

dopis redakci

FUNGUJE DEINSTITUCIONALIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE?

Četba souborného článku o příležitostech, rizicích a předpokladech úspěšné implementace deinstitucionalizace psychiatrické péče¹ mne přiměla k opětovnému zamyšlení, zda deinstitucionalizace psychiatrické péče není jen dalším neúspěšným pokusem o vyřešení velice obtížného, možná i neřešitelného aspektu péče o pacienty se závažným duševním onemocněním. Píši o opětovném zamyšlení, neboť jsem o úspěších či neúspěších deinstitucionalizace přemýšlival coby začínající sekundář v Psychiatrické léčebně Horní Bečkovice a později při přivydělávání si v jedné z psychiatrických léčeben amerických, v malém michiganském městečku Caro.

Obě zkušenosti a léta ambulantní praxe jak ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v Praze, tak na Wayne State University v Detroitu a čtení psychiatrické literatury na téma deinstitucionalizace mne přivádí k poněkud nepopulárnímu, ale ne naivnímu názoru, že deinstitucionalizace spíše nefunguje.

Autorky článku¹ píší, že deinstitucionalizace je založena na: (a) prosazování adekvátních služeb komunitního typu oproti hospitalizaci v psychiatrické nemocnici; (b) propuštění dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, kteří jsou na takovou změnu dostatečně připraveni, do komunitních podmínek a (c) zavedení a zajištění udržitelnosti systému komunitních služeb péče o duševní zdraví. To jsou ušlechtilé cíle.

Jedním ze základních principů zavedení systému je přezkoumání podobného systému zavedeného v jiných lokalitách a ověření dlouhodobých výsledků oněch systémů (jak již požadoval Codman² před sto lety). Co se týče příkladů deinstitucionalizace, tedy jiných systémů zavedených v jiných zemích, nejsem si jist, zda úspěšný systém existuje. Autorky souborného článku¹ uvádějí tři příklady: Velkou Británii, Itálii a USA. Nejsem bohužel obeznámen se systémem deinstitucionalizace ve Velké Británii a nenalezl jsem články, které by skutečně měřily dlouhodobé výsledky tohoto systému. Po několika entuziastických článcích o úspěších italského systému se zdá, že dochází k určitému vystřízlivění. Podobně jako u systému britského zde neexistují výsledky dlouhodobého ohodnocení komunitní péče, jak poukazuje Barbato.³ V poslední době se však objevují články víceméně skeptické stran výsledku deinstitucionalizace v Itálii. Ronchetti et al.⁴ poukazují na zvýšený počet sebevražd dle nich související s uzavřením psychiatrických zařízení (jak autoři poukazují, uzavření

psychiatrických nemocnic zanechalo pacienty s duševním onemocněním bez místa kam se uchýlit) po uvedení tzv. Basagliova zákona. Carta et al.⁵ poznamenávají, že v důsledku ekonomické a kulturní krize Itálie pozbyla kreativitu a zájem o systém duševního zdraví. Mí italské kolegové privátně říkají, že změna systému byla příliš extrémní a potřeba psychiatrických nemocnic nadále přetrvává, ale péče byla přesunuta do nevyhovujícího privátního sektoru, ač stále placená státem.

Ve Spojených státech deinstitucionalizace zcela selhala (názor autorek,¹ že byla nejméně úspěšná, je eufemismus). Skvělým komentátorem systému, který naprosto selhal, je washingtonský psychiatr E. Fuller Torrey. Všem těm, které zajímá deinstitucionalizace, vřele doporučuji alespoň dvě z řady jeho knih: *The insanity offense. How Americas failure to treat seriously mentally ill endangers its citizens*⁶ a *American psychosis. How the Federal Government destroyed the mental illness treatment system*.⁷ Torrey věčně poznamenává, že jsme vyprázdнили azylové instituce, které byly postaveny, aby napravily zneužívání pro-ziskovým systémem minulosti, abychom teď nabídli populaci duševně nemocných těm, kdo nabídnou nejvíce, zase v rámci pro-ziskového systému.

Problémy s deinstitucionalizací se vyskytují i v dalších zemích, například v Izraeli.⁸ Abramowitz et al. píší o nové institucionalizaci, která se nejeví být v souvislosti s velkými léčebnami minulosti (které v Izraeli neexistovaly) a předešlou deinstitucionalizací. Jedním z přispívajících faktorů je podle Abramowitz et al.⁸ neschopnost některých závažně duševně nemocných fungovat nezávisle.

Skutečnost, že určitá část závažně duševně nemocných není schopna žít nezávisle, je podle mne jedním ze zásadních problémů deinstitucionalizace a kontraindikací zavírání psychiatrických nemocnic. Poukázal na to několikrát H. Richard Lamb,^{9,10,11} jež si dovoluji citovat raději v originálech:

“But we also have considerable data suggesting that a small minority of persons with chronic and severe mental illness cannot live in the community without high degree of structure. Why not acknowledge that some people are so violent and dangerous, or so resistant to taking medications they clearly need, or so prone to substitute street drugs for medications, that they cannot live in the community, or that their symptoms are so disruptive that they cannot be treated in an open setting? This observation may seem obvious to most clinicians with day-to-day responsibility for patients.

*How can we ignore that some mentally ill persons exceed the tolerance of society generally – for instance, those whose illness leads them to repeatedly make inappropriate 911 calls or set fires or assault others?”*⁹

*“Nevertheless, there remains a minority of persons who have chronic and severe mental illness who need highly structured 24-hour care, often in locked facilities, and these individuals most not be overlooked. The fact that a significant proportion of this minority are not receiving sufficient care but are instead living in jails, on the streets, or in other unacceptable situations is evidence that adequate community care has not been provided for some of the most severely ill persons.”*¹⁰

*“Transfer of patients to community alternatives is too often driven by lower costs and an ideology that highly structured care is seldom needed and that funding should be used instead for community treatment.”*¹¹

Ač je existence části populace závažně duševně nemocných, které NELZE umístit v ambulantních zařízeních, byt i lůžkových, zásadním problémem deinstitutionalizace, není problémem jediným.

Je jasné, že na rozdíl od Spojených států a svým způsobem i Itálie (financování privátních institucí státem) privatizace péče o duševně nemocné v České republice nepřichází v úvahu (ač jeden nikdy neví). Autorky¹ poskytují argument, že ambulantní péče je lacinější. Vše, co je kdy kde navrhováno, začíná obvykle tím, že to bude lacinější než to, co je či bylo, ale nakonec to vyjde draž. Autorky popisují všechny možné služby, které mohou být poskytovány a které pozvolna zvýší náklady.

Dalším zásadním problémem je pokračující závažná stigmatizace psychiatrie a duševně nemocných. Ze zdejší zkušenosti vím, že téměř nikdo nechce mít ubytovací zařízení pro duševně nemocné ve svém sousedství. Pochybují, že v zemi, kde je stigma duševního onemocnění zakořeněno alespoň tolik jako ve Spojených státech, tedy v České republice, bude opozice menší.

Mnoho pacientů se závažným duševním onemocněním žije v obětavých rodinách a do ambulance docházejí provázeni rodinnými příslušníky, kteří se o ně doma starají. Často si říkám, co se s těmi pacienty stane, až jejich rodiče odejdou. Kdo se o ně bude starat a bude-li pro ně přístupné zařízení, které se o tyto osoby neschopné nezávislého života postará. V ambulantních zařízeních či Centrech duševního zdraví (další eufemismus) pro ně místo ani prostředky nebudou.

Tvrzení, že vývoj psychofarmak dosáhl takových výsledků, že skrze nastavení vhodných psychofarmak (sic)¹ není hospitalizace nutná, je rovněž nepodložené. Máme vůbec jasno, zda léčit závažně duševně nemocné antipsychotiky kontinuálně je vhodnější než léčit těmito medikacemi intermitentně, jen v období relapsu (zvláště když také zvážíme dlouhodobé vedlejší účinky těchto medikací)? Solidní dlouhodobě prospektivní studie v této oblasti neexistují. Mám pocit, že cesta totální deinstitutionalizace je další slepou kolejí idealismu, na niž se péče o duševně nemocné dostává. A připomínám si staré rčení, že cesta do pekla je vydlážděna dobrými skutky. Různá hnutí a -ismy, azyly pro duševně nemocné i socialismus začaly vznešenými ideály, které zůstaly nenaplněny. Podaří se naplnit ideály kompletní deinstitutionalizace a nastolit důstojnost duševně nemocných, jak navrhuje Dvořáková a Kondrátová¹? Dovoluji si, jak se říká, zdvořile pochybovat.

Při zvažování deinstitutionalizace jsme zatím nevyřešili následující:

1. Co s pacienty, kteří nejsou schopni žít nezávisle?
2. Jak zlepšit to, co ani neumíme měřit (we cannot improve what we cannot measure¹²)?
3. Jak definovat důstojný život duševně nemocných?
4. Jak zdolat stigma třeba v umístování závažně duševně nemocných v komunitě?
5. Kolik to bude všechno stát (nezapomeňme, že zdravotnictví je bezedná studna: co se do ní naleje, to v ní zmizí, jak je vidno i ve Spojených státech)?

Otázek/problémů je více. Pokud ale nemáme konkrétní, fundované odpovědi alespoň na těchto pět otázek, jsou články o plánech a příležitostech deinstitutionalizace spíše propagací nespílitelného.

A jelikož mám nepříjemný (doufám stále, že chybný) pocit, že většina propagátorů deinstitutionalizace nikdy chronická oddělení psychiatrických nemocnic v Horních Bečkovcích, Bohnicích a jinde ani nenavštívila, smutně si připomínám skvělý aforismus z kouzelné knížky Stanisława Jerzy Lece Neučesané myšlenky:¹³ Vždycky se najdou Eskymáci, kteří vypracují pro obyvatele Konga pokyny, co dělat v době tropických veder.

Richard Balon, M.D.
Rochester Hills, Michigan, USA
rbalon@med.wayne.edu

LITERATURA

1. Dvořáková M, Kondrátová L. Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. Čes a slov Psychiat 2020; 116: 30–37.
2. Codman EA. The classic: A study in hospital efficiency as demonstrated by the case reports of the first five years of a private hospital. Clin Orthop Relat Res 2013; 471: 1778–1783.
3. Barbato A. Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 673–679.
4. Ronchetti C, Toffolutti V, McKee M, Stuckler D. The quantification of the psychiatric revolution: a quasi-natural experiment of the suicide impact of the Basaglia Law. Eur J Public Health 2020; Feb 19; doi:10.1093/eurpub/ckaa011.
5. Carta MG, Angermeyer MC, Holzinger A. Mental health care in Italy: Basaglia's ashes in the wind of the crisis of the last decade. In J Soc Psychiatry 2020; March 6; doi: 10.1177/0020764020908620.
6. Torrey EF. The insanity offense. How America's failure to treat the seriously

- mentally ill endangers its citizens. New York, New York: WW Norton & Company 2012.
7. Torey EF. American psychosis. How the Federal Government destroyed the mental illness treatment system. New York, New York: Oxford University Press 2014.
 8. Abramowitz MZ, Grinshpoon A, Priebe S, Ponizovsky AM. New institutionalization as a rebound phenomenon? *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45: 272–277.
 9. Lamb HR. The denial of severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1367.
 10. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1039–1045.
 11. Lamb HR. The new state mental hospitals in the community. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1307–1310.
 12. Amerio A, Starace F, Cozanza A, Serafini G, Aguglia A, Odone A, Ghaemi SN, Amore M. Putting Codman's lesson to work: measuring and improving quality of Italian mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2020; 141: 91–92.
 13. Stanislaw Jerzy Lec. *Neučesané myšlenky*. Praha: Státní nakladatelství krásné literatury, 1962.

referáty z literatury

Newham BJC, Khanna R

The effect of therapeutic phlebotomy for hemochromatosis on non-suicidal self-injury: A case report

(Účinek léčebné flebotomie pro hemochromatózu na nesebevražedné sebepoškození: kazuistika) *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2019; 54 (1): 74–79.

Sebeflebotomie (venesekce) byla popsána jako forma nesebevražedného sebepoškození. Avšak vztah mezi nesebevražedným sebepoškozením a léčebnou flebotomií pro hemochromatózu nebyl dříve popsán.

Australští autoři ze státu Victoria (nemocniční a univerzitní pracoviště Heidelberg a Parkville) prezentují případ 52letého muže, u kterého byla frekvence léčebné flebotomie a nesebevražedného sebepoškození inverzně propojena. Vedlo to k nepříznivým výsledkům v léčbě hemochromatózy, když byla flebotomie přerušena.

Autoři uzavírají, že jde o první sdělení popisující vztah mezi nesebevražedným sebepoškozením a léčebnou flebotomií. Tento případ zdůrazňuje potřebu zhodnocení rizika sebepoškození a jeho monitorování u pacientů podstupujících léčebnou flebotomii, abychom předešli nepříznivým výsledkům léčby hemochromatózy.

Suzuki A, Otani K

Serotonin syndrome after an alcohol intake in a patient treated with escitalopram and clomipramine

(Serotoninový syndrom po požití alkoholu u pacienta léčeného escitalopramem a klomipraminem) *Clinical Neuropharmacology* 2019; 42 (3): 103–104.

Dvacetišestiletý pacient s psychotickou depresí byl stabilizován na léčbě escitalopramem (20 mg/den) a klo-

mipraminem (50 mg/den) po dobu 4 měsíců. Zřídka kdy pil alkohol, nikdy s léky. Jednu noc, po užití svých léků a vypití plechovky piva, se u něho vyvinuly neklid, porucha orientace, myoklonus, hyperreflexie, třes, diaforéza a hypertenze, tedy stav splňující kritéria pro serotoninový syndrom. Japonští autoři z Yamagata University uvažovali o tom, že by serotoninový syndrom u prezentovaného případu mohl být navozen farmakodynamickou interakcí alkoholu s escitalopramem a klomipraminem vedoucí ke sníženému odbourání mimobuněčného serotoninu v mozku či farmakokinetickou interakcí s klomipraminem vedoucí k jeho zvýšeným hladinám.

Prezentovaná kazuistika poukazuje na to, že může existovat interakce mezi alkoholem a antidepresivy mající za následek serotoninový syndrom. Klinici by si měli tuto možnost uvědomit.

Scott LJ

Brexanolone: First global approval

(Brexanolon: první globální schválení) *Drugs* 2019; 79 (7): 779–783.

Brexanolon je malá molekula, neuroaktivní steroid, pozitivní alsterický modulátor GABA-A receptoru pro nitrožilní aplikaci. Byl vyvinut pro léčbu poporodní deprese (PPD). Je složen ze směsi alopregnanolonu (endogenní inhibiční neurosteroid pregnanu) a sulfobutylether-beta-cyklodextrinu. V březnu 2019 dostal brexanolon své první globální schválení v USA pro léčbu PPD u dospělých žen.

V tomto článku novozélandská autorka (pracoviště Auckland) shrnula milníky ve vývoji brexanolonu vedoucí k jeho prvnímu schválení pro léčbu dospělých žen s PPD.

MUDr. Jaroslav Veselý