



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NU^DZ
NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Analýza zahraničních zkušeností

Bronislav Farkač
Lucie Kondrátová
Karolína Mladá
Matyáš Müller
Pavel Říčan
Gabriela Urbášková
Petr Winkler



Obsah

Analýza zahraničních zkušeností	1
Obsah.....	2
Úvod	3
Metodologie	4
Systematická rešerše.....	4
Zahraníční programy včasné intervence	4
Příklady dobré praxe	6
Lambeth Early Onset (LEO).....	6
Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST).....	8
The Early Treatment and Home-based Outreach Service (ETHOS).....	10
Optimal Treatment Project (OTP)	11
Treatment and Intervention in Psychosis (TIPS).....	13
OPUS.....	15
Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)	17
NAVIGATE.....	19
Otevřený dialog.....	21
Shrnutí.....	25
Reference	27



Úvod

Programy včasné detekce (early detection – ED) a včasné intervence (early intervention – EI) představují ve srovnání s běžnou péčí o osoby s vážným duševním onemocněním potenciál ve snížení rizika hospitalizace, snížení výskytu symptomů nemoci či zvýšení kvality života. Nedávné meta-analýzy porovnávající EI s obvyklou péčí v různých státech a regionech Evropy a USA jednoznačně ukázaly na efektivitu EI při snižování hospitalizací, při riziku relapsu, snižování pozitivních a negativních symptomů onemocnění, snižování míry sebevražednosti a udržení ve vzdělání či zaměstnání (Bird et al., 2010; Bond, Drake, & Luciano, 2015; Marshall & Rathbone, 2011; McCrone, Park, & Knapp, 2010; Randall et al., 2015). Služby ED a EI byly také opakovaně vyhodnoceny jako nákladově efektivní ve střednědobém a dlouhodobém horizontu, jelikož snižují míru hospitalizací a zvyšují schopnost udržet si zaměstnání (Andrew, Knapp, McCrone, Parsonage, & Trachtenberg, 2012; Hastrup et al., 2013; McCrone et al., 2010; Mihalopoulos, Harris, Henry, Harrigan, & McGorry, 2009; Valmaggia et al., 2009). Tyto poznatky spolu se zkušenostmi z praxe vedly k tomu, že v systémech s vysokou úrovní péče o duševně nemocné se celoplošně zavádí systém včasných intervencí (NICE, 2016). Příkladem úspěšného zavádění projektů ED a EI může být například norský program TIPS (*Treatment and Intervention in Psychosis*) (Larsen et al., 2011), dánský program OPUS (Hastrup et al., 2013) nebo britský program včasné intervence LEO (*Lambeth Early Onset*) (Power et al., 2007).

Navzdory zahraniční evidenci nejsou specializované programy včasné detekce a včasné intervence dostupné ve většině zemí střední a východní Evropy, včetně České republiky. Systémy péče o duševní zdraví jsou v tomto regionu převážně založeny na velkých psychiatrických léčebnách a komunitní služby nejsou dostupné těm, kteří je potřebují (Winkler et al., 2017).

Cílem analýzy zahraničních zkušeností zpracovávané pro projekt VIZDOM (*Včasné intervence u závažných duševních onemocnění*) je identifikace zahraničních příkladů dobré praxe poskytování služeb ED a EI se zaměřením na parametry služby, jejich sledované výstupy a jejich efektivitu.



Metodologie

Pro účely analýzy zahraničních zkušeností byla zpracována systematická rešerše odborné literatury, jejímž cílem bylo identifikovat výzkumné studie, které souhrnně hodnotí dosavadní programy zaměřené na včasné intervence a včasné detekce v komunitním prostředí. Následně byly jednotlivé identifikované programy ED a EI popsány z hlediska: a) historie programu, b) vstupních kritérií služby, c) parametrů služby, d) designu studie zaměřujícího se na efektivitu daného programu.

Systematická rešerše

Strategie vyhledávání byla založena na kombinaci klíčových slov „early intervention“, „early detection“, „early diagnosis“ a „mental disease“, „mental disorder“, „mental health“ a „mental illness“. Vyhledávání bylo realizováno v roce 2016 v databázích vědeckých publikací EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library a Web of Science a bylo nalezeno celkem 5127 referencí. Identifikováno bylo 48 studií; z toho 10 systematických rešerší, které hodnotily programy zaměřující se na včasné intervence v komunitním prostředí.

Zahraniční programy včasné intervence

Výzkumné studie analyzující efektivitu zahraničních programů včasné detekce a včasné intervence byly identifikovány prostřednictvím systematické rešerše, z níž byly extrahovány primární studie, které byly dále tříděny podle předem stanovených kritérií.

Inkluzivní kritéria

Do analýzy byly zahrnuty pouze *kontrolované studie*, které srovnávaly programy včasné detekce a intervence s programy poskytujícími obvyklou léčbu v komunitním prostředí.¹

Dále byla předem definována kritéria toho, jaké parametry musí obsahovat služba včasné intervence oproti péči obvyklé: a) včasná intervence musela být postavena na modelu asertivní léčby poskytované terénním týmem, b) služba byla poskytována lidem s vážným duševním onemocněním, u nichž se první symptomy onemocnění projevily méně než dva roky před prvním kontaktem s týmem včasné intervence, c) poskytovaná služba musela zahrnovat alespoň tři různé typy intervence ze seznamu intervencí, který byl sestaven na základě analýzy literatury:

¹ Obvyklá léčba je zpravidla koncipována jako komunitní léčba bez specializované služby pro včasné intervence, anebo léčba v ambulantním prostředí se zahrnutím kognitivně behaviorální terapie (KBT) či farmakoterapie.



- ❖ Case management
- ❖ Krizový management
- ❖ Podpora v zaměstnání a vzdělání
- ❖ Individuální terapie (kognitivně behaviorální terapie - KBT), trénink v sociálních kompetencích)
- ❖ Psychoedukace jedince a rodiny
- ❖ Rodinná terapie
- ❖ Podpora celkové duševní a fyzické pohody
- ❖ Farmakoterapie
- ❖ Kampaně a zvyšování povědomí o službách včasné intervence

Na základě těchto kritérií bylo identifikováno celkem šest programů, které poskytují služby včasné intervence a jejichž efektivita byla již vědecky ověřena. Tyto programy byly ještě rozšířeny o další dvě zahraniční služby včasné intervence, které se vyskytují v zahraniční literatuře, a finský inovativní přístup „otevřený dialog“. Historie programu, vstupní kritéria, parametry služby a efektivita služby pro každý z devíti programů jsou popsány níže².

² Popis programů LEO, TIPS a OPUS byl již členkami týmu VIZDOM zpracován pro účely Metodiky časných intervencí (CRPDZ, 2017). Popisy těchto tří programů byly převzaty a upraveny pro potřeby analýzy zahraničních zkušeností.



Příklady dobré praxe

Programy včasné detekce a včasné intervence pro osoby v raných fázích vážného duševního onemocnění jsou součástí reformy ve zdravotnických službách pro osoby s duševním onemocněním v několika západních zemích. Mezi hlavní průkopníky specializovaných ED a EI služeb patří zejména Velká Británie a skandinávské země (Norsko, Dánsko, Finsko). Příklady dobré praxe z Velké Británie jsou programy LEO (*Lambeth Early Onset*), COAST (*Croydon Outreach and Assertive Support Team*) a ETHOS (*The Early Treatment and Home-based Outreach Service*), které byly implementovány v jižní části Londýna; z oblasti Skandinávie pak dánský program OPUS a norský TIPS (*Treatment and Intervention in Psychosis*). Posledním programem, který byl identifikován prostřednictvím systematické rešerše, je OTP (*Optimal Treatment Programme*), který vychází z mezinárodní studie zahrnující 21 zemí. Kromě identifikovaných programů byla do situační analýzy zahrnuta vůbec první služba včasné intervence – australská služba EPPIC (*Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*), která inspirovala zbytek mezinárodních programů, dále pak americká služba NAVIGATE a finský „otevřený dialog“.

V další části textu je popsána historie každého programu a uvedeny služby, které jsou v rámci daného programu poskytovány. Údaje o efektivitě jednotlivých programů jsou převzaty z primárních studií identifikovaných v systematických rešerších (viz Metodologie).

Lambeth Early Onset (LEO)

Historie programu

V roce 2009 byla služba včasné intervence ve Velké Británii poskytována 145 komunitními týmy (Bird et al., 2010). Jedním z programů je Lambeth Early Onset (LEO), poskytovaný od roku 2000 v jižní části Londýna – v místě s velkou diverzitou etnických skupin a současně v místě s nejvyšší nezaměstnaností ve Velké Británii (Craig et al., 2004).

Vstupní kritéria služby

Služby desetičlenného multidisciplinárního komunitního týmu mohli využívat lidé ve věku mezi 18 a 35 lety v první atace neafektivní psychózy až po dobu 2 let.

Paralelně s projektem LEO též běží program včasné detekce OASIS, který se zaměřuje na populaci ve věku 14 až 35 let s vysokým rizikem rozvoje psychózy. Do služeb proto nejsou přijímány osoby v akutním stavu nemoci, ale osoby zažívající psychologickou zátěž, která má dopad na jejich fungování ve škole, v zaměstnání či v životě obecně.



Parametry služby

Tým LEO ve spolupráci s krizovým týmem a jednotkou akutní lůžkové péče poskytuje podporu pacientům v první atace psychotického onemocnění. Nabízí psychoedukaci, ergoterapii a trénink sociálních dovedností.

Služba též zahrnuje edukaci o psychofarmakách a různé formy terapie, především KBT. Během let došlo k rozšíření portfolia poskytovaných služeb o skupinové intervence, službu pracovní rehabilitace, podpůrné služby pro osoby pečující o blízké s psychotickým onemocněním apod. (Power et al., 2007).

Mimo samotnou práci s pacienty služby LEO intervence zahrnují i školení včasné detekce psychóz, která je poskytována praktickým lékařům a jejímž cílem je budování spolupráce v předávání referencí na osoby s vysokým rizikem rozvoje psychózy od praktických lékařů směrem do krizového týmu (Marshall & Rathbone, 2011).

Spolupracující krizový tým je prvním typem služby, s nímž pacient přichází do kontaktu. Ideální doba kontaktování by neměla být delší než 14 dnů od obdržení reference od blízké osoby či praktického lékaře (NICE, 2016). Krizový tým, který funguje ve všední dny a poskytuje intervence převážně v domácím prostředí pacienta, je zodpovědný nejenom za prvotní posouzení stavu, ale také za případné sjednání spolupráce. Na základě posouzení krizového týmu je následně pacient předán na akutní jednotku lůžkové péče (pouze 5 % klientů/pacientů ve sledované kohortě), častěji však přímo do komunitního týmu. Specializovaný tým poskytuje asertivní péči v rozšířené pracovní době, včetně víkendů a státních svátků.

Dnes je ve Velké Británii standardní doba pro poskytování péče při první epizodě psychózy 3 roky, v případě včasného zotavení jsou obvykle přeměrováni do péče praktického lékaře či standardní péče v centrech duševního zdraví, která poskytují kontinuální podporu s nižší intenzitou. Konkrétní kroky propuštění ze služby jsou však vždy konzultovány jak se samotným pacientem, tak s jeho rodinou.

Efektivita programu

V Lambethu probíhalo v roce 2003 systematické vyhodnocování programu ve spolupráci s Institutem psychiatrie, psychologie a neurověd při King's College London. V něm byla porovnávána efektivita LEO včasných intervencí se standardní péčí poskytovanou komunitními týmy, jejichž členové nebyli speciálně proškoleni v tematice včasných psychóz (Craig et al., 2004).

V rámci randomizované studie bylo sledováno celkem 144 osob s neafektivní a neorganickou psychózou. Intervenční skupinou byli pacienti, kteří čerpali služby v rámci projektu LEO; v kontrolní skupině byli zastoupeni pacienti komunitních týmů, jejichž členům nebyl poskytnut specializovaný výcvik pro práci s včasnými psychózami. Mezi primární sledované výstupy byly zahrnuty: počet dní v hospitalizaci, míra zotavení a relaps. Pro účely této studie je rozlišována plná a částečná remise



a relaps. Jednotlivé kategorie jsou operacionalizovány podle míry pozitivních příznaků onemocnění (Garety et al., 2006). Na základě měření, které probíhalo 18 měsíců po začátku poskytování intervence, lze usuzovat, že v porovnání s kontrolní skupinou bylo mezi pacienty programu včasné intervence LEO nižší procento relapsů a rehospitalizace. Taktéž výsledky na škále sociálního fungování, kvalita života a míra adherence k medikaci byly signifikantně lepší u osob v intervenční skupině (Garety et al., 2006).

Lambeth je část Londýna s vysokou diverzitou zastoupených etnik v populaci a též oblastí s největší prevalencí psychóz napříč Velkou Británií, což mohou být faktory, které omezují možnost plné implementace tohoto modelu v jiných společenských a regionálních kontextech. Výsledky z realizovaných výzkumů však ukazují na efektivitu intervence jak na úrovni jednotlivce, tak z ekonomického hlediska na úrovni společnosti. I proto jsou jednotlivé prvky LEO včasné intervence v souladu s doporučeními pro včasné intervence britského Národního ústavu pro zdraví a kvalitu péče (NICE, 2016).

Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST)

Historie programu

COAST je jeden z programů, který začal vznikat ve Velké Británii v době, kdy neexistoval dostatek vědeckých důkazů o efektivitě služeb včasné intervence (Pelosi & Birchwood, 2003). COAST, stejně tak jako LEO, vznikl v jižní části Londýna, kde byl jeden z největších výskytů psychózy ve Velké Británii (Kirkbride et al., 2006). Cílem služby bylo identifikovat začínající příznaky, a snížit tak dobu neléčené psychózy u lidí v rané fázi.

Vstupní kritéria služby

Služba je určena dospělým lidem z oblasti Croydon, kteří jsou ve věku od 18 do 65 let a kteří zažívají duševní potíže; především funkční psychózy, což jsou psychózy, jejichž příčina není organického původu. Sem se řadí například schizofrenie nebo schizotypální poruchy.

Parametry služby

Služba COAST byla, tak jako ostatní služby včasných intervencí, založena na multidisciplinárním týmu. Tým se skládal z vedoucího člena týmu se vzděláním v oblasti sociálních služeb a koordinátorů služeb (zdravotní sestra anebo pracovní terapeut). Dále byl součástí týmu klinický psycholog pracující na půl úvazku a psychiatr zaměstnaný na třetinový úvazek. Jednou týdně bylo uživatelům nabízeno setkání s rodinným terapeutem. Služba začala fungovat od dubna 2000 a byla dostupná 7 dní v týdnu.



V noci byl tým zastoupen Croydonským ošetrovatelským krizovým týmem (Croydon's Crisis Response Nursing Team).

COAST nabízel lidem v počáteční fázi psychózy několik služeb, které byly vždy přizpůsobeny potřebám uživatele. Mezi nabízené služby patřila kontrola medikace, psychologická intervence (individuální KBT zaměřená na pozitivní symptomy) a v některých případech i rodinná intervence a terapie podle metody Kuipers a jejích kolegů (Kuipers, Leff, & Lam, 2002).

Efektivita programu

Efektivita služby COAST byla během prvního roku od jejího zavedení (duben 2000 – červenec 2001) hodnocena v rámci randomizované kontrolované studie, kde byla porovnávána s běžnou léčbou (Kuipers, Holloway, Rabe-Hesketh, & Tennakoon, 2004). Účastníci, kteří se během posledních pěti let registrovali u místní Croydonské komunitní služby pro dospělé s duševním onemocněním (18–65 let), byli zahrnuti do studie. Lidé byli náhodně rozděleni do dvou skupin a byla jim nabídnuta buď služba COAST, anebo obvyklá léčba, která byla postavena na multidisciplinárním týmu a zahrnovala medikaci a monitorování duševního stavu. Oproti COAST lidé v kontrolní skupině neměli speciální psychologickou službu a nebyly jim poskytnuty žádné informace týkající se včasné intervence. Účastníci, ale i osoby o ně pečující byli hodnoceni několika standardizovanými testy po 6 a posléze i po 9 měsících. Dále byly sledovány dny strávené v nemocnici. Celkem 32 osob bylo zařazeno do COAST programu a 27 lidem byla poskytnuta obvyklá léčba.

Navzdory očekáváním vyšší efektivity COAST došlo ke srovnatelnému zvýšení kvality života a celkovému sociálnímu a psychickému fungování jedince v obou skupinách. Autoři studie se domnívají, že rok byl pravděpodobně krátká doba k prokázání účinnosti tohoto programu. Další důvod by mohl být relativně stabilní duševní stav účastníků, kteří nepotřebovali výrazně velkou pomoc. Účastníci studie byli čerstvě diagnostikováni, což podle Kuipers a jejích kolegů může znamenat, že se s časem zlepšil jejich zdravotní stav nezávisle na intervenci. Došlo ale ke zlepšení kvality života osob pečujících o COAST pacienty. Kromě toho účastníci v intervenční skupině strávili méně dnů v nemocnici.

Mezi hlavní limity této studie patří malý vzorek, nízká účast v návazných měřeních a dále pak fáze, ve které byla intervence poskytnuta. Autoři studie se domnívají, že by služba mohla být teoreticky efektivnější, pokud by byla nabídnuta v ranější fázi nemoci; v první epizodě, anebo již v prodromální fázi. V této souvislosti zmiňují „kognitivní terapii pro prodromální fázi“, která mohla snížit riziko propuknutí psychotické fáze.



The Early Treatment and Home-based Outreach Service (ETHOS)

Historie programu

ETHOS je další z programů včasných intervencí, které byly zavedeny a evaluovány ve Velké Británii (Singh et al., 2007). Oproti jiným britským programům včasné intervence nabízí ETHOS dvouroční balíček komunitních služeb mladým lidem (17–30 let) žijících v jihozápadní části Londýna (populace v roce 2009 – 629 000) a kteří jsou již rok v kontaktu s psychiatrickou službou pro lidi v první epizodě psychózy. ETHOS byl založen v roce 2001 a to v návaznosti na výsledky průzkumu mezi místními službami. Průzkum ukázal, že služby pro osoby v rané fázi psychózy nejsou dostupné a nereflektují individuální potřeby komunit (Singh, Wright, Joyce, Barnes, & Burns, 2003). Z důvodu nedostatku finančních zdrojů pro založení nové služby se rozhodla každá čtvrt' z této části Londýna přispět takovou částkou, která by zaplatila jednoho koordinátora péče na plný úvazek. Mental Health Trust dále pak poskytla další 3 členy týmu na půl úvazku: konzultanta pro oblast práce, zaměstnance na podporu služby a ergoterapeuta. V roce 2005 se tým již skládal z koordinátorů péče (klinický psycholog, komunitní psychiatrická sestra a ergoterapeut) celkově pokrývajících 6,8 úvazku, konzultanta psychiatra na 0,5 úvazku, juniorního lékaře, pracovního terapeuta a administrátora služeb na plné úvazky. V současné době se služba skládá z klinických pracovníků, zástupců pečovatelských služeb a manažerů, kteří řídí rozvoj a fungování služby.

Vstupní kritéria služby

ETHOS je sice zaměřen jen na osoby ve věku 17–30 let, ale přijímá osoby, kterým je služba doporučena od komunitních týmů, psychiatrů anebo týmu pro děti a adolescenty. ETHOS je určen především osobám s psychotickými příznaky, nicméně diagnóza pro příjem do služby není určující.

Parametry služby

Hlavním cílem ETHOS je snížení doby neléčené psychózy a podpora zotavení za použití psychosociální intervence. Setkání probíhají terénní formou, obvykle v prostředí klienta. Balíček služeb, které ETHOS nabízí, zahrnuje terapeutické zapojení, nízké dávky atypických antipsychotik, psychoedukaci, KBT, intervence zaměřené na prevenci relapsu, pracovní poradenství, podporu osob pečujících o klienta a pomoc s bydlením. Celkově je servis velmi flexibilní, proaktivní a kulturně citlivý. Oproti jiným službám je důraz kladen na poradenství v oblasti práce. Pracovní konzultant je důležitou součástí týmu, neboť proaktivně pomáhá klientovi zvládat situace ve škole a v práci, popřípadě mu pomáhá nalézt novou práci, anebo získat sociální



podporu a další vzdělání. Klienti jsou asertivně zapojováni do služby a veškeré intervence včetně potřeby medikace jsou výsledkem shody klientů a ETHOS týmu.

Efektivita programu

ETHOS, tak jako výše zmiňované studie, byl již podroben studii efektivity. Singh spolu s dalšími kolegy (2007) studovali efektivitu této služby během prvních 3 let (2001–2004) od jejího vzniku v roční prospektivní studii a srovnali ji se skupinou, která dostala standardní léčbu v komunitě. Lidé hospitalizovaní z důvodu první epizody a posléze propuštění a doporučení do ETHOS byli přiřazeni do intervenční, anebo kontrolní skupiny (pokud byli léčeni místním týmem poskytujícím služby lidem s duševním onemocněním). Lidé, kteří byli přímo bez hospitalizace doporučení komunitními týmy, nejsou ve studii zahrnuti. Během studie bylo 353 pacientů propuštěno z nemocnice po první epizodě psychózy. V průběhu prvních 18 měsíců dostal tým 41 vhodných doporučení (2,3 / měsíc) a 88 ve druhé polovině studie (4,9 / měsíc). Většina klientů měla diagnózu schizofrenie (82 %). Celkem 83 bylo odkázáno na služby ETHOS a 270 bylo v kontrolní skupině. Přestože ve skupinách nebyly nalezeny rozdíly mezi počtem dnů v nemocnici a frekvencí přijetí do nemocnice, u ETHOS pacientů došlo po roce ke zlepšení v oblasti symptomatologie a celkového fungování jedince (sociální, pracovní a psychologické měřené za použití škály GAF – *Global Assessment of Functioning*). Podobně tomu tak bylo u studie OPUS (Petersen et al., 2005). Dále výzkumníci uvádějí, že se nepodařilo snížit problémy s užíváním návykových látek, což může být kvůli nedostatku vyškolených členů týmu v oblasti duálních diagnóz. Z pohledu intervenčního týmu dochází ke ztrátě kontinuity léčby při přesunu pacientů z komunitní léčby do nemocnice.

Limitem této studie je její samotný design, kterým je naturalistická evaluace efektivity léčeného modelu a nikoli klinická studie. Naturalistická evaluace je spíše kvalitativního rázu a zaměřuje se na okamžitý prožitek účastníků studie; čímž jim dává možnost ovlivnit celkovou evaluaci programu. Jako další omezení studie autoři uvádějí nekonzistenci v typech intervencí, které byly individuálně upravovány potřebám klientů.

Optimal Treatment Project (OTP)

Historie programu

Kombinace tří základních intervencí – optimální dávka medikace, edukace klientů a osob o ně pečujících a asertivní case management byly vnímány jako nejučinnější léčba schizofrenie (Falloon, 1999). Navzdory přesvědčení o jejich účinnosti nebylo v minulosti provedeno mnoho klinicky kontrolovaných studií, které by prověřily efektivitu tohoto integrovaného přístupu. Proto se i Falloon v roce 1994 rozhodl zavést a vyhodnotit optimální léčebný program (Optimal treatment project – OTP), jehož hlav-



ním cílem mělo být prostřednictvím biomedicínských a psychosociálních vědecky ověřených strategií rozvíjet spolupráci mezi pacienty, pečujícími osobami a zdravotníky.

Program OTP vznikl jako mezinárodní studie, v rámci které byly po dobu 5 let (1994–1998) sledovány a následně evaluovány vědecky podložené biomedicínské a psychosociální strategie u osob se schizofrenií a neafektivní psychózou. Do studie zapojené organizace byly vybírány na základě několika požadavků včetně motivace, možnosti supervize, kvality poskytované služby, možnosti poskytnout reprezentativní vzorek klientů se schizofrenií nebo možnosti vyhodnocovat efektivitu a náklady. Program byl postaven na důkladné rešerši intervenčních programů a dále pak konzultován s administrátory a klinickými pracovníky jednotlivých center. Posléze byly multidisciplinární týmy vycvičeny v poskytování léčby, která je popsána blíže v parametrech služby. Spolu s intervencí proběhla každoročně evaluace, která měla zaručit zvyšující se kvalitu modelu. Výsledky ukázaly značné snížení počtu lidí přijatých do nemocnice již během prvního roku.

V rámci OTP vznikly manuály, které byly přeloženy do všech jazyků zúčastněných center a uzpůsobeny kulturním požadavkům. Manuál popisoval možné intervence pro práci s klienty, podporoval aktivní přístup ke klientovi a k napomáhání jeho osobním cílům i v době krize.

Vstupní kritéria

Ve studii, která je popsána níže (Grawe, Falloon, Widen, & Skogvoll, 2006) byli cílovou skupinou lidé ve věku 18–35 let, u kterých byla diagnostikována schizofrenní porucha. Nikdo z účastníků neabsolvoval žádnou léčbu před účastí ve studii. Osoby, u kterých se objevily první známky psychózy před více jak dvěma lety, byly vyloučeny ze studie.

Parametry služby

OTP je založena na biomedicínských a psychosociálních strategiích, které by měly přispívat ke zvýšení kvality života lidí a k dosahování osobních cílů i v době krize. Mezi klíčové dovednosti, ve kterých je celý tým školen, patří například edukace o psychózách, práce se symptomy, užívání léků, práce se stresem, systematické zvládnání problémů a dosahování cílů, trénink sociálních dovedností a asertivní case management. Další formou intervence je individuální terapie (KBT) a vzdělávání rodinných příslušníků, kteří jsou seznámeni s nemocí a edukování, jak postupovat v případě nutnosti krizové intervence. Zásadní roli v celém přístupu hrál multidisciplinární tým, který byl schopný poskytnout okamžitou pomoc, jak ve dne, tak i v noci.

Efektivita programu

Na základě tohoto programu se Grawe spolu s kolegy (2006) zaměřili na jedno z center v Norsku, které bylo zapojeno do projektu OTP a kde se využíval integrovaný přístup



pro práci s lidmi se schizofrenií. Celkem 50 osob bylo náhodně rozděleno do dvou skupin: integrovaná léčba (integrated treatment) a standardní léčba (standard treatment). Standardní léčba byla poskytována v psychiatrické nemocnici nabízející antipsychotika, podporu v bydlení a denní péči, krizovou intervenci a dále pak rehabilitaci cílenou na podporu v bydlení, práci a psychoedukaci. Oproti tomu integrovaná léčba byla poskytována multidisciplinárním týmem, který fungoval nezávisle na standardním programu. Lidem v intervenční skupině byla nad rámec standardní léčby nabídnuta psychoedukace pro rodinu, setkání pro kognitivně-behaviorální rodinnou komunikaci, workshop na zvyšování dovedností pro řešení problémů, intenzivní krizová intervence poskytovaná v domácnosti a individuální KBT. Sezení probíhala v domácím prostředí a jak obsah služby, tak frekvence byly přizpůsobeny cílům a potřebám klientů a osobám, které o ně pečovaly. Během prvních 2 měsíců probíhala sezení každý týden alespoň hodinu. V době krize až třikrát do týdne spolu s telefonickou konzultací. Později byla setkání jednou za 3 týdny. Medikace byla z důvodu brzkého výskytu nemoci udržována na nižší úrovni. Léčba v obou skupinách byla orientována na cíle a řešení problémů. U obou skupin byl hodnocen dopad léčby na symptomy, četnost epizod a vliv na přijímání do nemocnic. Během 2 let byly oba přístupy vyhodnocovány, a ačkoliv integrovaná léčba vedla k lepším výsledkům ve snižování negativních symptomů onemocnění, rozdíly v počtu hospitalizací mezi skupinami nebyly nalezeny. Nicméně jeden z důvodů, proč podle autorů došlo ke snížení symptomů u intervenční skupiny, mohl být vliv léků. Více účastníků v intervenční skupině mělo předepsáno klasická antipsychotika, jež jsou velmi účinná při léčbě negativních symptomů (47 % vs. 30 %). Zatímco skupina se standardní léčbou měla předepsána klopazin (40 %), který se v té době začal předepisovat a který se řadí mezi tzv. atypická antipsychotika (2. generace antipsychotik).

Treatment and Intervention in Psychosis (TIPS)

Historie programu

Cílem programů včasných intervencí je nejen rozpoznání závažných duševních onemocnění v rané fázi, ale i zvyšování informovanosti o zdravotnických službách a změna postojů společnosti k duševnímu zdraví. Norský program TIPS je právě jeden z programů, který se prostřednictvím specializovaných detekčních týmů zaměřuje na destigmatizaci a zvyšování povědomí o službách včasných intervencí v regionech.

Studie TIPS probíhala v regionu Rogaland v Norsku (počet obyvatel 370 tisíc), jako kontrolní sloužila oblast Ullevål v norském Oslu a Roskilde v Dánsku (celkem 295 tisíc obyvatel).

Vstupní kritéria

Kontaktovat detekční tým mohl kdokoliv – sám pacient, jeho blízcí nebo lékař. Služba fungovala od pondělí do pátku. Pokud byla podle škály na určování pozitivních



a negativních symptomů PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale) určena psychóza, pak byla do týdne poskytnuta léčba.

Parametry služby

Léčba první epizody psychózy sestávala z podávání antipsychotik, individuální psychoterapie a rodinné psychoedukace. Hlavním cílem celého projektu bylo zjistit, zda má včasná detekce onemocnění pozitivní vliv na měřené výstupy, především na dobu neléčené psychózy a symptomatiku. Tak jako v ostatních programech i v TIPS bylo klíčové vytvořit multidisciplinární tým. Psychiatr a psycholog, dvě psychiatrické sestry a sociální pracovník tvoří detekční tým, který do 24 hodin provede s pacientem rozhovor, na základě kterého se rozhodne o případné léčbě.

Součástí programu TIPS bylo také vzdělávání veřejnosti, které probíhalo formou kampaně ve třech oblastech: rozpoznání prvních příznaků psychózy, důležitost včasné intervence a informování o činnosti detekčních týmů. Mimo to obdržely všechny domácnosti v regionu Rogaland brožuru se základními informacemi o projektu a pro širší veřejnost byla připravena mediální kampaň sloužící k vyvrácení mýtů o duševních onemocněních. K tomuto účelu sloužily spoty promítané v kinech, televizní a rozhlasové reklamy a vznikla také speciální webová stránka. Důležitou cílovou skupinou v programech včasných intervencí jsou zejména mladí lidé. Z toho důvodu detekční týmy pravidelně čtyřikrát ročně navštěvovaly střední školy v daných regionech. Včasná intervence byla zaměřena nejen na vzdělávání veřejnosti, ale i zdravotníků, kteří jsou většinou ti, se kterými mají lidé s duševními onemocněními první kontakt. Lékaři, psychiatrické sestry a sociální pracovníci byli se službou obeznámeni prostřednictvím seminářů, videí a v rámci společné diskuse. Lékaři byli rovněž pravidelně informováni o výsledcích studie.

Efektivita programu

Nejdůležitějším zjištěním projektu TIPS bylo, že včasná detekce značně zkracuje dobu neléčené psychózy (duration of untreated psychosis – DUP). Existuje několik studií, které srovnávají dopady intervence na pacienty s kontrolní skupinou z regionu, kde kampaň a detekční týmy nepůsobí. V některých studiích byla pro srovnání použita historická kohorta. Ve všech případech se podařilo DUP zkrátit (Lloyd-Evans et al., 2011). Například při srovnání pacientů zahrnutých do TIPS (1997–1998) a historické kohorty ze stejné oblasti (1993–1994) byla podle další studie (Johannessen et al., 2001) průměrná délka neléčené psychózy snížena ze 114 týdnů (medián 26) na 26 (medián 5). Ve studii porovnávající intervenční oblast s kontrolní oblastí, do které bylo během let 1997–2000 zahrnuto celkem 281 osob, byl rozdíl v DUP také signifikantní – medián 5 týdnů oproti 16 týdnům. Pacienti z kontrolní oblasti nastupovali léčbu později a při prvním kontaktu měli více symptomů (Larsen et al., 2011). Po skončení informační kampaně detekční týmy dále pokračovaly ve své činnosti, nicméně výsledky již nebyly tak pozitivní, např. medián délky neléčené psychózy se u lidí přijatých mezi lety 2002 a 2004 opět prodloužil na 15 týdnů (Joa et al., 2007). Po 5 letech od začátku poskytování



služeb včasné intervence dosahovali lepších výsledků pacienti intervenční oblasti ve třech škálách PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) - negativní, kognitivní a depresivní složce, v GAF a také měli oproti lidem z kontrolní oblasti signifikantně více kontaktu s přáteli (Larsen et al., 2011). Žádné statisticky významné rozdíly nebyly prokázány v pravidelnosti účasti na terapiích a v užívání medikace. Pacienti z intervenční skupiny byli během posledního roku (po 5 letech od začátku projektu) signifikantně častěji hospitalizováni a také za celých 5 let dohromady strávili více týdnů v nemocnici (Larsen et al., 2011). Autoři studie však interpretují, že tento výsledek neindikuje, že by na tom byli pacienti z intervenční skupiny zdravotně hůře než osoby z kontrolní skupiny. Pacienti zapojení do programu včasné intervence neměli vyšší riziko relapsu, dokonce se u nich neobjevovaly psychotické symptomy po delší dobu než u lidí z kontrolní skupiny. Hospitalizace mohla být ovlivněna spíše nastavením systému než závažností onemocnění, a tím pádem nemusí být vhodnou proměnnou k hodnocení léčby. Limitem studií byl jejich design, jelikož nebyly randomizované, nicméně i díky velikosti vzorku přispívají jejich výsledky k důkazům o efektivitě a důležitosti implementace programů včasné detekce.

OPUS

Historie služby

Dánský program OPUS je určen lidem s první epizodou, kterým se snaží poskytnout integrovanou léčbu. Na rozdíl od projektu TIPS, který cílil na včasné rozpoznání psychózy, bylo cílem programu OPUS prokázat efektivitu integrované léčby oproti standardní léčbě v komunitních centrech. Poté, co se v randomizované kontrolované studii ukázalo, že lidé z intervenční skupiny dosahují lepších výsledků ve většině sledovaných proměnných, byl program implementován ve všech regionech Dánska jako standardní léčba (Nordentoft et al., 2013).

Vstupní kritéria

Služba hodnocená v rámci níže popsané studie byla pro osoby ve věku 18–45 let s diagnózou schizofrenie podle klasifikace MKN-10. Konkrétně v níže popsané studii lidem nesměla být podávána žádná antipsychotika po dobu více než 12 týdnů léčby, aby mohli být zahrnuti do studie.

Parametry služby

Intervence OPUS je poskytována osmi- až dvanáctičlennými týmy složenými z psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester, ergoterapeutů a sociálních pracovníků. Dříve se podíl pacientů na jednoho pracovníka v komunitních centrech pohyboval mezi 20 až 30 pacienty (Petersen et al., 2005), oproti tomu v týmu včasné intervence se počet pacientů na jednoho člena týmu obvykle pohybuje kolem deseti a nikdy nepřekračuje patnáct. Lidem s první epizodou psychózy poskytují integrovanou



léčbu zahrnující: asertivní komunitní léčbu (assertive community treatment – ACT), trénink sociálních dovedností a rodinnou psychoedukační terapii. Ve spolupráci s každým pacientem je vypracován krizový plán a je mu přidělen primární pracovník, který s ním udržuje kontakt, koordinuje léčbu a komunikuje s ostatními složkami zdravotně-sociálního systému (praktický lékař, sociální služby). Mimo tyto činnosti primární pracovník motivuje pacienta i jeho rodinné příslušníky, aby se zapojovali do aktivit napomáhajících k řešení problémů a vyrovnání se s nemocí, které jsou v rámci programu OPUS nabízeny. Pokud jde o individuální setkání s klienty, mohou probíhat u nich, v okolí jejich bydliště nebo na pracovišti multidisciplinárního týmu. V případě hospitalizace zajišťuje léčbu nemocnice, nicméně primární pracovník tam pacienta každý týden navštěvuje. Psychoedukační terapie (podle McFarlana) se skládá z pravidelných setkání dvou terapeutů a čtyř až šesti pacientů s rodinnými příslušníky. Terapie probíhá dvakrát měsíčně, trvá 90 minut a je orientovaná na rozvíjení schopnosti řešit problémy. Pacienti a jejich rodiny jsou v rámci těchto pravidelných schůzek informováni o nabízených službách a medikaci, velmi důležitou složkou těchto setkání jsou také rozhovory s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Trénink sociálních dovedností se koná buď ve skupinkách šesti pacientů, nebo individuálně, pokud si to pacient přeje. Trénuje se především zvládání symptomů, řešení konfliktů a správné dodržování medikace. Pacientům, kteří rozvoj sociálních dovedností nepotřebují, je poskytnuta individuální psychoedukace. Léčba zahrnuje dále KBT, podporované zaměstnávání, nutriční poradenství, fyzické aktivity, pomoc s výchovou dětí nebo programy na odvykání kouření. Služba funguje ve všední dny od 8 do 17 hodin, případně mohou pacienti nechat členům týmu vzkaz na záznamníku, pokud volají mimo pracovní dobu. Služba je poskytována po dobu dvou let, pro každého je pak vypracován krizový plán.

Efektivita programu

V rámci této studie byla porovnávána efektivita standardní péče s včasnou intervencí OPUS. Standardní péče byla nejčastěji poskytována v centrech duševního zdraví, pouze v omezených případech přímo u pacienta doma (Nordentoft et al., 2013). Pacienti standardní péče byli v kontaktu s lékařem, psychiatrickou sestrou, někdy i se sociálním pracovníkem. Výsledky randomizované kontrolní studie s celkem 547 účastníky (Petersen et al., 2005) dokazují úspěšnost a efektivitu integrované terapie oproti standardní péči. Do studie byli zařazeni všichni hospitalizovaní nebo ambulantní pacienti ze všech zařízení ve vybraných regionech s diagnózami F20–F29, splňující věkový limit a nebrali antipsychotické léky déle než 3 předcházející měsíce. Pacienti čerpající služby programu OPUS dosahovali výrazně lepšího skóre ve škálách SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) a SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) a GAF. Signifikantní rozdíl mezi skupinami byl po prvním roce léčby také v podílu pacientů, kteří žili sami nezávisle a kteří se účastnili rehabilitace. Další významný rozdíl byl v adherenci k léčbě – výrazně méně pacientů z intervenční skupiny léčbu přerušilo na dobu delší než jeden měsíc. Navíc strávili signifikantně méně dní v nemocnicích. Další výsledky naznačují, že by do programu měla být zařa-



zena speciální intervence zaměřená na snížení sebevražednosti. Autoři navrhnou například nepřetržitou 24hodinovou podporu pro pacienty nebo kognitivně-behaviorální terapii. Celkově všechny výsledky hovoří ve prospěch programu OPUS oproti běžné léčbě, což dokazuje také fakt, že byl program začleněn do dánského zdravotního systému jako povinná součást standardní péče. Po uplynutí doby trvání programu OPUS, který byl koncipován na 2 roky, byli pacienti integrováni do standardní péče komunitních center duševního zdraví. Dnes je integrovaná léčba v Dánsku dostupná všem lidem s první epizodou psychózy s možností prodloužení trvání programu v případě zájmu.

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)

Ačkoliv služba EPPIC nebyla identifikována v naší systematické rešerši, je považována za první službu, který přispěla k reformám v psychiatrii v oblasti včasných intervencí v řadě zemí, jakou byla například Anglie se službou LEO. Z toho důvodu je služba uvedena a popsána níže.

Historie programu

Vznik služby EPPIC byl již od počátku cílen na mladé lidi, u nichž se mohou již v adolescenci nebo v mladém dospělosti projevit prvotní příznaky psychotického onemocnění. Podle původních předpokladů mají jak pacienti, tak jejich blízcí problém si připustit, že mají určitou formu duševního onemocnění, což jim může bránit v ochotě vyhledat odbornou pomoc. V důsledku této bariéry dochází k prodlení ve vyhledání odborné péče až o 1 nebo 2 roky a k tzv. sekundárnímu poškození v oblasti sociální, rodinné a pracovní (McGorry, 1993). McGorry mimo jiné poukazyval i na neexistující australský zdravotnický systém, jež by byl uzpůsoben potřebám této skupiny lidí; většina mladistvých si odnášela až traumatické zážitky z prvního kontaktu s psychiatrickou službou (McGorry et al., 1991).

EPPIC program vznikl v australském regionu a jeho cílovou skupinou se staly osoby ve věku 16–30 let. EPPIC program jako takový poskytoval oproti původní službě flexibilnější přístup k léčbě s příslibem snížení délky pobytu v nemocnici a celkově tak snížení počtu případů a hospitalizací. Od roku 1984 až do roku 1993 bylo přibližně ošetřeno 700 osob s první epizodou psychózy. Následně vzniklo centrum EPPIC, které rozšířilo existující nabídku o komunitní a mimonemocniční služby. Cílem bylo zaměřit se nejen na snížení symptomů, ale například i na psychosociální fungování člověka, které upadá především v prvotní fázi nemoci. Klíčovými prvky bylo: terénní hodnocení psychotického stavu a detekční tým, jenž měl za cíl snížit dobu neléčené psychózy a zajistit zapojení se do péče (McGorry, 2015).

V současné době EPPIC spolupracuje se službou pro zdraví mladých lidí – Orygen Youth Health – světově uznávaným programem pro mladistvé, který vznikl



v Melbourne v Austrálii. Jeho účelem je poskytovat klinické služby a integrovaný komunitní program pro mladé lidi s duševními onemocněním ve věku od 15 do 24 let.

Vstupní kritéria služby

Kritéria pro přijetí do programu EPPIC reflektují dva cíle služby: prevenci a rozvoj dovedností mladých lidí v rané fázi psychotického onemocnění (McGorry, 1993). Cílovou skupinou jsou lidé ve věku 16–30 let, jimž je nabídnuto vyšetření zdravotního stavu, léčba a podpora v jakémkoliv stadiu nemoci i po propuštění z ambulantní péče. Jak již bylo zmíněno, služba se zaměřuje především na osoby v prepsychotické a prodromální fázi. Těmto lidem je poskytována řada terapeutických intervencí v speciálních centrech, která vznikla například i pod záštitou dětské nemocnice (McGorry, 1993, 2015).

Parametry služby

Klíčovým prvkem služby je terénní detekční tým, jehož cílem je snížit délku neléčené psychózy (DUP) a zajistit pozitivní zkušenost s poskytující službou. Služba může být využívána až po dobu dvou let od diagnózy. Důležitou součástí je synergie s výzkumným týmem, který skrze klinické studie vyhodnocuje efektivitu psychosociálních služeb.

Centrum pro včasnou intervenci a prevenci psychózy se skládá z několika komponentů: (1) z týmu včasné intervence (Early Psychosis Assessment Team - EPAT), který nabízí okamžité vyhodnocení stavu pacientů s počátečními symptomy; (2) z lůžkových a ambulantních služeb a (3) z denního programu, který probíhá v domácím prostředí a slouží k zachování a rozvoji dovedností jedince nutných pro integraci zpět do komunity. Poslední složkou je výzkum, který vyhodnocuje efektivitu a benefity jednotlivých služeb, jako je například kognitivně orientovaná psychoterapie pro včasné intervence (C.O.P.E). Všechny složky se navzájem prolínají a poskytují jedinci integrovanou péči již od prvotních příznaků nemoci.

Ve studii McGorryho z roku 2015 jsou níže 3 uvedené prvky služby rozpracovány do modelu o 16 komponentech, které mohou být individuálně upravovány a přizpůsobovány potřebám jedince a jeho rodině. (1) První prvkem je včasná detekce, tedy komunitní vzdělání sloužící ke zvyšování povědomí o duševních onemocněních u mladých lidí a veřejnosti; snadný přístup ke službě a pomoc i těm, kteří nesplňují kritéria cílové skupiny; hodnocení stavu a pomoc v domácím prostředí (poskytováno multidisciplinárním týmem nepřetržitě 24 hodin a 7 dní v týdnu). Dále je poskytována (2) akutní péče v akutní fázi a i ve fázi po epizodě. (3) Pokračující následná péče se skládá z case managementu; nízké dávky psychofarmak; psychologických intervencí (psychoedukace, individuální psychoterapie, KBT); programu na zotavení s důrazem na návrat do sociálního, vzdělávacího a pracovního prostředí; skupinových programů (zvládání stresu a úzkostí, prohlubování sociálních kompetencí); programu pro rodinu a blízké; podpora peer pracovníků; spolupráce s organizacemi, které mohou podpořit



mladé lidi s duševním onemocněním; podpora a rozvoj zdravotníků a speciálních služeb pro osoby ve vysokém riziku onemocnění (ultra-high risk).

Efektivita programu

McGorry (1993) ve svém článku poukazoval na přínos služby EPPIC, která již rok po spuštění snížila dobu čekání na poskytnutí pomoci. Další studie (Mihalopoulos et al., 2009) se zaměřovala na období počáteční fáze služby a jejím hlavním záměrem byla analýza nákladové efektivity (cost-effective analysis), která měla vyhodnotit vytížení a využití poskytovaných služeb, náklady s nimi spojené a průměrnou cenu služby. Účastníci, kteří se přihlásili prostřednictvím komunitního centra pro včasnou detekci psychózy v období let 1993–1994, byli zahrnuti do studie. Celkem 51 účastníků bylo zařazeno do EPPIC programu a srovnáváno s 51 osobami v kontrolní skupině, kterým byla nabídnuta péče poskytovaná před EPPIC programem. Mezi započítané náklady patřilo například využívání ambulantních a mimoambulantních služeb, průměrný náklad na zlepšení psychosociálního fungování jedince anebo využití medikace. Výsledky ukázaly, že služba poskytovaná před EPPIC programem je finančně nákladnější nežli služba EPPIC. Nicméně pokud bychom se zaměřili pouze na náklady spojené s mimoambulantní péčí, tak tyto náklady jsou dvakrát vyšší pro službu EPPIC. Je to z toho důvodu, že skupina EPPIC více využívala komunitních služeb. Podle autorů studie služba EPPIC může být ze začátku nákladnější, ale v celkovém horizontu snižuje náklady snižováním nemocničních lůžek. Nicméně nemůžeme říci, že tato služba je jako taková efektivnější při léčbě psychózy. K tomu je třeba dále zkoumat a srovnávat služby včasných intervencí z pohledu snižování symptomů, zlepšování duševního zdraví a zvyšování kvality života

NAVIGATE

Historie programu

Služba včasné intervence NAVIGATE vznikla ve Spojených státech amerických po roce 2008 v reakci na implementaci podobných programů, jako byl EPPIC v Austrálii (McGorry, 1993), LEO v Anglii (Craig et al., 2004) anebo OPUS v Dánsku (Petersen et al., 2005). Dalším důvodem byla narůstající poptávka po komplexní zdravotnické službě, která by pokryla specifické potřeby člověka, který si prošel první epizodou psychózy (Mueser et al., 2015). Program NAVIGATE byl vytvořen pod záštitou projektu RAISE (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode) a doplnil tak americké zdravotnictví o multidisciplinární tým, který pomáhá lidem s první epizodou a jejich rodinám k lepšímu přístupu ke zdravotnickým službám a k celkovému duševnímu zdraví. I když služba NAVIGATE není zahrnuta v systematické rešerši, byla zahrnuta do analýzy zahraničních zkušeností jako další možný zdroj informací a inspirace.



Vstupní kritéria služby

Služba je nabízena primárně lidem ve věku od 15 do 35 let a dále pak lidem, u kterých se objevila první epizoda psychózy (až do věku 40 let). Mezi hlavní cílovou skupinu patří lidé, u kterých byla diagnostikována určitá forma schizofrenie. Cílem je těmto lidem poskytnout pomoc již v počáteční fázi léčby, kdy je jejich antipsychotická medikace nízká, a to nezávisle na délce trvání symptomů (Mueser et al., 2015).

Parametry služby

NAVIGATE je komunitní služba, která je provázána s ambulantními službami, kam mohou být klienti ve vážnějším stadiu nemoci předáni. Cílem programu je poskytnout podporu v jakékoliv fázi nemoci, a zlepšit tak mentální, fyzické a psychosociální fungování jedince a podpořit jeho integraci do komunity.

Program se skládá ze čtyř složek: (1) individuálního tréninku na budování odolnosti (individual resilience training – IRT), (2) podpory práce a vzdělání (employment and education – SEE), (3) rodinné psychoedukace (family education program – FEP) a (4) individuálně nastavené medikaci.

Základem multidisciplinárního týmu je 5 členů: zdravotník předepisující a monitorující účinnost léků (psychiatr nebo zdravotní sestra). Dále dva kliničtí pracovníci (obvykle s magisterským vzděláním) poskytující trénink na posílení duševní odolnosti, dosahování cílů a pochopení průběhu a léčby psychózy. Tito členové mohou být i case managerem; popřípadě case manager je šestým členem týmu. Dalším do týmu patří specialista na podporu práce a vzdělání (obvykle s bakalářským titulem) a vedoucí pracovník (s magisterským vzděláním). Ten koordinuje a vede celý tým a poskytuje vzdělání pro rodinné příslušníky (FEP) a navazuje s nimi spolupráci. Od všech členů týmu se ale očekává společné rozhodování o léčbě spolu s pacientem, orientace na pozitivní atributy daného člověka a zdroje k získání kontroly nad situací. Obrovský důraz v této službě je kladen na zvyšování motivace skrze nastavování osobních cílů. Všichni členové týmu musí mít povědomí o práci s rodinami a blízkými lidmi a o poskytování informací o nemoci a léčbě. Do týmu mohou spadat i peer pracovníci.

Od členů týmu se neočekává práce na plný úvazek. Počet týmů a členů v týmu záleží na množství pacientů v dané oblasti. Počet pacientů na jeden tým za rok byl podle studie 30, anebo méně (Mueser et al., 2015).

Efektivita programu

Ačkoliv se jedná o relativně novou službu, její pozitivní dopad na kvalitu života osob s první epizodou byl již prokázán (Kane et al., 2015). Klastrová randomizovaná kon-



trolovaná studie srovnávala dopad programu NAVIGATE ve srovnání s klasickou komunitní léčbou³ na kvalitu života pacientů. Celkem 404 osob ve věku 15–40 let se schizofrenním typem onemocnění bylo náhodně rozděleno do programu NAVIGATE, anebo do klasické komunitní léčby. Do programu bylo zapojeno 34 klinik z 21 států a léčba byla poskytována po dobu dvou let. Služby programu NAVIGATE využilo celkem 223 pacientů a komunitních služeb 181. Medián pro délku neléčené psychózy (DUP) pro obě skupiny byl 74 týdnů. NAVIGATE pacienti ve srovnání s pacienty z komunitní péče častěji využívali ambulantních služeb a měli tendence zůstat v léčbě déle (medián 23 měsíců vs. 17 měsíců). Průměrná délka hospitalizace byla ovšem kratší u pacientů v programu NAVIGATE. Během dvou let fungování programu bylo hospitalizováno 34 % NAVIGATE pacientů a 37 % pacientů z komunitních služeb. Na konci fungování programu měli pacienti ze skupiny NAVIGATE ve srovnání s kontrolní skupinou vyšší kvalitu života, a to především v oblasti interpersonálních vztahů, smyslu, motivace, emocionálního zapojení a zapojení se do aktivit. Mimoto NAVIGATE skupina vykazovala značné zlepšení symptomů a zapojení do práce a ve škole.

Otevřený dialog

Historie programu

Přístup Otevřeného dialogu se zrodil v Torniu v Laponsku v osmdesátých letech, kde mobilní týmy začaly intenzivně pracovat s rodinami na základě svého výcviku v systemické terapii.⁴ Otevřený dialog vznikl na základě Finského národního programu pro schizofrenii (Finnish National Schizophrenia Project). Ten byl zaměřený na zvládnutí akutních stavů lidí s první psychotickou atakou a zdůrazňoval přístup zaměřený na potřeby, rychlou včasnou intervenci, zapojení všech aktérů do plánování léčby a užití terapeutického přístupu jak ve vyšetření, tak v léčbě (Seikkula et al., 2006).

Na tento přístup, zvaný také někdy „finský model zaměřený na potřeby“ (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen, & Syvälahti, 2000), Otevřený dialog navazuje a dále ho rozvíjí, jak v oblasti praktických způsobů práce, tak filozofických předpokladů (jako je například východisko, že dialog a komunikace jsou klíčovým prvkem terapie i života – (Seikkula & Olson, 2003). Týmy ve své práci přikročily ke společnému plánování léčby se všemi zúčastněnými a společnému rozhodování na setkáních. V regionu Tornia se otevřený dialog stal dominantním přístupem k lidem, kteří mají zkušenost s psychózou, zejména v krizové a pokrizové péči.

³ Klasická komunitní služba se skládala z léčby pro psychotické pacienty, kterou určil klinický pracovník, a podle možností dané služby. Členům komunitního týmu nebyl nabídnut žádný trénink, navíc ani supervize.

⁴ Tedy v přístupu v rodinné terapii, který vychází ze sociálního konstrukcionismu, klade důraz na jazyk a komunikaci a na rodinu pohlíží jako na systém (Vybíral & Roubal, 2010).



Vstupní kritéria služby

Péče s principy otevřeného dialogu, tak jak byla původně zavedena v západním Laponsku, je určena pro všechny klienty s první epizodou neafektivních psychotických onemocnění s důrazem na okamžitou péči s prvních setkáním do 24 hodin (Seikkula et al., 2006).

Parametry služby

Postupně byla formulována východiska a principy otevřeného dialogu. Otevřený dialog se snaží flexibilně reagovat na všechny potřeby člověka s rozvíjející se první psychotickou atakou a jeho blízkých, integruje různé formy podpory či terapie (rodinná, individuální, skupinová, pracovní, farmakologická) do jednotícího procesu léčby s ohledem na principy otevřeného dialogu (Seikkula et al., 2006). Principů bývá v literatuře uváděno 7 (Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2003).

OKAMŽITÁ ODEZVA. Setkání se organizují do 24 hodin po prvním kontaktu s týmem.

ZODPOVĚDNOST A TÝMOVÁ PRÁCE. Setkání s klientem probíhají týmově a všichni členové týmu mají odpovědnost za proces léčby.

ZAMĚŘENÍ NA SOCIÁLNÍ SÍŤ. Do podpory jsou co možná nejdříve a co možná nejintenzivněji zapojováni blízcí lidé pacienta.

FLEXIBILITA A MOBILITA. Podpora se v maximální míře zaměřuje na potřeby pacienta a jeho blízkých, co se týče místa a frekvence setkávání, ale i přístupu k léčbě.

TOLERANCE NEJISTOTY. Pevný plán léčby není předem stanovený, aby se předešlo předčasnému rozhodování, plánování péče se děje během setkání.

DIALOGISMUS. Během setkání je cílem vytvořit prostor pro společné naslouchání, komunikaci a hledání řešení.

PSYCHOLOGICKÁ KONTINUITA. Tým lidí, se kterými se pacient setkal, jej doprovází během celé doby, kdy je podpora poskytována.

Z uvedených principů je zřejmé, že přístup ovlivňuje zásadně jak způsob organizace péče (rychlá odezva, intenzita, týmový přístup), tak i způsob práce na úrovni jednotlivce a jeho sociálního okolí. Důraz se klade na terapeutický rozhovor vycházející z rodinné terapie a tzv. kolaborativních a reflektujících přístupů (Andersen, 1995). Tým zapojuje celou širokou sociální síť a podporuje všechny potřebné členy systému, jichž se krize dotýká. Společně hledají význam probíhajících procesů. Farmakoterapie je zvažována jako jeden z prostředků léčby, který může vést k podpoře vedení rozhovoru.

Praxe otevřeného dialogu se od roku 2003 rozšiřuje v Anglii, v Německu, v Polsku proběhl v letech 2015–2016 projekt zaměřený na přenos praxe otevřeného dialogu v rámci Norských fondů (Fundacja Concordia) a německý psychiatr Werner Schütze



zde vede výcviky v tomto přístupu. V Česku se šíří myšlenky a praxe otevřeného dialogu především přes platformu Narativ (www.narativ.cz), která pořádá semináře a workshopy se zakladatelem otevřeného dialogu Jaakkem Seikkulou a dalšími představiteli přístupu, a od roku 2017 probíhá výcvik, který také vede Werner Schütze.

Efektivita programu

Studie ze zavádění otevřeného dialogu (Seikkula et al., 2003) porovnávala výsledky pacientů v první epizodě psychotických onemocnění ve finském Laponsku v regionu Tornia, kde byly zavedené služby založené na otevřeném dialogu, s kontrolní skupinou z jiného centra pro integrovanou léčbu akutních psychóz. Do vzorku byli zařazeni pacienti s psychotickými onemocněními, přičemž vyloučeny byly osoby s diagnózou přechodné psychotické epizody. Z výsledků vyplývá, že po dvou letech trvání programů měli pacienti zahrnutí do služby využívající otevřený dialog více rodinných setkání, méně relapsů, kratší hospitalizace, lepší fungování (podle škály GAF) a menší počet pacientů užívajících antipsychotika. Autoři nicméně upozorňují na malé vzorky (celkem 71 osob), což mohlo zkreslit výsledky.

Historická studie provedená ve stejném regionu jako výzkumy popisované v předchozím odstavci zkoumala incidenci onemocnění schizofrenního spektra před a po zavedení týmů pracujících podle principů otevřeného dialogu (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011). V prvním roce fungování terénních týmů 40 % nových případů nebylo vůbec hospitalizováno a po čtyřech letech fungování týmů klesl počet prvních hospitalizací na nulu. Incidence schizofrenních poruch signifikantně klesla (z 30,3 na 17,1 případů⁵), ačkoli počty prvních přijetí do extramurálních a pobytových služeb vzrostly (ze 173 na 216), což ukazuje na úspěšné intervence v prodromálních fázích, kdy se příznaky u klientů nerozvinou ve schizofrenii. Nicméně zvolený design studie má jistá omezení, především neexistenci srovnatelné kontrolní skupiny či vyloučení dalších externích faktorů.

Neexistuje tedy dostatečně přesvědčivá výzkumná evidence, která by zkoumala efektivitu práce podle přístupu otevřeného dialogu, na což upozorňuje například rešerše studií zabývajících se otevřeným dialogem (Lakeman, 2014). Kromě toho zmiňované studie nezahrnuly kontrolní skupiny a výzkumné vzorky byly malé. Lakeman (2014) ve své rešerši také upozorňuje na to, že u těchto studiích nešlo vyloučit vliv dalších faktorů, jako je například to, že velké množství pracovníků prošlo terapeutickými kurzy. Uvedené studie probíhaly pouze v regionu západního Laponska, což může být problematické ve snahách přenést zkušenosti do jiných (např. velkoměstských či kulturně odlišných) regionů.

Nicméně, jak je patrné z výše uvedených principů práce a vymezení cílové skupiny, přístup otevřeného dialogu sdílí určité společné prvky s dalšími programy včasných intervencí zahrnutých do této publikace. Jde například o důraz na rychlost intervence,

⁵ Autoři uvádějí údaje jako průměr za 4 roky před fungováním služby a první 4 roky po zavedení služby.



vyšší frekvenci schůzek s klientem, terénní práci v prostředí klienta a snahu zahrnout do terapeutické práce rodinu či sociální síť klienta. Na rozdíl od ostatních programů však autoři tohoto přístupu kladou důraz na filozofické zakotvení (Aaltonen et al., 2011; Seikkula & Olson, 2003) obecněji formulované klíčové prvky, tak jak jsou shrnuté výše.

V neposlední řadě je nutné reflektovat i to, že přístup otevřeného dialogu v českém prostředí stále větší ohlas (především díky skupině Narativ), znalost otevřeného dialogu či přímo zkušenosti s ním uváděli ostatně i čeští poskytovatelé sociálních služeb (viz Situační analýza české zkušenosti).



Shrnutí

Služby včasné intervence jsou plně komplementární s procesem deinstitucionalizace i s pracovními postupy center duševního zdraví. Ačkoli existuje zahraniční evidence o efektivitě přístupů používaných v komunitních centrech pro práci s lidmi s chronickým duševním onemocněním, ED a EI jsou v porovnání s těmito službami poskytovanými v komunitních centrech jednoznačně ještě efektivnější u lidí s první a před první epizodou závažného duševního onemocnění (Craig et al., 2004; Grawe et al., 2006; Petersen et al., 2005). Zahraniční studie dokazují, že včasné intervence poskytované multidisciplinárními terénními týmy představují ve srovnání s běžnou péčí o osoby v rané fázi vážného duševního onemocnění poskytovanou v komunitě (jejímž jsou centra duševního zdraví příkladem) potenciál ve snížení rizika hospitalizace (Bird et al., 2010), snížení rizika relapsu (Bird et al., 2010), snížení symptomů nemoci (Bird et al., 2010) a ve zkrácení doby neléčené psychózy (Larsen et al., 2011).

Rešerše zahraničních příkladů dobré praxe, která byla zpracována pro projekt VIZDOM, ukazuje, že hlavní cílovou skupinou specializovaných programů včasné detekce a včasné intervence jsou lidé ve věku 18–35 let, kteří jsou specializovaným týmem zachyceni v raných fázích vážného duševního onemocnění, a následně je jim poskytována kontinuální podpora, a to obvykle až po dobu dvou let. Služby jsou zpravidla dostupné od pondělí do pátku, některé i o víkendech, a večer jsou zastoupeny krizovými centry. Důležitou součástí zahraničních programů jsou i krizové týmy, které ideálně po vyhodnocení stavu předají pacienty týmům včasné detekce a intervence.

Z hlediska obsahu jednotlivých služeb nabízených klientům se programy potkávají v několika bodech. Jednak všechny výše uvedené programy disponují multidisciplinárními týmy (většinou o 10 členech; poměr 1 člen týmu na 10 pacientů) pracujícími na bázi asertivní komunitní péče. Tyto týmy měly v mnoha studiích koordinátory/primární kontakt, který provází pacienta po celou dobu využívání služby a který je důležitým činitelem v kontaktu s ostatními službami a rodinou. Zejména udržování kontaktu během fáze, kdy se pacient ocitne v klinickém zařízení, je klíčovým prvkem pro kontinuitu léčby. Služby jsou prováděny terénní formou většinou v bydlišti či v nejbližším okolí bydliště pacienta. Mezi hlavní strategie patří: nízké dávky medikamentů a psychosociální intervence, v rámci kterých jsou nabízeny různé formy psychoedukace (o nemoci, léčbě, psychofarmakách) a terapie (individuální KBT, rodinná terapie, podpora v zaměstnání a vzdělání, nutriční poradenství a poradenství ohledně fyzického zdraví). Kromě práce s jedincem je kladen důraz na práci s lidmi pečujícími o duševně nemocné, vzdělávání zaměstnanců zdravotnických zařízení (lékaře, sociální pracovníky) a zvyšování informovanosti o službách a duševních onemocněních u obecné populace.

I když v některých případech studie nebyla prokázána efektivita včasných intervencí oproti standardní péči (Kuipers et al., 2004; Singh et al., 2007), ve většině zmíněných



studií bylo prokázáno, že služby včasné intervence mohou napomoci snížit riziko relapsu (Craig et al., 2004), zvýšit adherenci k léčbě (Craig et al., 2004; Petersen et al., 2005) a snížit dny strávené v nemocnici (Kuipers et al., 2004; Petersen et al., 2005). Včasné intervence podle výzkumů přispívají ke snižování negativních a pozitivních symptomů a zvyšování kvality života (Craig et al., 2004; Petersen et al., 2005; Singh et al., 2007). Navzdory pozitivním výsledkům je třeba zmínit i limity studií. V mnoha studiích se objevovala krátká doba pro vyhodnocení. Autoři vyhodnocující službu ETHOS (Singh et al., 2007) uvedli nekonzistenci v intervencích a ztrátu kontaktu při přesunu do nemocnice jako jedno z omezení studie. Pokud jde o budoucí směřování rozvoje programů včasných detekcí a intervencí, autoři poukazovali na vzdělávání a práci s duální diagnózou (Singh et al., 2007) a speciální část programu zaměřenou na snížení sebevražednosti (Petersen et al., 2005).

V dlouhodobém hledisku se ED a EI služby ukazují být jako nákladově efektivní a i z ekonomického hlediska je proto žádoucí iniciovat jejich pilotní testování v ČR.



Reference

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179-191. doi:10.1080/17522439.2011.601750
- Andrew, A., Knapp, M., McCrone, P. R., Parsonage, M., & Trachtenberg, M. (2012). Effective interventions in schizophrenia: the economic case.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356. doi:10.1192/bjp.bp.109.074526
- Bond, G., Drake, R., & Luciano, A. (2015). Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 446-457. doi:10.1017/S2045796014000419
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329(7474), 1067. doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C
- CRPDZ. (2017). *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních týmech*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Falloon, I. R. (1999). Rehab rounds: optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatric Services*, 50(5), 615-618. doi:10.1176/ps.50.5.615
- Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., . . . Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 37-45. doi:10.1192/bjp.bp.104.007286
- Grawe, R., Falloon, I., Widen, J., & Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 328-336. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x
- Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., . . . Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 35-41. doi:10.1192/bjp.bp.112.112300



- Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., . . . Larsen, T. K. (2007). The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 466-472. doi:10.1093/schbul/sbm095
- Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., . . . Opjordsmoen, S. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 51(1), 39-46. doi:10.1016/S0920-9964(01)00237-7
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., . . . Estroff, S. E. (2015). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-372. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15050632
- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Tarrant, J., . . . Leff, J. P. (2006). Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 250-258. doi:10.1001/archpsyc.63.3.250
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S., & Tennakoon, L. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 358-363. doi:10.1007/s00127-004-0754-4
- Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D. (2002). *Family work for schizophrenia: a practical guide*. (2nd ed.). London: Gaskell.
- Lakeman, R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 28.
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., . . . Simonsen, E. (2011). Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychological Medicine*, 41(7), 1461-1469. doi:10.1017/S0033291710002023
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15(5), 312-320. doi:10.1016/S0924-9338(00)00400-4
- Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M., & Johnson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 256-263. doi:10.1192/bjp.bp.109.075622
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD004718.pub3



- McCrone, P., Park, A.-L., & Knapp, M. (2010). Economic evaluation of early intervention (EI) services: Phase IV report.
- McGorry, P. (1993). Early psychosis prevention and intervention centre. *Australasian Psychiatry*, 1(1), 32-34. doi:10.3109/10398569309081303
- McGorry, P. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 310. doi:10.1097/NMD.0000000000000284
- McGorry, P., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D., & Singh, B. S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognized postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*. doi:10.1097/00005053-199105000-00002
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S., & McGorry, P. (2009). Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 909-918. doi:10.1093/schbul/sbp054
- Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., . . . McGurk, S. R. (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis: rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*, 66(7), 680-690. doi:10.1176/appi.ps.201400413
- NICE. (2016). Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance: National Institute for Health and Care Excellence London.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., . . . Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176
- Pelosi, A. J., & Birchwood, M. (2003). Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *The British Journal of Psychiatry*, 182(3), 196-198.
doi: 10.1192/bjp.182.3.196
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M.-B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., . . . Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *British Medical Journal*, 331(7517), 602. doi:10.1136/bmj.38565.415000.E01
- Power, P., McGuire, P., Iacoponi, E., Garety, P., Morris, E., Valmaggia, L., . . . Craig, T. (2007). Lambeth early onset (LEO) and outreach & support in south London (OASIS) service. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 97-103.
doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00010.x
- Randall, J. R., Vokey, S., Loewen, H., Martens, P. J., Brownell, M., Katz, A., . . . Chateau, D. (2015). A Systematic Review of the Effect of Early Interventions for Psychosis on the Usage of Inpatient Services. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1379-1386. doi:10.1093/schbul/sbv016



- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228. doi:10.1080/10503300500268490
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x
- Singh, S., Grange, T., Vijaykrishnan, A., Francis, S., White, S., Fisher, H., . . . Finn, M. (2007). One-year outcome of an early intervention in psychosis service: a naturalistic evaluation. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(3), 282-287. doi:10.1111/j.1751-7893.2008.00069.x
- Singh, S., Wright, C., Joyce, E., Barnes, T., & Burns, T. (2003). Developing early intervention services in the NHS: a survey to guide workforce and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 27(7), 254-258. doi:10.1192/pb.27.7.254
- Valmaggia, L., McCrone, P., Knapp, M., Woolley, J., Broome, M., Tabraham, P., . . . Lappin, J. (2009). Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychological Medicine*, 39(10), 1617-1626. doi:10.1017/S0033291709005613
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*: Praha: Portál.
- Winkler, P., Krupchanka, D., Roberts, T., Kondratová, L., Machů, V., Höschl, C., . . . Bitter, I. (2017). A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(8), 634-642. doi:10.1016/S2215-0366(17)30135-9