócono ponadto na strategię interwencji kryzysowych wykorzystywane na izbach przyjęć i oddziałach pomocy doraźnej, aby zapobiec kosztownym hospitalizacjom i nawrotom, radzić sobie z bezpośrednimi kryzysami w psychiatrii i poprawić współpracę u pacjentów kierowanych na dalsze leczenie.¹³⁻²² Chociaż interwencje kryzysowe w ośrodkach ambulatoryjnych mogą być kosztowne i trudne do przeprowadzenia, to w warunkach izby przyjęć/oddziału pomocy doraźnej można zastosować je elastycznie, w sposób oszczędzający koszty i łatwiej opracować pod względem administracyjnym.¹⁸ W piśmiennictwie dotyczącym wykorzystywania ruchomego zespołu interwencji kryzysowej i zespołów środowiskowych sugeruje się zmniejszenie częstości przyjęć do szpitala, większą poprawę objawową, większą satysfakcję pacjenta i zmniejszenie kosztów.²³⁻²⁶

Bellevue Hospital Center's Comprehensive Psychiatric Emergency Programs

Comprehensive Psychiatric Emergency Programs (CPEP) początkowo zostały opracowane w odpowiedzi na zwiększone zapotrzebowanie psychiatrycznych centrów pomocy doraźnej w stanie Nowy Jork. Wstępne cele CPEP obejmowały zmniejszenie przepętnienia na izbach przyjęć, ograniczenie uzależnienia pomocy od przyjęć na oddziały psy-

chiatryczne oraz przekazywanie pacjentów do środowiskowych zespołów opieki psychiatrycznej odpowiednich do ich potrzeb.^{27,28} Chociaż pierwsze dwa cele zostały osiągnięte, potrzeba dodatkowych form opieki powiązanych z CPEP, zapewniających wsparcie, pozostaje niezrealizowana.

CPEP w Bellevue Hospital Center's działa jako elastyczny, zintegrowany system pomocy doraźnej służący określonej populacji pacjentów wymagających wielostronnej opieki. Składa się z psychiatrycznej pomocy doraźnej, oddziału przedłużonej obserwacji (extender observation unit, EOU), ruchomego zespołu interwencji kryzysowej (mobile crisis unit, MCU), doraźnej poradni kryzysowej (interim crisis clinic, ICC) i interwencji kryzysowej w miejscu zamieszkania. CPEP mieści się w miejskim szpitalu komunalnym, dysponującym 335 łóżkami dla pacjentów psychiatrycznych (z czego 68 jest przeznaczonych dla mężczyzn poddanych obserwacji sądowo-psychiatrycznej), dużym oddziałem dziennym i oddziałem dla pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych, które służą liczny mniejszościom pacjentów pozbawionych praw obywatelskich, cierpiących na przewlekłe choroby psychiczne. Bellevue Hospital Center's CPEP przyjmuje około 10 000 pacjentów rocznie. Kiedy pacjent jest kierowany do CPEP lub MCU, zespół zbiera wystarczający wywiad na temat tego pacjenta od ośrodka, który go kieruje, w celu dokonania pełnej oceny i przygotowania się na konfrontację z różnymi trudnymi sytuacjami podczas wizyty. Należy zebrać następujące informacje: dane identyfikacyjne (imię i nazwisko, wiek, przynależność etniczną, podstawowy język, adres i informacje na temat ubezpieczenia, jeżeli są dostępne), przyczynę skierowania, przebieg obecnej choroby, dane o współpracy w leczeniu i w zakresie przyjmowania leków, aktualnie działające stresory, wcześniejszy wywiad psychiatryczny, (jeżeli to możliwe, włącznie z dotychczasowym leczeniem ambulatoryjnym i szpitalnym, współpracą, wcześniejszymi wizytami w izbie przyjęć lub MCU), jakiegokolwiek przypadki nadużywania substancji psychoaktywnych aktualnie lub w przeszłości, medyczne czynniki ryzyka i leki, ocenę ryzyka (obecne myśli samobójcze lub agresywne; wcześniejsze samookaleczenia lub stwarzanie zagrożenia dla innych); oraz określić dostępną sieć wsparcia.

Zespół CPEP obejmuje specjalistów z wielu różnych dziedzin, w tym: psychiatrii, psychologii, pracowników społecznych, terapeutów uzależnień i personel pielęgniarstwa, którzy współpracują ze sobą w celu zapewnienia pacjentom jak najlepszej opieki i zaspokojenia ich potrzeb. Pacjenci w zależności od swoich potrzeb psychiatrycznych i psychospołecznych są przydzielani do konkret-

nych zespołów. Mogą na przykład być leczeni, a następnie wypisani z zaleceniem odpowiedniej formy opieki poszpitalnej, przyjęci na oddział szpitalny za zgodą bądź bez zgody lub przyjęci do EOU. Ta ostatnia forma opieki umożliwia lekarzom zapobieganie niepotrzebnym hospitalizacjom dzięki możliwości obserwacji zachowania pacjenta i dokonywaniu bieżącej oceny ryzyka.

Przyjęcie do EOU, w którym pobyt może trwać do 72 godzin, przeważnie daje lekarzom więcej czasu na ścisłe monitorowanie nastroju i zachowania pacjenta pod kątem istotnych zmian, a także wyjaśnienia rozpoznania i opracowania optymalnej strategii terapeutycznej. Z pobytu w EOU największe korzyści mogą odnieść następujące grupy pacjentów: osoby, których głównym problemem jest nadużywanie substancji psychoaktywnych, osoby cierpiące przede wszystkim na zaburzenia osobowości lokowane na II osi i osoby o niejasnym obrazie diagnostycznym.^{29,30} Autorzy są jednak przekonani, że krótki pobyt w EOU nie tylko umożliwia kontynuowanie obserwacji, ale także, że pacjenci przebywający na tym oddziale często reagują na krótkoterminowe strategie terapeutyczne ukierunkowane na doraźne zwalczanie kryzysu, nabierają wglądu dotyczącego rozpoznania i bieżących czynników, które stanowiły przyczynę zgłoszenia się, jak również zwiększają swoją motywację do kontynuowania leczenia w trybie ambulatoryjnym. Przykłady krótkoterminowych interwencji, przeważnie stosowanych w trakcie pobytu w EOU, obejmują: psychoterapię podtrzymującą, prowadzenie motywujących rozmów, edukację, psychofarmakologię i spotkania rodzinne. W piśmiennictwie potwierdzono, że wykorzystanie niektórych metod i technik dialektycznej terapii behawioralnej w psychiatrycznej izbie przyjęć może zwiększać motywację do leczenia ambulatoryjnego i współpracę u pacjentów z zachowaniami parasuicydalnymi, w tym osób z rozpoznaniem osobowości z pogranicza.²² Z doświadczeń autorów wynika, że znaczny wpływ na objawy i ustąpienie kryzysu wywiera możliwość prowadzenia obserwacji, skupienie się na czynnikach relacyjnych i mechanizmach obronnych wyzwalających kryzys oraz wykorzystanie systemów wsparcia, którymi dysponuje pacjent.

Do CPEP zgłosił się 45-letni strażak z poważnymi myślami samobójczymi, który w domu miał dostęp do broni. W niedawnym czasie był aresztowany za publiczne obnażanie się (został przyłapany na masturbowaniu się wraz z innym mężczyzną w zaparkowanym samochodzie). Podczas wstępnego badania okazało się, że mężczyzna miał obniżony nastrój od 11 września 2001; że kobieta będąca od 20 lat jego żoną cierpi na poważną chorobę; że mieli

problemy małżeńskie od kilku lat; a także, że mają sześcioro dzieci i kłopoty finansowe. Aresztowanie było dla pacjenta upokorzeniem i nadmiernym obciążeniem. Z powodu obaw o jego bezpieczeństwo został przyjęty do EOU na 72 godziny. Podczas pobytu w EOU z początku był bardzo napięty emocjonalnie i przejawiał myśli samobójcze, następnie pomniejszał swoje problemy i im zaprzeczał, a w końcu zaczął integrować to, co mu się przydarzyło, i postrzegać całe wydarzenie w kontekście kilku ostatnich lat swojego życia. Niezależnie od codziennych spotkań interdyscyplinarnego zespołu skoncentrowanych na rozpoznaniu i interwencjach terapeutycznych u pacjenta zastosowano lek nasenny i przeciwdepresyjny. Zorganizowano spotkanie rodzinne, podczas którego pacjent mógł wyjawic żonie szczegóły swojego sekretnego życia i zobaczyć jej zaangażowanie oraz pragnienie naprawy związku. Odwiedziny kolegów i przyjaciół oraz kontakty telefoniczne z nimi pozwoliły pacjentowi dostrzec, że nie jest sam. Po tym jak uznano, że jego stan jest na tyle dobry, że można bezpiecznie go wypisać, pacjent został skierowany do ICC. Ambulatoryjne leczenie kryzysowe w jego przypadku koncentrowało się na radzeniu sobie z ambiwalentną postawą wobec leczenia psychiatrycznego, podjęciu decyzji o przejściu na emeryturę i rozpoczęciu rozwiązywania kryzysu finansowego oraz rozpoczęciu rozmów z żoną na temat jego trudności w zbliżeniu się do niej. Następnie pacjent został skierowany na terapię indywidualną i wraz z żoną na terapię dla par do praktykującego prywatnie lekarza specjalizującego się w pracy z pracownikami służb państwowych i ich rodzinami.

Doraźna poradnia kryzysowa

Z powodu trudności związanych z kierowaniem pacjentów z CPEP do dalszego leczenia ambulatoryjnego (z przyczyn zależnych od cech pacjenta i systemu) w 2001 roku stworzono doraźną poradnię kryzysową (Interim Crisis Clinic, ICC). Jej najważniejszymi celami są: rozwiązywanie sytuacji kryzysowych, zapewnianie interwencji psychoterapeutycznych i psychofarmakologicznych, ustalenie rozpoznania oraz opracowanie planu dalszego leczenia. Zgodnie z modelem interwencji kryzysowej na izbach przyjęć/oddziałach pomocy doraźnej we Francji, w Belgii i Szwajcarii zgłoszenie się do CPEP samo w sobie jest postrzegane jako kryzys. Podejście to zakłada „wykraczanie poza reakcję na kryzys”.¹⁸ U niektórych pacjentów można wyodrębnić swoiste wyzwajające wydarzenia, które doprowadziło do ostrego przeciążenia psychicznego, nadużycia substancji psychoaktywnych lub psychicznych objawów nawrotu. U innych doszło do ze-

rwania ambulatoryjnej relacji terapeutycznej. W przypadku niektórych pacjentów zgłoszenie się do CPEP oznacza wejście do systemu leczenia psychiatrycznego po znacznym okresie narastania objawów.

ICC mieści się w oddzielnym budynku niż CPEP, w odległości, której pokonanie zajmuje ok. minuty. Składa się z dwóch pokoi badań, wspólnej recepcji, sali konferencyjnej, dużej poczekalni i części administracyjnej. ICC jest czynne od 9 do 17, od poniedziałku do piątku. Jest obsługiwane przez 1,5 etatu psychologicznego, 0,5 etatu psychiatrycznego oraz personel szkolący się, w tym psychologów stażystów, rezydentów psychiatrii i studentów medycyny, którzy również pracują w CPEP. Psychiatrizy zajmujący się CPEP konsultują również pacjentów ICC pod kątem leczenia psychofarmakologicznego, jeżeli zachodzi taka potrzeba. Pracownik biurowy rejestruje pacjentów i zapewnia pomoc administracyjną. Po wizycie pacjenta psycholog lub psychiatra rejestruje go w elektronicznym systemie rozliczeniowym szpitala, zaznaczając informacje na temat wykonanej usługi. W poradni przez cały czas obecny jest pracownik ochrony szpitala. Pracownicy socjalni CPEP mogą zapewnić dodatkową pomoc w kierowaniu chorych na dalsze leczenie i zaspokajaniu ich innych potrzeb społecznych.

Większość chorych wypisanych z CPEP można skierować na dalsze leczenie, z wyjątkiem osób odbywających karę pozbawienia wolności, osób wymagających jedynie zarządzania przypadkiem i pacjentów niemających zamiaru zaprzestać nadużywania substancji psychoaktywnych. W ciągu dnia terminy spotkań można uzgodnić telefonicznie. Nocami i w weekendy w CPEP dostępny jest zeszyt zapisów, do którego pacjenci są zapisywani bezpośrednio przez badającego ich lekarza. Przeważnie pacjenci mają możliwość odbycia wizyty w ciągu tygodnia i często mogą spotkać się z tym samym lekarzem, z którym wcześniej rozmawiali w CPEP. Jednak w zależności od sytuacji klinicznej wizytę można zaplanować również na następny dzień. Poza karteczką z terminem spotkania pacjenci otrzymują również ulotkę opisującą poradnię zawierającą przydatne informacje, np. kierunki i kontakty. Na dzień przed zaplanowaną wizytą pacjent otrzymuje przypomnienie drogą telefoniczną. Pacjenci relacjonują, że czują ulgę po opuszczeniu CPEP, jeżeli wiedzą, że w krótkim czasie będą mogli odbyć wizytę.

Podczas pierwszego spotkania chorzy są informowani, że wkrótce będą mogli zgłosić się na wizyty, odbyć od 3 do 6 sesji ukierunkowanych na radzenie sobie z kryzysem, który doprowadził ich do zgłoszenia się do CPEP, oraz pozwalających określić najwłaściwszą formę dalszej opieki. Jeżeli pacjent jest badany przez osobę szkolącą się, zapew-

niana jest mu możliwość niezwłocznej superwizji z doświadczonym psychologiem lub psychiatrą. Leczenie koncentruje się na ciągłej ocenie, wyjaśnianiu rozpoznania i interwencjach psychoterapeutycznych. U większości chorych ocenia się zasadność psychofarmakoterapii i w razie potrzeby rozpoczyna się leczenie. Pacjenci przeważnie otrzymują leki w ilości wystarczającej do następnej wizyty. Ponieważ poradnia mieści się przy szpitalu komunalnym i zapewnia opiekę w nagłych przypadkach, chorzy nieubezpieczeni mogą otrzymać leki bez żadnych opłat. Pacjenci ubezpieczeni przez Medicaid otrzymują także pokwitowania. Podczas leczenia w ICC pacjenci mogą być skierowani na konsultację specjalistyczną, badania laboratoryjne, przesiewowe badanie funkcji poznawczych czy inne badania medyczne. Jeżeli chory wymaga podania leku w postaci depot, dostępny jest personel pielęgniarski, który może podać lek w ramach CPEP. Leczenie w ICC jest skoncentrowane na radzeniu sobie z kryzysem i czynnikami, które go wyzwoliły, a także na poprawie zdolności radzenia sobie u pacjentów, ich sieci wsparcia i umiejętności zadbania o siebie. Ponadto pacjentom i ich rodzinom zapewniana jest edukacja. Jak wcześniej wspomniano, pacjenci wypisani z izby przyjęć/oddziału pomocy doraźnej stanowią grupę dużego ryzyka. ICC przez cały czas pozostaje w kontakcie z personelem CPEP. Kiedy pacjenci są kierowani z powrotem do CPEP z powodu dekompensacji, mogą być położeni na wózek w celu stworzenia możliwości podania leku, zapewnienia bezpieczeństwa i dostępności opieki pielęgniarskiej.

Pod względem psychoterapeutycznym praca autorów opiera się na kilku założeniach. Po pierwsze, zakłada się, że kryzys stwarza możliwość interwencji i zmiany. Centralnym założeniem teorii kryzysu jest istnienie krytycznego okresu w reakcji na wydarzenia kryzysowe, kiedy pacjent jest szczególnie podatny na interwencję terapeutyczną. Po drugie, przyjmuje się, że ambiwalencja wobec leczenia jest czymś normalnym.³¹ Leczenie i zmiana mogą być postrzegane przez pacjentów jako zagrożenie ich tożsamości oraz kolejna możliwość poniesienia porażki. Po trzecie, zakłada się, że pacjenci robią, co mogą, aby sobie poradzić. Nawet opór i zachowania autodestrukcyjne mogą być postrzegane jako próby uzyskania pomocy i przywrócenia równowagi psychicznej. Podstawowymi strategiami w opracowanej przez autorów interwencji kryzysowej są: przybieranie wspierającej, normalizującej i empatycznej postawy; radzenie sobie z oporem i ambiwalencją; wykorzystywanie bezpośrednich, aktywnych interwencji oraz wykorzystywanie relacji terapeutycznej do pracy tu i teraz. Podczas leczenia w ICC dyskutowana jest celowość stałej opieki psy-

chiatrycznej. Zalecenia mogą obejmować psychoterapię ambulatoryjną lub psychofarmakoterapię, leczenie podwójnej diagnozy, leczenie nadużywania substancji psychoaktywnych czy specjalistyczne leczenie specyficznych problemów. Chociaż nieliczni pacjenci są w stanie samodzielnie zadbać o swoje zdrowie psychiczne, wykorzystując swoje ubezpieczenie, to większość chorych wymaga pomocy w tym zakresie. Większość przypadków uważa się za zakończone w chwili, gdy pacjent odbędzie spotkania w innym ośrodku. W przypadku pozostałej

mniejszości pacjentów ICC w wystarczającym stopniu rozwiązuje kryzys, w którym się znaleźli, i nie wymagają oni dodatkowego leczenia. Wykorzystywanie dodatkowych form pomocy może wymagać upomnienia się o ubezpieczenie zdrowotne lub skierowanie na oddział intensywnej opieki. W przypadku, kiedy pacjent nie zgłasza się na umówione wcześniej spotkanie w ICC, personel kliniczny podejmuje próby skontaktowania się w nim przez telefon, drogą listowną lub poprzez kontakt z rodziną bądź innymi osobami zajmującymi się pacjentem. Dodatkowo

można wykorzystać ruchomy zespół interwencji kryzysowej.

Ruchomy zespół interwencji kryzysowej

Ruchomy zespół interwencji kryzysowej (mobile crisis unit, MCU) powołano w stanie Nowy Jork w 1967 roku, próbując zapewnić opiekę pacjentom cierpiącym na przewlekłe poważne choroby psychiczne, którzy wcześniej przebywali na stałe w różnych zakładach. MCU ma również na celu zapobieganie hospitalizacjom. Do MCU pacjenci są kierowani ze środowiska. Otrzymują tam szybką pomoc psychiatryczną poza izbą przyjęć/oddziałem pomocy doraźnej, szczególnie cenną dla osób, które nie mogą wychodzić z domu, odczuwają lęk przed jego opuszczeniem lub z różnych przyczyn nie są w stanie zorganizować sobie poza nim opieki psychiatrycznej ambulatoryjnej, szpitalnej lub prywatnej.³² Najważniejszym celem ruchomego zespołu interwencji kryzysowej jest umożliwienie pacjentom pozostanie w ich środowisku przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa im i ich otoczeniu. Jest to możliwe dzięki zaangażowaniu w leczenie niechętnie nastawionych pacjentów, dokonywanie bardziej wszechstronnej oceny ich stanu i wzmacnianie ich sieci wsparcia.

MCU przeważnie jest obsługiwane przez psychiatrę, pracownika socjalnego i pielęgniarkę. Ruchomy zespół interwencji kryzysowej może dojeżdżać do pacjenta do domu i spotykać się z nim, członkami jego rodziny lub współlokatorami, co umożliwia dokładniejszą ocenę stanu i sytuacji pacjenta. W fazie diagnostycznej zespół kontaktuje się z innym personelem medycznym i psychiatrycznym. Objęcie opieką MCU we wczesnej fazie dekomensacji, możliwość zapewnienia rozpoznania i interwencji kryzysowej w naturalnym środowisku pacjenta mogą gwarantować dużą skuteczność.

Jednym z najwartościowszych narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych przez MCU jest przesiewowa ocena domu pacjenta. Koncentruje się ona na czystości i schludności mieszkania, oświetleniu i wystroju, a także czynnikach świadczących o poziomie funkcjonowania pacjenta. Zasłonięte zasłony i brak światła mogą świadczyć o depresji, natomiast okna zakryte folią aluminiową mogą wskazywać na urojenia paranoidalne. Wystrój domu, w tym kolory, dobór farb i meblowanie, może dostarczyć informacji o tym, czy pacjent zachorował niedawno, czy był chory od wielu lat. Poziom czystości i schludności może wskazywać na to, czy pacjent cierpi na depresję i z tego powodu nie jest zainteresowany sprzątaniami, czy też jest psychotyczny i nie jest w stanie o siebie zadbać (np. zarobaczenie, zbieractwo). Ogląda-

TABELA 1
Cechy charakterystyczne pacjentów zgłaszających się do doraźnej poradni kryzysowej (ICC) (2007)*

Zmienna	N	%
<i>Grupy wiekowe (lata)</i>		
18-20	14	4
20-29	132	34
30-39	96	25
40-49	78	20
50-59	36	9
60-69	24	6
≥70	6	2
<i>Płeć</i>		
Mężczyźni	172	45
Kobiety	214	55
<i>Przynależność etniczna</i>		
Kaukaska	98	25
Afroamerykanie	86	22
Latynoska	151	39
Pochodzenie azjatyckie	23	6
Inne	28	8
<i>Ubezpieczenie[†]</i>		
Ubezpieczeni	1644	46
Nieubezpieczeni	1905	54

*Pacjenci, którzy zgłosili się na co najmniej jedną wizytę.

[†]Dane dla wszystkich pacjentów skierowanych do ICC w okresie 2001-2007.

Simakhodskaya Z., Haddad F., Quintero M., Malavade K., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009

TABELA 2
Rezultaty osiągnięte w doraźnej poradni kryzysowej (ICC)

Zmienna	N	%
<i>Ostateczna propozycja leczenia dla wszystkich pacjentów</i>		
Przyjęcie do bardziej wyspecjalizowanej placówki	50	7%
Brak współpracy	337	51%
Brak potrzeby dalszego leczenia	51	8%
Odmowa pomocy	47	7%
Skuteczne przekierowanie	175	27%
<i>Ostateczna propozycja leczenia dla pacjentów, którzy odbyli co najmniej jedną wizytę</i>		
Przyjęcie do bardziej wyspecjalizowanej placówki	34	9%
Brak współpracy	89	26%
Brak potrzeby dalszego leczenia	35	10%
Odmowa pomocy	35	10%
Skuteczne przekierowanie	155	45%

Simakhodskaya Z., Haddad F., Quintero M., Malavade K., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009

nie wyposażenia mieszkania może pomóc ruchomemu zespołowi interwencji kryzysowej odróżnić zbieractwo od urojeń paranoidalnych (np. blokowanie drzwi za pomocą mebli, aby zapobiec wtargnięciu kogoś do domu) lub manii (np. wiele nowych, dopiero co kupionych urządzeń lub luksusowych przedmiotów). Zespół ocenia również funkcjonowanie pacjenta, w tym jego wygląd i codzienną aktywność, świadomość otoczenia, dostępność pożywienia i dynamikę rodziny. Na przykład pacjent, który nie był w stanie korzystać ze swojej kucharki, ponieważ cała była zastawiona pustymi słoikami, ujawnił urojenia, że rząd odetnie mu wodę.

Poza wyjaśnieniem rozpoznania i zapewnieniem leczenia psychiatrycznego MCU ma możliwość skierowania pacjenta do odpowiedniej placówki, edukowania członków rodziny i pacjentów na temat choroby i dostępnych w środowisku zasobów. Może również kontaktować się z innymi organizacjami i służbami, np. takimi, które mogą zaopatrywać w pożywienie, pomagać w rozwiązywaniu problemów związanych z miejscem zamieszkania czy ubiegać się o domową pomoc pracownika opieki społecznej.

Integracja ICC i MCU w ramach CPEP w ośrodkach Bellevue Hospital umożliwia obydwo placówkom współdziałanie w celu poprawy współpracy pacjentów w zakresie wypełniania zaleceń terapeutycznych i zaangażowania się w opiekę ambulatoryjną. Pacjenci MCU mogą w tygodniu być badani w poradni kryzysowej, podczas gdy przejęcie opieki nad nimi przez środowisko może zajmować kilka tygodni. Otwarta komunikacja między MCU i ICC może dostarczyć cennych informacji i umożliwić postawienie właściwszego rozpoznania na podstawie obrazu klinicznego obserwowanego u pacjenta w poradni i oceny warunków panujących w jego domu. Zespół MCU stara się zbudować przymierze terapeutyczne; może pomagać pacjentom w transporcie do szpitala, co ułatwia współpracę podczas spotkań. Jeżeli pacjent ICC nie zgłosi się na spotkanie, wizyta MCU może dostarczyć dodatkowych informacji klinicznych zespołowi ICC, co jest pomocne w umówieniu ponownej wizyty.

Posłużymy się następującym przykładem. Przyjaciółka pani F. zatelefonowała do MCU, prosząc o radę i pomoc dla niej. Opisywała, że pani F. ma 72 lata, rozpoznane zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, od kilku lat była leczona farmakologicznie. W ciągu ostatnich kilku miesięcy pani F. cierpiała na depresję i przestała się o siebie troszczyć. Zapomniała o ubezpieczeniu zdrowotnym i nie była w stanie zapłacić za leki. Zespół MCU próbował odwiedzić chorą w jej mieszkaniu, ale pacjentka go nie wpuściła. Pani F. nie była w stanie płacić czynszu i groziła jej eksmisja. Obawiała się, że zespół był przysła-

ny do niej w ramach eksmisji. Zatelefonowano do pani F. i wyjaśniono jej, że zespół odwiedza ją, aby jej pomóc. Podczas drugiej wizyty pacjentka wpuściła zespół do mieszkania. Pani F. była w ciężkiej depresji, nie wychodziła z mieszkania, raz dziennie zamawiała jedzenie przez telefon. Wydawało się również, że przejawia pewien stopień zaburzenia funkcji poznawczych. Chociaż początkowo odmówiła jakiegokolwiek skierowania do poradni, po trzech wizytach zespołu nabrała do niego zaufania i zgodziła się na skierowanie do ICC. Zgłosiła się do ICC dwukrotnie i zaczęła przyjmować leki. Następnie opuściła trzecią wizytę, więc zespół MCU ją znowu odwiedził, a także dowiódł na następne spotkanie. Pacjentka bardzo dobrze zareagowała na leki. Zespół pomógł jej również w ubieganiu się o ubezpieczenie Medicaid i powiadomił Adult Protective Services o grożącej kobiecie eksmisji. Dzięki pomocy Adult Protective Services pacjentka była w stanie utrzymać się w swoim mieszkaniu. Następnie pani F. została skierowana do psychiatrycznej poradni geriatrycznej w ramach Bellevue Hospital Center's, gdzie kontynuowała opiekę psychiatryczną.

W ciągu ostatnich 6 lat liczba porad udzielanych w ramach ICC wzrosła od 30 wizyt miesięcznie na początku działalności do 80 wizyt miesięcznie obecnie. W tabelach 1 i 2 przedstawiono cechy demograficzne i rezultaty leczenia w ramach ICC. Uderzające jest, że 55% pacjentów, którzy odbyli co najmniej jedno spotkanie w poradni kryzysowej, zostało skutecznie przekierowanych do leczenia ambulatoryjnego lub nie wymagało dalszej pomocy. Odsetek braku współpracy w leczeniu, biorąc pod uwagę skierowanie z CPEP do ICC, pozostawał wysoki. Z obserwacji klinicznych wynika, że bezdomność i czynne nadużywanie substancji psychoaktywnych są istotnymi czynnikami przyczyniającymi się do braku współpracy. Wydaje się także, że niektórzy pacjenci wymagają dłuższego procesu diagnostycznego i leczenia w ICC przed odesłaniem do dalszej opieki. Są to pacjenci z osobowością typu borderline, osoby o silnym nastawieniu obronnym i cechach paranoicznych oraz niemówiący po angielsku nielegalni imigranci mieszkający w rejonach o ograniczonym dostępie do niedrożej opieki psychiatrycznej w ich rodzimym języku.

Podsumowanie

Psychiatryczne izby przyjęć/oddziały pomocy doraźnej stały się integralnym elementem systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i często stanowią „wejście” do niego. Aby zapobiec wielokrotnym zgłoszeniom się i dekomensacjom, a także zapewnić współpracę w zakresie opieki poszpitalnej, pacjenci wy-

pisani z psychiatrycznej izby przyjęć/oddziału pomocy doraźnej wymagają dodatkowej pomocy w okresie przejściowym. Zapewnienie doraźnej interwencji kryzysowej w ramach izby przyjęć/oddziału pomocy doraźnej oraz współpraca z ruchomym oddziałem interwencji kryzysowej mogą umożliwić osiągnięcie tego celu w skuteczny, oszczędzający koszty i bezpieczny sposób. Podstawowymi warunkami decydującymi o powodzeniu tej metody są: zapewnienie szybkiej wizyty, ścisłe monitorowanie pacjentów oraz zgromadzenie współpracującego ze sobą, interdyscyplinarnego zespołu, który zaspokaja biopsychospołeczne potrzeby pacjentów. Perspektywa interwencji kryzysowej może być pomocna w rozwiązywaniu kryzysu, który doprowadził do zgłoszenia się na izbę przyjęć/oddział pomocy doraźnej, a także pokonywaniu barier stojących na przeszkodzie w zapewnieniu ciągłej opieki. Należy ponadto nawiązać współpracę z poradnią ambulatoryjną i innymi formami opieki w celu zapewnienia pacjentowi płynnego przejścia pod opiekę długoterminową. Wyznaniem nadal pozostają pacjenci czynnie nadużywający substancji psychoaktywnych i osoby bezdomne. Potrzebne są bardziej ustrukturyzowane badania w celu przeanalizowania rozpoznania i innych cech charakterystycznych pacjentów, a także oceny czynników układowych przyczyniających się zarówno do braku współpracy w leczeniu, jak i powodzenia interwencji.

Piśmiennictwo

1. Bridge JA, Barbe RP. Reducing hospital readmission in depression and schizophrenia: current evidence. *Curr Opin Psychiatry*. 2004;17(6):505-511.
2. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2004;55(6):685-690.
3. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(4):269-274.
4. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatr Serv*. 1998;49(9):1212-1217.
5. Sullivan AM & Rivera, J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatr Q*. 2000;71(2):123-138.
6. Boyer CA, McAlpine DD, Pottick, KJ, Olfson, M. Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1592-1598.
7. Del Gaudio AC, Carpenter PJ, Stein LS, Morrow G. Characteristics of patients completing referrals from an emergency department to a psychiatric outpatient clinic. *Comp Psychiatry*. 1977;18 (3):301-307.
8. Chen A. Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(3):282-287.
9. Craig TJ, Huffine C, Brooks M. Completion of referral to psychiatric services by inner city residents. *Arch Gen Psychiatry*. 1974; 31(3):353-357.
10. Jellinek M. Referral from a psychiatric emergency room: relationship of compliance to demographics and interview variables. *Am J Psychiatry*. 1978;135(2):209-213.

11. Spooen D, Van Heeringen C, Jannes C. Strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department: a multi-centre controlled intervention study. *Psychol Med.* 1998;28(4):949-956.
12. Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, Mezzich JE. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry.* 1993; 44(4):376-380.
13. Bengelsdorf H, Church JO, Kaye RA, Orlowski B, Alden DC. The cost effectiveness of crisis intervention: admission diversion savings can offset the high cost of service. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(12):757-762.
14. Blouin J, Minoletti A, Blouin A, Nahon D, Natarajan C, Croken M. Effects of patient characteristics and therapeutic techniques on crisis intervention outcome. *Psychiatr J Univ Ott.* 1985;10(3):153-157.
15. Bressi C, Colombo E, Coppola MT, et al. Crisis Intervention in psychiatric emergencies: effectiveness and limitations. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry.* 1999;15(2-3):163-167.
16. Bressi C, Amadei G, Caparrelli S, et al. A clinical and psychodynamic follow-up study of crisis intervention and brief psychotherapy in psychiatric emergency. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry.* 2000;16(1-4):31-37.
17. Damsa C, Hummel C, Sar V, DiClemente T, Maris S, Lazignac C, Massarczyk O, Pull C. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study. *Eur Psychiatry.* 2005;20(8):562-566.
18. De Clercq M, Dubois V. Crisis intervention modes in the French-speaking countries. *Crisis.* 2001;22(1):32-38.
19. Kaufman E, Klagsbrun S. An emergency room changes: impact of psychiatric walk-in clinic on emergency room of general hospital. *Dis Nerv Syst.* 1972;33(4):231-234.
20. Lofchy J. The Clerk Crisis Clinic: a novel educational program. *Acad Psychiatry.* 2003; 27(2): 82-87.
21. Roberts AR, Everly GS. A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treat Crisis Interv.* 2006;6(1): 10-21.
22. Sneed JR, Balestri M, Belfi B. The use of dialectical behavior therapy strategies in the psychiatric emergency room. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2003;40(4):265-277.
23. Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(2):223-228.
24. Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36(4): 504-508.
25. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, Johnson T. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet.* 1992; 339(8805):1311-1314.
26. Scott RL. Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency and consumer satisfaction. *Psychiatr Serv.* 2000;51(9):1153-1156.
27. Oldham JM, DeMasi ME. An integrated approach to emergency psychiatric care. *New Dir Ment Health Serv.* 1995;67:33-42.
28. Surles RC, Petrila J, Evans ME. Redesigning emergency room psychiatry in New York. *Adm Policy Ment Health.* 1994;22(2):97-105.
29. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Crisis hospitalization on a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry.* 1993;15:307-315.
30. Clarke P, Hafner RJ, Holme G. The brief admission unit in emergency psychiatry. *J Clin Psychol.* 1997; 53(8):817-823.
31. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing.* Guilford Press. New York, NY; 1991.
32. Chiu TL, Primeau C. A psychiatric mobile crisis unit in New York City: description and assessment, with implications for mental health care in the 1990s. *Int J Soc Psychiatry.* 1991;37(4): 251-258.