



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NUDZ
NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

**VIZ
DOM**



METODIKA VÝCVIKU TÝMŮ VČASNÉ DETEKCE A VČASNÉ INTERVENCE



Seznam lektorů

Mgr. Dana Čechová

Mgr. Zuzana Durajová

Mgr. Katarína Durecová

Mgr. Marek Fiala

MUDr. Michal Goetz, Ph.D.

Jaroslav Hodboď

Mgr. Barbora Hrdličková

MUDr. Pavel Knytl

Mgr. Lucie Kondrátová

MUDr. Jan Lorenc

Prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Mgr. Pavel Nepustil, Ph.D.

Mgr. Jana Pěčová

Mgr. Marek Rubricius

Mgr. Pavel Říčan

MUDr. Jan Stuchlík

Mgr. Kateřina Szabová

Mgr. Jiří Šupa, Ph.D.

MUDr. Patrik Švancer

Bc. Jan Tyl

[NUDZ](#)

[Národní ústav duševního zdraví](#)

[Výzkumný program Sociální psychiatrie](#)

[Topolová 748, 250 67 Klecany](#)

[2020](#)



Metodika výcviku regionálních týmů včasné detekce a včasné intervence

Publikace vznikla v rámci projektu VIZDOM „Včasné intervence u závažných duševních onemocnění“, který je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a Státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost. Předkládaná *Metodika výcviku regionálních týmů včasné detekce a včasné intervence* (dále jen Metodika) je souhrnem materiálů k výcviku, kterým prošly tři regionální týmy včasné detekce a intervence v rámci přípravy pro práci v komunitních podmínkách. Specializovaný výcvik byl realizován v období od října 2018 do dubna 2019 a byl veden odborníky pro daná témata z ČR.



Obsah

O projektu VIZDOM.....	5
0.1 Charakteristika služeb včasné detekce a včasné intervence.....	5
0.2 Tým včasné detekce a včasné intervence	6
0.3 Doporučení pro práci ED/EI týmů.....	6
0.4 Struktura výcviku	6
1 Teoretický úvod do problematiky.....	8
1.1 Psychóza u dětí a adolescentů	8
1.2 Psychologie adolescentního období a rané dospělosti	29
1.3 Právní minimum.....	31
2 Praktické nácviky	38
2.1 Komunikace s lidmi s duševním onemocněním	38
2.2 Komunikace s lidmi s duševním onemocněním (workshop)	41
2.3 Otevřený dialog	43
2.4 Case management: komunitní psychiatrie v praxi	45
2.5 Práce s rodinou	60
2.6 Krizová intervence u včasné intervence	69
2.7 Základy KBT u lidí s psychózou	73
2.8 Užívání návykových látek	85
2.9 Podporované vzdělání a práce s mládeží	88
2.10 Individual placement and support (IPS)	91
3 Práce s výzkumnými a screeningovými nástroji.....	94
3.1 HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale	94
3.2 GAF: Global Assessment of Functioning	98
3.3 AQoL: Assessment of Quality of Life.....	99
3.4 SKPS: Soupis klientem přijatých služeb (CSRI, Client Service Recipient Inventory) ..	104
3.5 CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk Mental State	105
3.6 PANSS: Positive and Negative Symptom Scale	109
Vyhodnocení výcviku	110
Reflexe výcviku	110
Závěr	111
Seznam příloh.....	112
Přílohy	113
Seznam zkratk	159
Reference.....	160





0 projektu VIZDOM

Hlavním cílem projektu je zlepšení kvality života lidí s rozvíjejícím se závažným duševním onemocněním, zejména psychóz, prostřednictvím zavádění specializovaných komunitních služeb inspirovaných zahraničními zkušenostmi. Projekt cílí na implementaci a následnou evaluaci služeb zaměřujících se na včasnou detekci a včasné intervence u osob v raných fázích vážného duševního onemocnění, jejichž cílem je prevence rozvoje duševních onemocnění, snížení počtu a délky hospitalizací u prvních epizod závažných duševních onemocnění a prevence ztráty zaměstnání.

0.1 Charakteristika služeb včasné detekce a včasné intervence



Programy včasné detekce a včasné intervence (dále ED – early detection a EI – early intervention) se soustředí na lidi s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění, zpravidla psychotického okruhu, a na práci s lidmi v první epizodě závažného duševního onemocnění. **Včasná intervence** není jednoznačně definovaný pojem a lze jej úzce chápat ve třech různých významech. Prvním z nich je intervence určená klientům, u kterých se vyskytly prodromální nebo rizikové příznaky; tito klienti nesplňují diagnostická kritéria pro závažné duševní onemocnění, nicméně příznaky, které zažívají, se mohou v budoucnu plně rozvinout v duševní onemocnění. Druhou cílovou skupinou včasných intervencí jsou lidé v první atace závažného duševního onemocnění, jimž jsou zpravidla poskytovány intervence zaměřené na co nejrychlejší stabilizaci stavu klienta. Třetí typ intervence je cílen na osoby v remisi po první atace onemocnění a zahrnuje následnou několikaletou péči (CRPDZ, 2017).

Včasná detekce

Služby včasné detekce jsou mnohdy doprovázeny osvětovými kampaněmi zaměřenými na destigmatizaci psychiatrické péče, které mají za cíl snížit práh vstupu do psychiatrických služeb a zvýšit ochotu vyhledat odbornou pomoc (Lloyd-Evans et al., 2011). ED a EI služby využívají média, veřejné události a komunitní práce, aby informovaly o prvních příznacích onemocnění a usnadnily přístup mladých dospělých ke službám péče o duševní zdraví (Johannessen et al., 2001). Mnoho vědeckých evaluací opakovaně potvrdilo efektivitu služeb ED ve snižování doby neléčené nemoci (Johannessen et al., 2001; Lloyd-Evans et al., 2011). Služby včasné detekce se zaměřují na asertivní vyhledávání osob s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění či osoby v jeho rané fázi.



Včasná intervence

V rámci služeb včasné intervence je klientovi služba poskytována kontinuální podpora na cestě k zotavení. Služby poskytované v rámci včasné intervence tedy nekončí časnou detekcí a zahrnují komplexní služby lidem v první fázi závažného duševního onemocnění, a to zpravidla po dobu prvních dvou až pěti let od rozvoje onemocnění. ED a EI služby jsou založeny na kooperaci multidisciplinárního týmu s praktickými lékaři a rodinami nemocných (NICE, 2016) a vycházejí z různých druhů relevantních služeb, včetně case managementu, farmakoterapie, psychologické podpory (zpravidla kognitivně-behaviorální terapie), psychosociálních intervencí (jako je poradenství a podpora tréninku sociálních dovedností), rodinné terapie a služeb podporovaného zaměstnávání (Bird et al., 2010; Garety et al., 2006).

0.2 Tým včasné detekce a včasné intervence

Tým včasné intervence je multidisciplinární, složený z odborníků z oblasti péče o duševní zdraví, a to zejména z psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka a zdravotní sestry. Profesně různorodý tým disponuje řadou kompetencí, které se v péči o klienty vhodně doplňují.

0.3 Doporučení pro práci ED/EI týmů

Zahraniční zkušenost podporuje jasné rozdělení aktivit detekce a intervence. Týmy by měly mít jasně vymezeno, kdy provádějí detekční opatření a kdy poskytují konkrétní intervence klientům. Postupy, jak oslovovat zainteresované subjekty, se kterými je v rámci detekčních opatření vhodné navázat spolupráci, jsou rozvedené v **Metodice EI**. Jedná se zejména o praktické lékaře, ambulantní psychiatry, školy a další.

0.4 Struktura výcviku

Cílem výcviku je získání potřebných znalostí a kompetencí pro práci v ED a EI službách. Sestavení struktury výcviku předcházela řešerše zahraniční zkušenosti, stáže na zahraničních pracovištích poskytujících tyto služby, stejně jako příspěvky tuzemských a zahraničních expertů z oblasti včasné detekce a včasné intervence, kteří jsou součástí odborné platformy projektu VIZDOM. Samotná struktura výcviku kombinuje (a) teoretické bloky vedené formou přednášky a (b) prakticky zaměřené bloky interaktivní formou seznamující účastníky výcviku s principy a postupy včasné detekce a intervence u cílové skupiny. V neposlední řadě jsou součástí výcviku (c) bloky zaměřené na nácvik administrace screeningových a výzkumných nástrojů.





Struktura výcviku realizovaného v období od října 2018 do dubna 2019

Téma	Časová dotace (hodiny)
1. Teoretický úvod do problematiky ED a EI	
1. Psychóza v adolescenci	6
2. Znalosti specifík z psychologie adolescentního období	4
3. Právní minimum	6
2. Praktické nácviky	
4. Komunikace s lidmi s duševním onemocněním	24
5. Znalosti základů case managementu	16
6. Práce s rodinným systémem	16
7. Schopnost poskytovat krizové intervence	16
8. KBT u psychóz	6
9. Užívání návykových látek	4
10. Podporované vzdělávání, vedení workshopu	8
11. IPS základy	8
3. Práce se screeningovými a výzkumnými nástroji	
12. HoNOS	6
13. GAF	6
14. AQoL + SKPS	2
15. CAARMS	3
16. PANSS	5
Celkem	136 hodin





1 Teoretický úvod do problematiky

1.1 Psychóza u dětí a adolescentů

MUDr. Michal Goetz, Ph.D.

Cíle: Uvedení do problematiky psychózy u dětí a adolescentů

Rozsah: 6 hodiny/1 den

Obsah: Charakteristika cílové populace, kazuistiky, ARMS, UHR, prediktivní faktory, hodnocení symptomů

Forma: Teoretický blok – přednáška

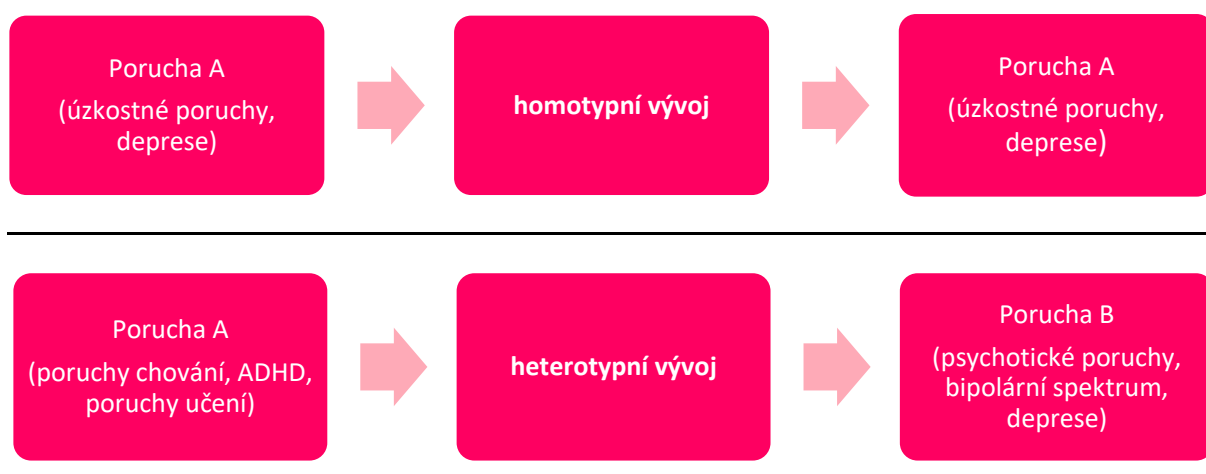
Lektor: Pedopsychiatr

Nástup a vývoj duševních onemocnění

Duševní poruchy zpravidla vypuknou v období dětství a adolescence. S duševním onemocněním, které přetrvá do dospělosti, se potýká jeden z pěti adolescentů.

Duševním poruchám v dospělosti mohou předcházet jejich dětské prekurzory. Mohou být ze stejného spektra jako porucha v dospělém věku – homotypní vývoj. Například separační úzkostná porucha v dětství může předcházet panické poruše v dospělosti. Nebo mohou pocházet ze zcela jiné kategorie klasifikace. Poruchy chování v dětství zvyšují v dospělosti riziko například pro depresivní poruchu, psychotická onemocnění, bipolární poruchu. Říkáme tomu heterotypní vývoj. To také ztěžuje včasné rozpoznání závažných duševních poruch, resp. okamžik kdy je třeba změnit léčbu.

V dospělosti předcházejí jejich dětské prekurzory:





Nejzávažnější duševní poruchy mají neurovývojovou povahu

Neurovývojové poruchy jsou projevem anomálií ve vývoji šedé i bílé hmoty centrální nervové soustavy, které započínají již během nitroděložního vývoje, na základě genetických předpokladů (hlavně) a vlivů prostředí (nitroděložně a postnatálně) (Shaw et al., 2010).

Rozvoj schizofrenie je výsledkem interakcí genetiky a prostředí

Duševní poruchy se rozvíjejí na základě interakce protektivních a rizikových faktorů, ty jsou jak genetické, tak environmentální.

Podíl genetických faktorů na vzniku schizofrenie je cca 80 %. Výskyt onemocnění u příbuzného prvního stupně je tak nejsilnějším dispozičním faktorem.

U dětí v genetickém riziku schizofrenie (výskyt onemocnění u rodiče) perinatální faktory (vyšší porodní váha, délka a vyšší věk matky) významně zvyšují riziko nástupu onemocnění, zatímco u dětí bez genetického rizika je vliv perinatálních faktorů malý (Keskinen et al., 2013). Je-li patrné motorické opoždění v 1. roce věku (zdvihání hlavičky, úchop, převalení na břicho, sezení a stoj bez opory atd., jakožto marker narušeného neurovývoje), je riziko schizofrenie v budoucnu ještě vyšší (Clark et al., 2012). Současně v dospělosti je schizofrenie spojena s horší motorikou, horšími řečovými schopnostmi, s nižším celkovým IQ a horšími řečovými schopnostmi v dětství (Cannon et al., 2002).

Dalším potvrzeným faktorem zvyšujícím riziko schizofrenie je fetální hypoxie (Cannon et al., 2008), ale její vliv na riziko schizofrenie je modulován interakcí s genetickou výbavou. Zde konkrétně se schopností mozku produkovat růstové faktory, kterými důsledky hypoxie napravuje. Zjistilo se, že u zdravých kontrolních subjektů, které zažily fetální hypoxii, ale neonemocněly, byla při narození hypoxie spojena s významným zvýšením neurotrofních faktorů. Zatímco mezi osobami, které rovněž zažily fetální hypoxii a v dospělosti onemocněly schizofrenií, byla hypoxie spojena s významným snížením produkce neurotrofních faktorů. Tato rozdílná odpověď na fetální hypoxii byla specifická pro schizofrenii a nebyla vysvětlena jinými porodnickými komplikacemi (Cannon et al., 2008).

Psychosociální faktory (deprese matky během gravidity, nechtěná gravidita, život ve městě, neúplná rodina, nízké vzdělání rodičů, nízký finanční příjem v rodině) interagují s genetickým rizikem a zvyšují riziko onemocnění, i když méně než faktory perinatální (Keskinen et al., 2013). Prokázaná neurovývojová povaha schizofrenie a převaha genetických a časných biologických vlivů v její etiologii mimo jiné usměrňuje očekávání od preventivních intervencí.

Neurobiologické strukturální koreláty

V rozsáhlé Finské kohortě, sledované již 35 let, měli ti, co onemocněli schizofrenií oproti kontrolám rozdíly v objemu mozku a jeho hustotě v několika oblastech. Osoby se schizofrenií vykazovaly ve srovnání s kontrolami o 2–3 % nižší objem celého mozku, šedé hmoty a bílé hmoty a o 7 % vyšší objem mozkomíšního moku (Tanskanen et al., 2009). Dále pacienti se schizofrenií měli sníženou hustotu šedé hmoty v několika oblastech mozku, například ve frontální, temporální, parietální a okcipitální oblasti. V těchto oblastech byly také nalezeny deficity bílé hmoty v inter– a intrahemisférických drahách. Zvýšená hustota šedé hmoty byla zjištěna například v bazálních gangliích (Tanskanen et al., 2010).





Schizofrenie s časným začátkem a šedá hmota

U schizofrenie s časným nástupem je patrná redukce šedé hmoty, která se postupně omezuje na prefrontální a temporální oblasti kůry podobně jako u dospělých pacientů (Greenstein et al., 2006). S urychleným ztenčením šedé hmoty je zároveň spojen časnější výskyt schizofrenie (childhood onset schizophrenia – COS) (Gogtay et al., 2004).

Deficity vývoje šedé hmoty jsou přítomny familiárně Zdraví sourozenci pacientů s raným výskytem schizofrenie (COS) mají v dětství a časně adolescenci deficity šedé hmoty (Gogtay, 2008). Vyjádření deficitů šedé hmoty u COS roste se závažností psychotických příznaků. Růst bílé hmoty je pomalejší i u sourozenců pacientů s COS (Gogtay et al., 2012). Regionální ztenčení šedé hmoty podobné pacientům s COS se vyskytuje také u jejich sourozenců s diagnózami ze schizofrenního spektra (Watsky et al., 2016).

Schizofrenie s časným začátkem a bílá hmota

U typicky se vyvíjejícího mozku v adolescenci narůstá objem bílé hmoty (Giedd et al., 1999; Giedd et al., 1999). U adolescentů s COS stagnuje expanse bílé hmoty v pravé hemisféře, avšak bílá hmota slabě expanduje v levé hemisféře. Růst bílé hmoty u COS zároveň souvisí s klinickým zlepšením (Gogtay et al., 2008).

Vývoj přístupu k psychóze u dětí a adolescentů:

- **1919** – první popisy dětské schizofrenie – závažné dětské duševní poruchy ztotožňovány se schizofrenií (psychóza v dětství) (Kraepelin, 1971)
- **1971** – dětská schizofrenie oddělena od autismu (Kolvin, 1971)
- **1980** – (DSM-III) (APA, 1980)

Kategorizace výskytu schizofrenie u dětí podle věku:

- **před 13. rokem věku** – schizofrenie s velmi časným začátkem (very early-onset schizophrenia – VEOS, childhood onset schizophrenia COS)
- **mezi 13. a 18. rokem věku** – schizofrenie s časným začátkem (early-onset – EOS)
- **nižší věk** – nástup schizofrenie je spojen s horší prognózou (nejmladší popsané případy: dívka 3 roky, chlapec 4,9 roku).

Zpoždění v diagnostice V/EOS

První psychotická epizoda často začíná nespecifickými příznaky:

- sociální stažení,
- školní problémy,
- antisociální chování.

První klinická diagnóza stanovena:

- 2 roky po začátku psychotických symptomů,
- 4,5 roku od prvních nespecifických příznaků.





Dlouhodobý průběh EOS a metaanalýza 21 studií se 716 pacienty (Clemmensen et al., 2012)

Úzdrava	EOS	MIX
dobrá	15,4 %	19,6 %
částečná	24,5 %	33,6 %
špatná	60,1 %	46,8 %

Symptomy v závislosti na vývojovém stadiu

Vývojová stadia myšlení podle Piageta (přibližný věk)

(upraveno podle Volkmar, 1996)

	Předoperační (2–7 let)	Konkrétní operace (7–11let)	Formální operace (11+ let)
halucinace	vizuální, taktilní, čichové	sluchové, vizuální (zvířátka, obludy)	sluchové, vizuální (komplexní, vividní)
bludy	difuzní, jednoduché	nesystematizované, problémy s identitou	systematizované, podobné dospělým
formální poruchy myšlení	neologismy	ztráta asociací, paralogie	podobné jako u dospělých

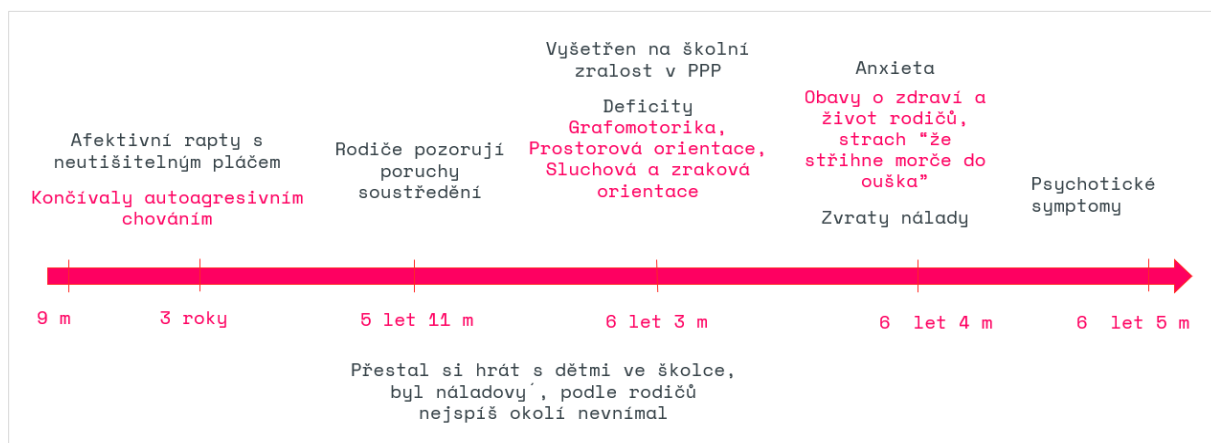
Kazuistika COS (Šoltýsová & Hrdlička, 2010)

Chlapec (6 let a 5 měsíců)

- Schizoafektivní porucha u prababičky z matčiny strany.
- Těhotenství a porod bez komplikací.
- Poporodní adaptace i raný psychomotorický vývoj v normě.
- Chůze v 10 měsících.
- První věty ve 14 měsících.
- Udržování čistoty od 2 let.



Kazuistika: Dominik, 6 let a 5 měsíců



Chování před přijetím

- V noci se vzbudil, chodil po bytě a plival, „protože plivní víla mu dala do pusy jed“, na okolí nereagoval. Během výletu u rybníka se vrhl k vodě s tím, že „musí zachránit plivní vílu“. Mluvil o „pánech televizorech“, kteří mu šeptali, že ho rodiče nemají rádi, že on nemá rád rodiče, vybízeli ho, aby ustříhl morčeti ucho. Chodil po bytě a „hladil pejska“ (neexistujícího).
- Často si povídal pro sebe, nebo mluvil doma na dálku „na děti ze školky“, „dělal se s nimi o čokoládu“. Začal papírem ucpávat klíčové dírky, škvíry na televizi či na záchodě pod dveřmi „protože ho televizoři pozorují“.
- Rychle přecházel ze stavů úzkosti a pokleslé nálady (kdy rodičům vyčítal, že mu nedají najíst, vyhrožoval útekem) do nadnesené nálady (neadekvátně se smál, pobíhal po bytě).
- Vůči blízkému okolí začal být verbálně i brachiálně agresivní.

Chování při přijetí

- Chce předvést trik s kartami, „Harry Potter mu říká, aby to udělal“, vidí ho tám-hle - ukazuje do rohu místnosti, „pánům televizorům se ubrání xxxxx“ (nesrozumitelný neologismus).
- Na oddělení zpočátku zcela neprojevoval zájem o okolí, nereagoval na výzvy, po většinu času nekomunikoval. Naslouchací postoje, stavy zahledění.

Vyšetření

- Neurolog, EEG, magnetická rezonance, laboratoř (včetně vrozených metabolických vad) v normě.

Medikace

- Nasazena nízká dávka atypického antipsychotika (AAP). Žádný efekt na psychotické symptomy, zvýraznění úzkosti. Přidáno anxiolytikum.
- **6. týden léčby:** změna na 2. AAP vedla ke snížení frekvence a intenzity halucinačních prožitků, k lepšímu kontaktu s realitou, snažil se zapojit do kolektivu. Nadále mluvil sám pro sebe, povídal „o pánovi Rangenbandovi“ a o tom, že „pořád něco povídá“. Kolísala schopnost koncentrace, spánek byl klidný. Zá-chvaty úzkosti téměř vymizely, emotivita byla ještě místy nepřiléhavá. Přetrvávaly náznaky brachiální

a verbální agresivity vůči okolí, většinou při nevyhovění jeho požadavkům. Tělesná hmotnost – nárůst o 7,1 kg. Remise na monoterapii nebylo možné dosáhnout.

- **12. týden léčby** přidáno 3. AAP do dvojkombinace při současném snížení dávky, v průběhu prvního týdne se na této kombinaci stav výrazně zlepšil – pacient je komunikativní, vymizely psychotické symptomy, zlepšila se koherence myšlení a schopnost koncentrace, zapojen do školní výuky na klinice. Tělesná hmotnost poklesla. Vysazeno anxiolytikum.

Psychologické vyšetření

- Výrazně podprůměrný celkový kognitivní výkon sahající až do pásma lehké mentální retardace.
- V profilu schopností byla výrazná intersubtestová variabilita s dobrým výkonem v oblasti slovního vyjadřování a s dobrou sociální adaptací.
- Deficity v oblasti vizuální organizace reality, vizuomotorické a grafomotorické schopnosti a pozornost.
- **Po 22 týdnech hospitalizace propuštěn do domácí péče, po ověření opakovanými delšími propustkami.**

Follow up (podle informací od ošetřujícího psychiatra) (věk 16 let)

- Od hospitalizace na dětské psychiatrické klinice (2008) trvá remise! Bez pozitivní i negativní psychotické symptomatiky, bez poruchy emocí.
- Medikace
 - AP vysazeno po 4 letech od propuštění bez zhoršení.
 - Nyní na monoterapii malou dávkou AAP č. 2.
 - Výška 174 cm, váha 66 kg (BMI 21,8).
- Kognice
 - Pomalejší psychomotorické tempo, horší orientace v časových souvislostech, schopnost syntézy informací mírně zaostává proti vrstevníkům, menší samostatnost a sociální dovednosti, mírná koktavost.
- Uplatnění
 - Základní školu zvládá s dopomocí asistenta s nadprůměrným prospěchem.

Kazuistika: At risk mental state (ARMS)

Adolescent, 16 let

- První obtíže se objevily před rokem, kamarád ho píchl injekční jehlou a on se začal obávat o svůj zdravotní stav. Přes opakovaná vyšetření s negativním nálezem se necítil ve své kůži. Domníval se, že jde asi o únavový syndrom. Neměl moc dobrou náladu, byl precitlivělý, hůře se soustředil. Občas měl pocit, že mu nepravidelně bije srdce. Při fotbale mu občas vypadlo schéma hry z hlavy a nevěděl, co má dělat.
- Léčen antidepressivy, po kterých se mu ulevilo, klinicky se jevil zlepšen. Medikace byla po půl roce vysazena.
- Po roce po nástupu do školy se hůře soustředil, přestala mu jít matematika. Méně mluvil, rušily ho věčně hlučící spolužačky „taky ty jejich věčné pomluvy...“-!. Ačkoliv si nebyl jistý, zda je jejich terčem, dostavila se u něj menší důvěra k dětem ve škole. Neměl na nic moc náladu. V noci se mu hůře spalo, nemohl usnout, pak se začal budit k ránu, později už po půlnoci. Nakonec neměl pocit, že by vůbec spal, spíše to bylo takové povrchní dřímání. Taky se mu hůř dýchalo. Více se zdržoval doma, nechodil jako dříve za kamarády, spíše se snažil mámě s něčím pomoci. Byl si „celkově takový nejistý“.

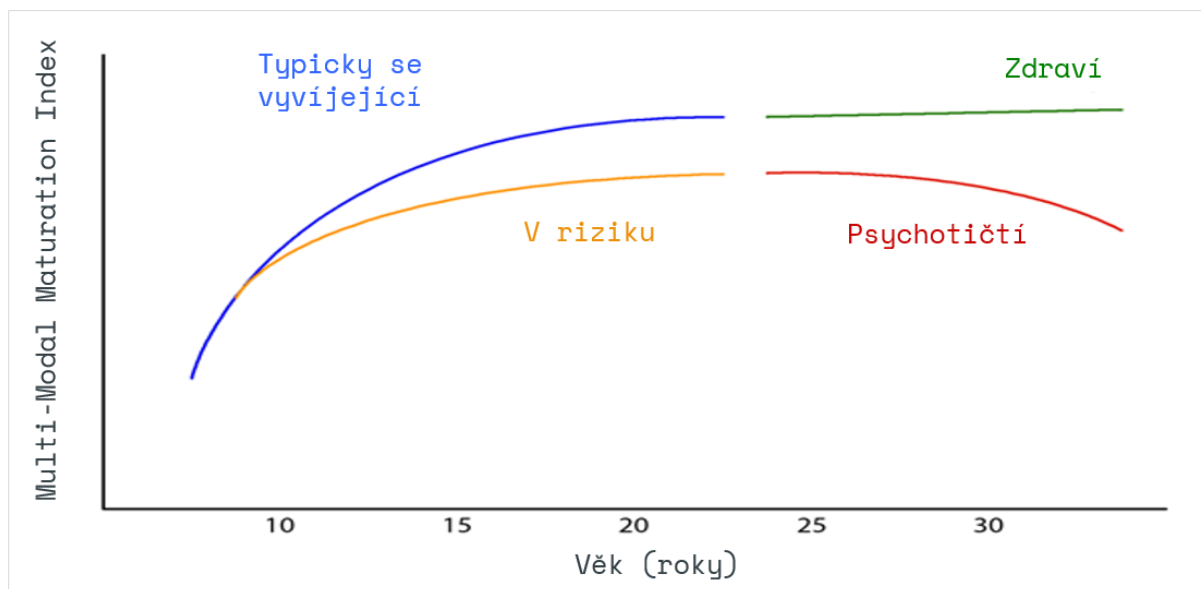
Hodně se zajímal o psychologii, „dost už o tom ví, dostal se dál, než by vůbec mohla máma pochopit“.

- Ambulantní lékařka navrhla psychiatrickou hospitalizaci. Pobyt trval týden, pak po dohodě s matkou byl pobyt ukončen. Chlapec měl pocit, „že jim na něm ani moc nezáleží“. Uzavíráno jako neurastenie (nervová slabost). Nemedikován.
- Pak si jednou šel zaběhat a nějak to přehnal, večer měl potíže se srdcem. Přijat na dětské oddělení nemocnice. Monitorován na JIP. Vyloučena organická příčina.
- „Už jsem nevěřil doktorům, měl jsem pocit, že je to na mě nahané, že mě pomlouvají, to jsem slyšel i přes zed'. Jako by si o mně předávali signály.“
- Měl pocit, že dokáže i mimořádné věci, jako vyvolat duchy – na chodbě viděl svého mrtvého kamaráda, jak rozmlouvá se sestrami. Domníval se, že dokáže ovládat někoho na dálku. Jednomu spolupacientovi našeptával, aby se uzdravil a šel za 3 dny domů. Tušil, že ho ostatní nabádají k sebevraždě, předávali mu tajné signály. Například, když tam byl otec na návštěvě, tak otevřel okno, tím mu naznačoval, aby skočil. Nebo když mu sestra přinesla nůžky do sprchy, vyndávala je z kapsy a píchla se o ně – to mělo význam, aby si s nimi něco udělal. Měl pocit, že ho babička ovládá přes jiné lidi, jako by se vtělila do sestry, lékařky apod. „Dost často mi vypadávaly myšlenky z hlavy.“
- Zahájena medikace Risperdalem, po které rychle ustupuje bludná a halucinační produkce, dosud přetrvávají poruchy abstraktního myšlení. „Ted' sám nevím, co to se mnou bylo, zdá se mi to celé divné, že to asi ani nemohla být pravda, ale bylo to tak přesvědčivé.“

Vývojové modely

Nástupu typických psychotických příznaků může předcházet několikaleté období nespecifických příznaků, kterému říkáme období prodromální. Mohou se týkat myšlení, vnímání, afektivity či sociálního chování. V nějaké míře zažije prodromy až 80 % pacientů.

Vývojové trajektorie (Gur, 2014)



Prospektivní identifikace prodromů

Identifikovat symptomy jakožto „prodrom“ je obtížné, protože nejsou specifické. Mezi nespecifické symptomy patří depresivní nálada, úzkost, poruchy spánku. Časté jsou rovněž změny v chování, např. sociální stažení, selhávání ve fungování, tyto ovšem mohou mít řadu

příčin. Zhruba 25 % jedinců zažívá suicidální myšlenky, sebepoškozování, porušování společenských norem. Subklinické nebo slabé psychotické příznaky – bližší nástupu psychózy.

Prodrom je retrospektivní koncept, jelikož určitou diagnózu můžeme určit až po nástupu jasné psychózy. Prospektivně můžeme pouze použít termín „rizikový duševní stav“ (*at risk mental state – ARMS*).

Definice rizikových stavů

Schizotaxia (Meehl, 1989)

Schizotypní rysy:

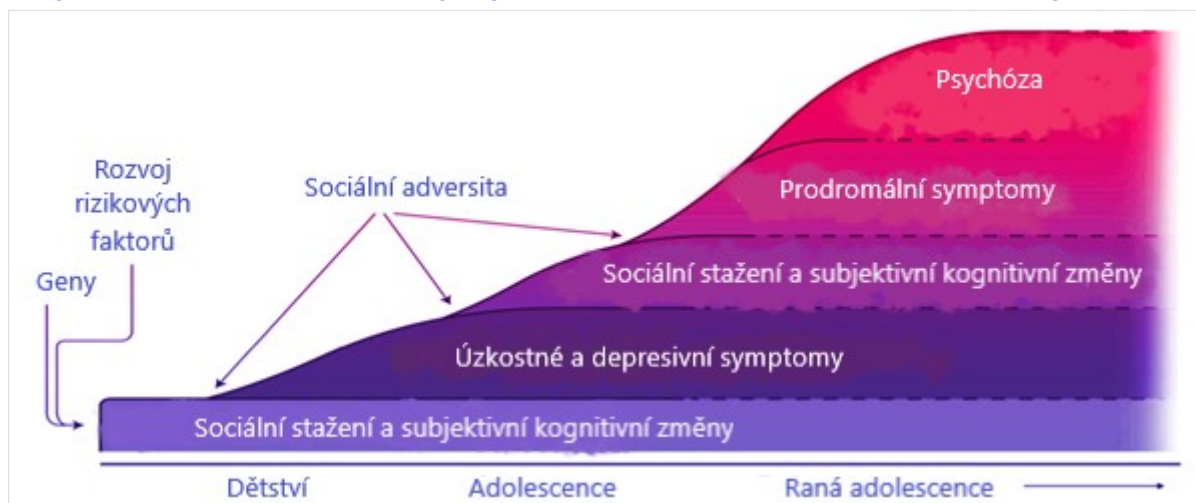
- vztahovačnost
- magické myšlení, např. víra v nadpřirozené schopnosti či v šestý smysl,
- pocity sledování nemající bludnou hloubku,
- neobvyklé percepce, např. tělové iluze, pseudohalucinace,
- sociální úzkost a omezené sociální vazby.

Rizikové stavy jsou patrné již v raném školním věku (Carlson & Fish, 2005; de la Serna et al., 2011; Keshavan et al., 2008).

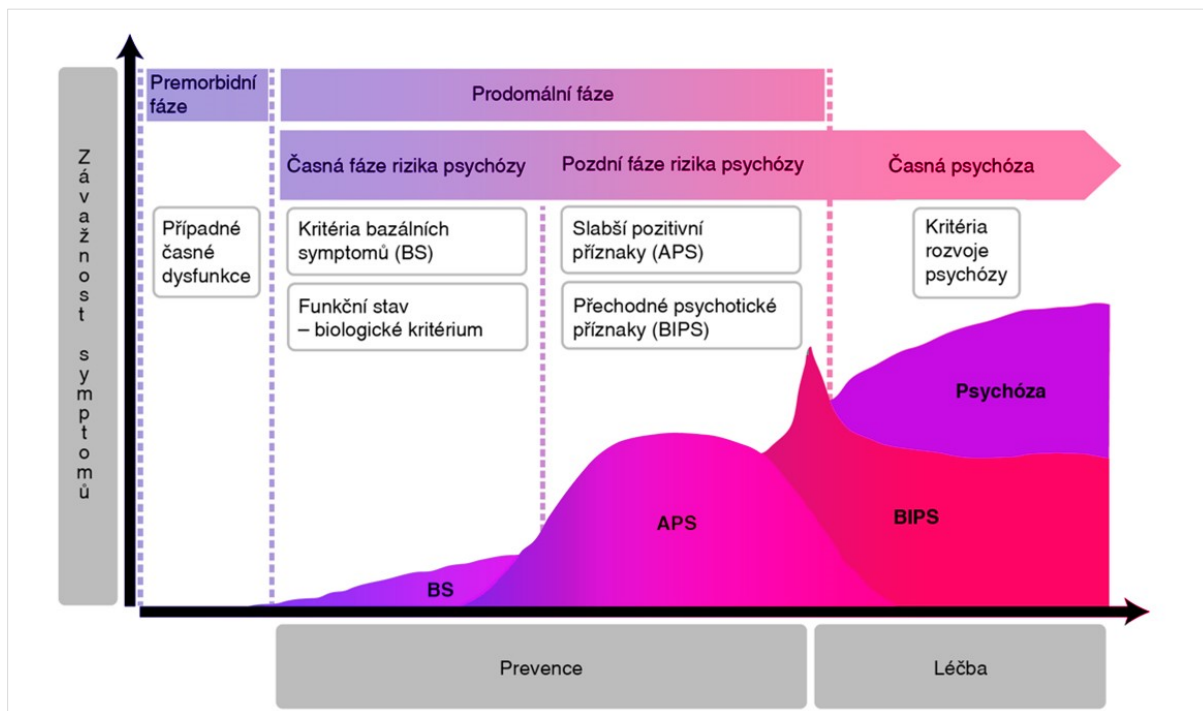
Podkladem prodromů je postupně se rozvíjející porucha zpracování informací:

- přikládání zvláštního významu obvyklým situacím,
- neobvyklá ostražitost,
- slyšení nezřetelných zvuků,
- poruchy spánku,
- zhoršené soustředění,
- sociální stahování,
- uzavřenost,
- postupně se přidává kognitivní deficit,
- verbální paměť,
- vizuální paměť
- rychlost zpracování informací
- ztráta náhledu.

Trajektorie schizofrenie: vývoj příznaků a hlavní rizikové faktory



Model rozvoje psychózy od premorbidní fáze (Dorazilová et al., 2018, podle Fusar-Poli et al., 2013)



Jak rozpoznat jedince, kteří skutečně mají prodromy?

- podle kombinace rizikových faktorů a/nebo
- soustředit se na ty příznaky, které jsou více specifické nebo časově blízké nástupu jasné psychózy.

Kombinace rizikových faktorů:

- věk 14–30 let (věkové rozpětí nejvyššího rizika nástupu psychotické poruchy),
- + rizikové duševní stavy s jednou nebo více následujícími charakteristikami.

Skupina 1

- mírné psychotické charakteristiky,
- vztahovačnost, magické myšlení, neobvyklé percepce, paranoidní myšlení,
- trvání – minimálně týden, ne déle než 5 let,
- frekvence – minimálně 2 za týden,
- aktuálnost – v posledním roce.

Skupina 2

- BLIPS: brief limited intermittent psychotic symptoms,
- krátké psychotické epizody,
- odezní spontánně během 7 dní,
- nebo se objevují zřídka (méně než 2 za týden),
- aktuálnost – v posledním roce,
- mohou být spuštěny drogami.



Skupina 3

- výskyt psychotické poruchy u příbuzných 1. stupně,
- nebo schizotypální porucha osobnosti,
- + nespecifické ARMS symptom,
- trvání – minimálně 1/měsíc, ne déle než 5 let,
- spojeny s významným poklesem fungování.

UHR fenotyp

Klinická kritéria (Yung & McGory, 1996)

1. subklinické/slabé psychotické příznaky	> 1 příznaků: vztahovačnost, magické myšlení, neobvyklé percepce, paranoidní myšlení, zvláštnosti v řeči, nápadný vzhled a chování > 1 za týden + pokles fungování
2. přechodné a krátké psychotické epizody	zvláštnosti v myšlení, neobvyklé percepce, dezorganizovaná řeč; < 2 za týden; spontánně odezní; + pokles fungování
3. dlouhodobé faktory	pozitivní rodinná anamnéza, schizotypní rysy osobnosti, pokles GAF 30 % >1 za měsíc

Frekvence nástupu psychotického onemocnění po 12 měsících sledování, zkušenosti ze zahraničí (Young et al., 2009)

Centrum	Celkově sledováno	Psychózy
PACE (Austrálie)	104	36 (34,6 %)
PRIME (USA)	14	7 (50 %)
TOPP (Norsko)	14	6 (43 %)
CARE (USA)	25	4 (16 %)
EDIE (UK)	23	5 (22 %)
PAS (Austrálie)	74	37 (50 %)
PIER (Portland, USA)	47	11 (23,4 %)
RAP (NYC, USA)	34	9 (26,5 %)



Využití UHR kritérií u různých populací – adolescenti

U adolescentů může být identifikace symptomů ARMS obtížnější:

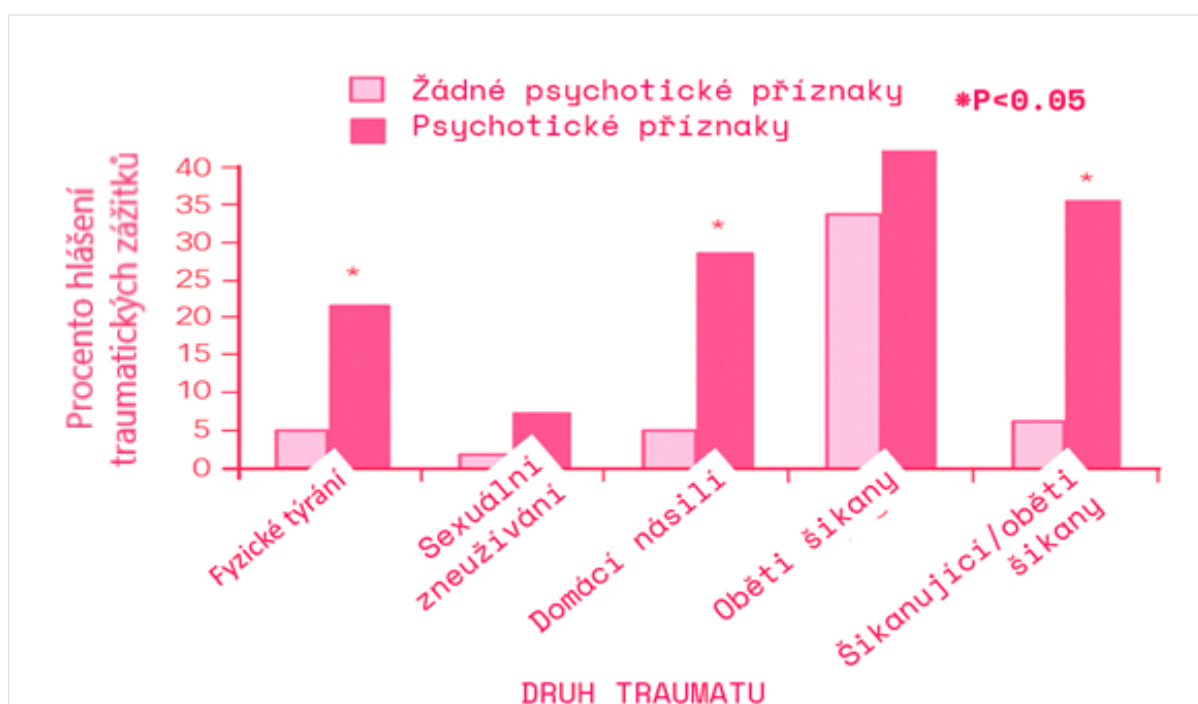
- maskování,
- vyšší výskyt přechodných psychotických zkušeností,
- experimentování s návykovými látkami, především kanabinoidy.

Psychotické příznaky jsou v pediatrické populaci časté

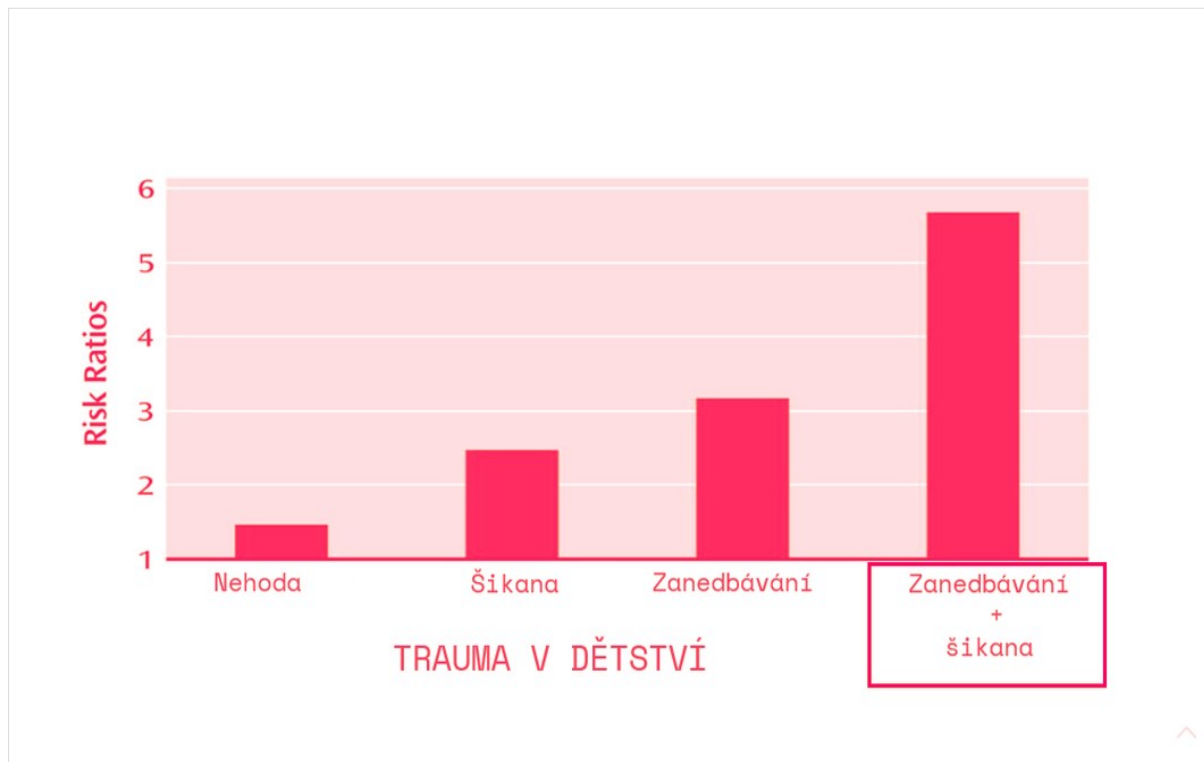
Podle výsledků metaanalýzy zahrnující 19 populačních studií (interview, dotazníky) je medián prevalence psychotických příznaků u dětí (9–12 let) 17 % a v populaci adolescentů (13–18 let) 7,5 % (Kelleher et al., 2012).

Traumatické události zvyšují výskyt psychotických příznaků

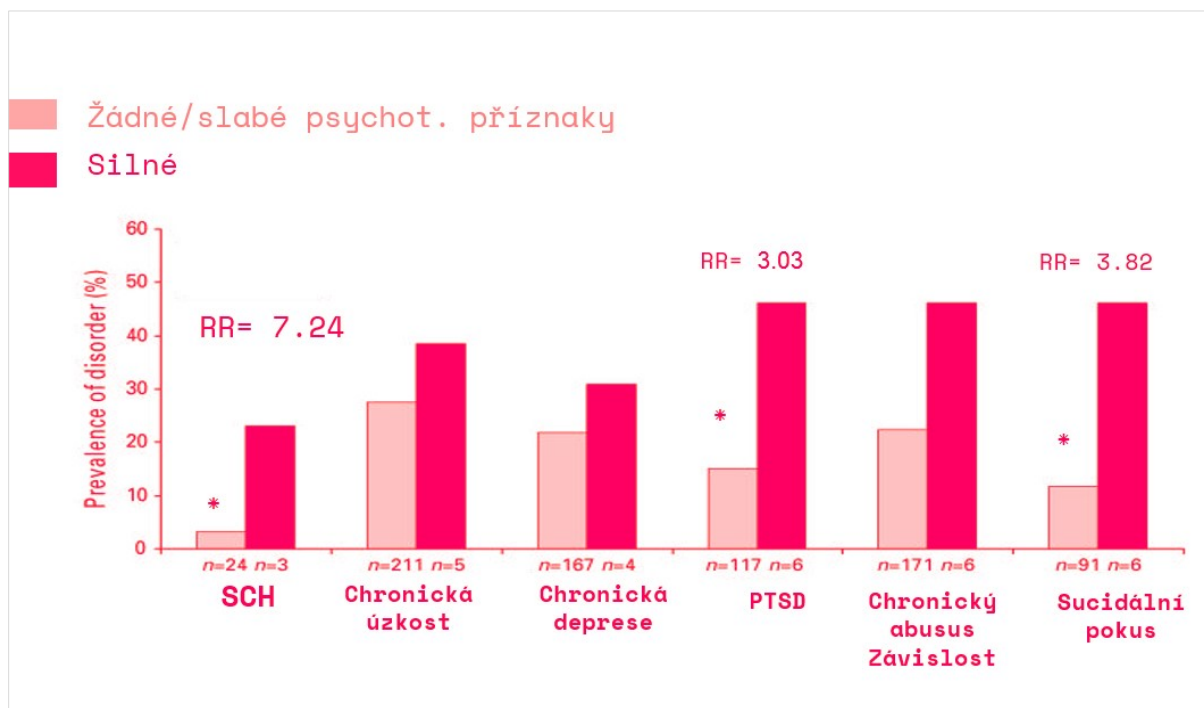
(Kelleher et al., 2008)



Riziko psychotických příznaků roste s kumulací traumatických událostí (Arseneault et al., 2011)



Psychotické symptomy v 11 letech zvyšují riziko pro závažné diagnózy v dospělosti (38 let) (Fisher et al., 2013; Fisher et al., 2013)



UHR v adolescentní populaci

UHR kritéria aplikována u adolescentů a mladých dospělých (14–25 let), kteří vyhledali pomoc v centru pro duševní zdraví (N = 207, 149 souhlasilo se vstupem do studie, z nich 43 naplnilo kritéria pro UHR).

Frekvence přechodu do psychózy po 6 měsících byla u skupiny, jež naplnila na vstupním měření kritéria UHR (UHR+) 11,6 %, tj. 5 případů psychózy po 6 měsících ze 43 klientů UHR+ (senzitivita 0,833; specifita 0,734). Po dvou letech sledování propukla psychóza u dalších dvou osob (jeden z nich UHR+, druhý UHR–) – v dvouletém sledování dosáhla frekvence přechodu do psychózy u skupiny UHR+ 14,0 % (6 ze 43; senzitivita 0,750; specifita 0,738).

U obou sledování (po 6 a po 24 měsících) bylo naplnění kritérií UHR (UHR+) na vstupním měření významně spojeno s nástupem psychózy (Fisherův test $p = 0,008$).

UHR v adolescentní populaci (Yung et al., 2008)

	UHR na vstupním měření	Přítomnost psychózy po 6 měsících	Bez přítomnosti psychózy po 6 měsících	Přítomnost psychózy po 24 měsících	Bez přítomnosti psychózy po 24 měsících
UHR+	43	5	38	6	37
UHR–	106	1	105	2	104
celkově	149	6	143	8	141

Závěry

- Kritéria UHR stále předpovídají nástup psychózy v krátkém časovém rámci.
- Frekvence nástupu psychózy je ale mnohem nižší než v předchozí skupině PACE a ve většině ostatních center, kde sledují UHR+ kohorty (pouze 11 % po 6 měsících, 14 % do 2 let).
- Existuje mnoho mladých lidí, kteří mají slabé nebo přechodné psychotické příznaky a nepotřebují žádnou intervenci. Podskupina, která potřebuje péči, je ta ve vysokém riziku nástupu plné psychózy v krátké době.
- UHR kritéria mají prediktivní význam pro nástup psychózy v klinických souborech. Prediktivní hodnota závisí na použitém souboru a není opodstatněné použít je v obecné populaci, je zapotřebí dalších prediktivních proměnných.

Prediktivní faktory v rámci skupiny s UHR – negativní symptomy

- Zhoršená koncentrace a pozornost, subjektivně abnormální emocionální zkušenosti, oploštěná afektivita, pokles energie a narušená tolerance ke stresu (Yung et al., 2005).
- Významná porucha fungování, anhedonie (neschopnost prožívat kladné emoce a city), sociální nezájem, emoční otupělost (Mason et al., 2004)
- Sociální stažení (Haroun et al., 2006).



Prediktivní faktory v rámci skupiny s UHR – bazální symptomy (Huber & Gross, 1989)

Změny v percepci (intenzivnější vnímání barev, pohyb nehybných předmětů, zdánlivé změny v obličeji – příznak zrcadla):

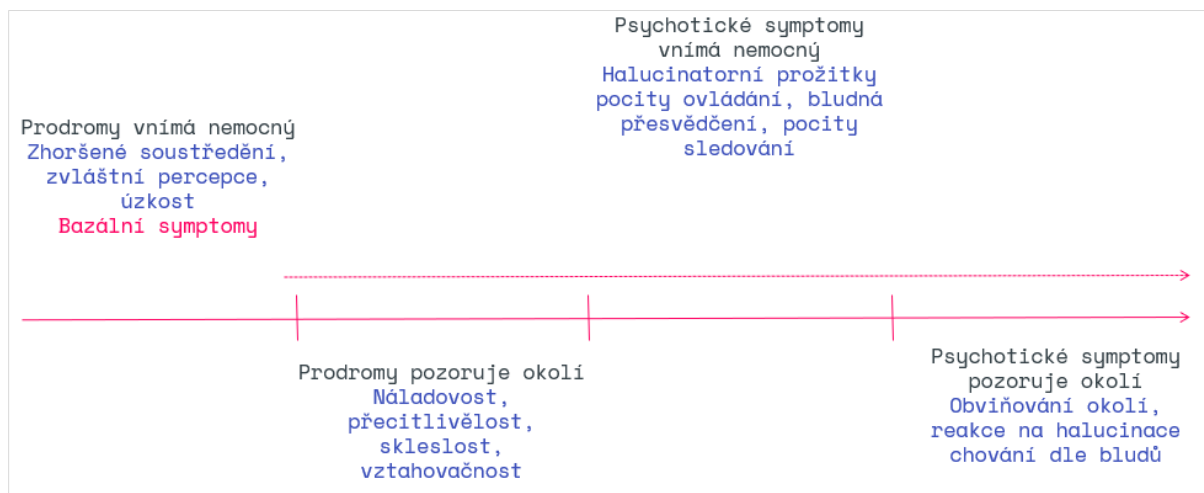
- mírné kognitivní obtíže (zhoršené soustředění, myšlenkové přeskoky, interference nesouvisejících myšlenek),
- snížená tolerance stresorů (vyšší citlivost na hluk, vyšší fotosenzitivita, neschopnost paralelní činnosti),
- změny v emoční reaktivitě (přecitlivělost, pokles nálady, náladovost),
- zhoršení v jazykové oblasti (obtíže vybavit si slova, porozumět řeči),
- narušení vnímání vlastního já a přisuzování původu myšlenkám a pocitům,
- „klame mě zrak“, „mozek si se mnou pohrává“, „chvíli se mi zdálo, že...“,
- nemocný má náhled a snaží se symptomy kompenzovat.

POZOR! Bazální symptomy nejsou specifické. U osob s diagnózou schizofrenie dosahuje míra bazálních symptomů 96 %, vyskytují se ovšem i u zdravých adolescentů (30 %) či u osob s jiným duševním onemocněním (80 %).

Vyšší patognomičnost (jednoznačnost příznaků) při kombinaci:

- myšlenková interference,
- zpomalené myšlení,
- neschopnost rozlišovat mezi představami a vjemy,
- myšlenková perseverace (ulpívavé myšlení),
- zhoršená koncentrace.

Vývoj psychotických symptomů a jejich vnímání nemocným a okolím



Škála tendence ke schizofrenii, verze pro dospělé (SPI-A) (Schultze-Lutter et al., 2010) český překlad Dorazilová et al., 2018)

Tabulka 1: Škála tendence ke schizofrenii, verze pro dospělé (SPI-A) (Schultze-Lutter et al., 2010)

Narušení dynamiky afektů (A, ADYN)		E2	Pocity bolesti v různých částech těla
A1 Snížená tolerance některých stresorů:		E3	Pocity přesunující se celým tělem
A1.1 snížená tolerance neobvyklých, nečekaných nebo specifických nových požadavků		E4	Elektrizující tělesné pocity
A1.2 snížená tolerance některých každodenních sociálních situací		E5	Tělesné pocity pohybu nebo tlaku
A1.3 snížená tolerance k práci pod časovým tlakem nebo rychle se měnícím požadavkům		E6	Pocit měnící se velikosti těla nebo jeho částí
A2 Změny nálady a emočních reakcí		Percepční narušení (F, PERCEPT)	
A2.1 Změna nálady		F1	Přecitlivělost ke světlu a optickým stimulům
A2.2 Změna emočních odpovědí		F2	Fotopsie
A3 Pokles v pozitivních emočních reakcích na ostatní		F3	Mikropsie, makropsie
Obtíže v kognici a pozornosti (B, ATTENT)		F4	Přecitlivělost ke zvukům a hluku
B1 Neschopnost rozdělit pozornost		F5	Změněná intenzita nebo kvalita akustických stimulů
B2 Pocit přílišného zahlcení stimuly		F6	Vnímání vlastního těla nebo jeho částí jako cizích
B3 Obtížné soustředění		Volitelné položky (O):	
B4 Potíže udržet informace v paměti déle než hodinu		O1	Myšlenková perseverace
B5 Zpomalené myšlení		O2	Snížená schopnost rozlišovat mezi nápady a vjemy, fantazií a reálnými vzpomínkami
B6 Narušení cílevědomého myšlení, nedostatek „myšlenkové energie“		O3	Narušení abstraktního myšlení
Kognitivní narušení (C, COGNIT)		O4	Další narušení vizuální percepce
C1 Zvýšená nerozhodnost při nevýznamných volbách mezi dvěma rovnocennými alternativami		O4.1	Objekty se zdají být dál nebo blíže, než skutečně jsou
C2 Myšlenkové interference		O4.2	Narušení ve vnímání tvaru objektů (pokřivení, zvlnění...)
C3 Myšlenkové zárazy		O4.3	Změny ve vnímání barev
C4 Narušení ve vnímání řeči		O4.4	Změny ve vnímání vlastní tváře
C5 Narušení expresivní složky řeči		O4.5	Zdánlivý pohyb optických stimulů
C6 Narušení bezprostředního vybavení		O4.6	Dvojitě a zkosené vidění
Narušené prožívání sebe a okolí (D, SELF)		O4.7	Narušení odhadu vzdálenosti nebo velikosti
D1 Snížená schopnost rozlišovat mezi různými druhy emocí		O4.8	Narušení vnímání rovných linií nebo kontur
D2 Zvýšená emoční reaktivita v běžných sociálních interakcích		O4.9	Pozdržení vizuálních vjemů, „vizuální ozvěna“
D3 Myšlenkový tlak		O4.10	Částečné vidění (včetně tunelového vidění)
D4 Nestálý, zvýšený pocit vztahovačnosti, zvýšené zaměření se na sebe		O5	Jiná narušení sluchového vnímání
D5 Změněné vnímání tváří nebo těl ostatních		O5.1	Akoasmata
Narušené vnímání těla (E, BODY)		O5.2	Pozdržení zvukových vjemů, „akustické ozvěny“
E1 Tělesné pocity ztuhlosti a strnulosti		O6	Narušení čichového, chuťového nebo taktilního vnímání
		O7	Upoutání pozornosti detaily ve vizuálním poli
		O8	Derealizace
		O9	Motorická narušení přesahující pouhé nedostatky v koordinaci
		O10	Motorické zárazy
		O11	Ztráta automatických dovedností

Studie prediktivní funkce bazálních symptomů u kohorty pacientů, kteří ještě nejsou psychotičtí, ale kteří jsou na základě jejich psychopatologie považováni za osoby v riziku schizofrenie (Klosterkotter et al., 2001). V této kohortě se po průměrné době sledování 8 let od počátečního hodnocení rozvinula schizofrenie u více než 50 % participantů. Některé bazální symptomy – zejména poruchy receptivní řeči, pocit blokování myšlenek, vizuální percepční poruchy, čichové, chuťové a jiné senzorické poruchy – byly zjištěny výrazně častěji ve skupině, která rozvinula schizofrenii ve srovnání se skupinou, která symptomy tohoto onemocnění neměla.



Prediktivní faktory v rámci skupiny UHR

Depresivní symptomy

- Existuje určitá evidence toho, že deprese je významným prediktorem psychózy (Yung et al., 2003). Jedinci, kteří prožívají stres nebo depresi v souvislosti s *psychotic-like* symptomem, častěji vyhledávají pomoc ve srovnání se svými protějšky bez takovýchto doprovodných symptomů (Hanssen et al., 2005; Krabbendam et al., 2005).

Narušené fungování

- Narušené fungování při vstupu do sledování predikovalo nástup psychózy u UHR kohort (Mason et al., 2004; Yung et al., 2003). To může znamenat, že již započal proces zhoršení a skutečný nástup psychózy, nebo to, že ti se špatným fungováním mohou být méně schopní vyrovnat se s psychotickými zkušenostmi, jsou náchylnější k depresi a úzkosti a také s větší pravděpodobností užívají návykové látky. Může se objevit začarovaný kruh.

Kanabis

- Dostupná evidence není jednoznačná: anamnéza zneužívání návykových látek byla přítomna u významně více subjektů, u kterých propukla psychóza (Haroun et al., 2006), ale např. v kohortě PACE nebylo užívání kanabis prediktivním faktorem (Phillips et al., 2002).

Stres

- Subjektivně uváděná zhoršená tolerance stresu byla významným prediktorem v PACE kohortě (Yung et al., 2005). Jedinci zahrnutí do PACE studie, u kterých propukla psychóza, měli větší objem hypofýzy ve srovnání s těmi z UHR skupiny, u kterých nedošlo k rozvoji psychózy (Garner et al., 2005).

Strukturální abnormality mozku

- Jedinci, u kterých propukla psychóza, měli na počátku menší objemy šedé hmoty (pravá prefrontální kůra, pravá temporální kůra, pravá bazální ganglia, pravá a levá cingulární kůra) (Pantelis et al., 2007).

Kognitivní a senzorické parametry

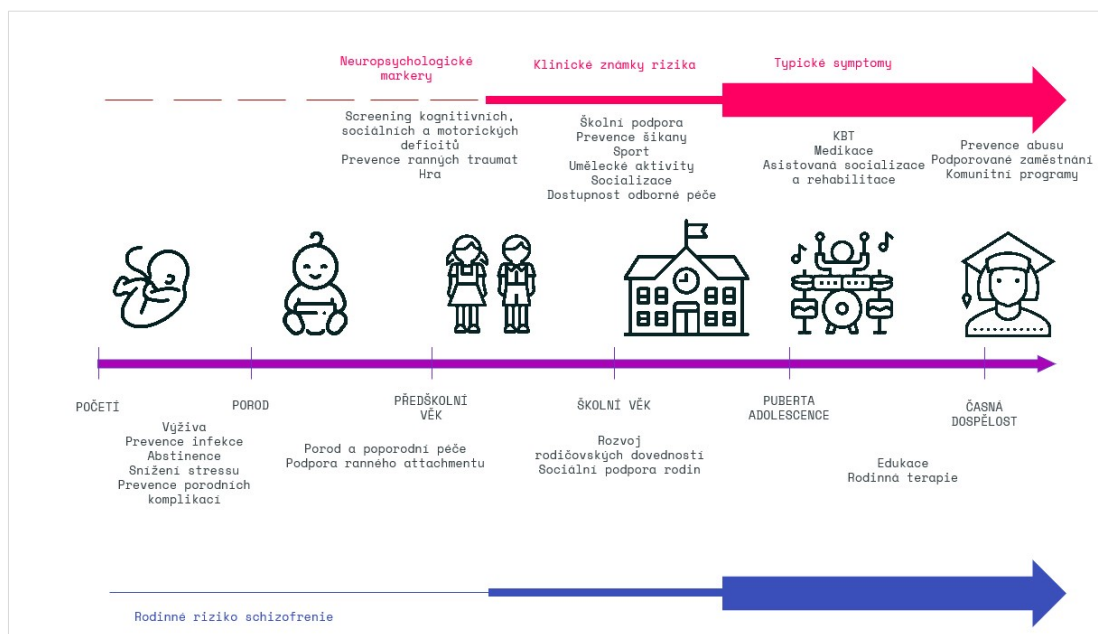
- Abnormality logické paměti a vizuální reprodukce byly častější u jedinců, u kterých propukla psychóza, ve srovnání s těmi z UHR skupiny, u kterých se psychóza nedostavila, a ve srovnání s normálními kontrolami (Wood et al., 2007). Poruchy čichové detekce se objevily před vznikem psychózy a ukázaly se být horší u pacientů, u nichž byla později diagnostikována schizofrenie (Brewer et al., 2001).



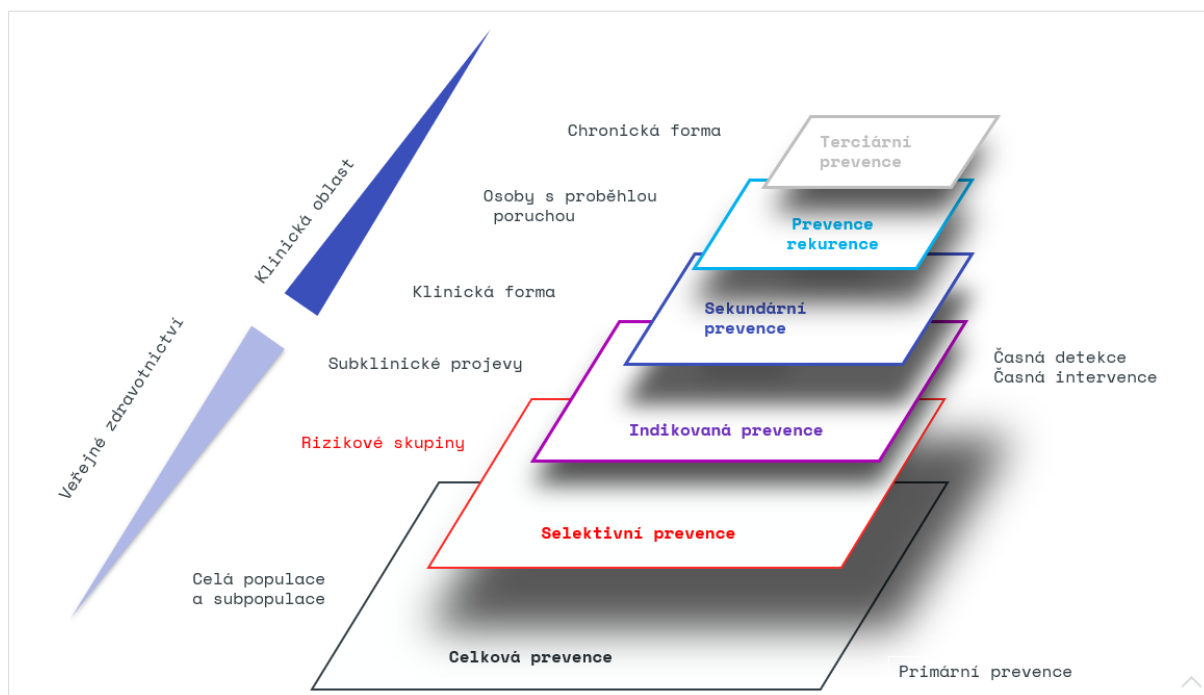
Další koncepty predikce schizofrenie

V prospektivní (2,5leté sledování), multicentrické studii (Cannon et al., 2008) na souboru 291 osob (věk $18,1 \pm 4,6$) identifikovaných jako rizikových podle *Structured Interview for Prodromal Syndromes* (SIPS) mělo prediktivní hodnotu pro vznik psychózy: genetické riziko schizofrenie se současným zhoršením, zhoršené fungování v posledním roce, vyšší výskyt neobvyklého myšlenkového obsahu, vyšší úroveň podezřívavosti/paranoie, větší sociální deteriorace a anamnéza zneužívání návykových látek. Prediktivní hodnota významně stoupala se společným výskytem dvou nebo tří těchto faktorů. Frekvence konverze do psychózy byla 35 % s klesající tendencí při rostoucím čase sledování.

Typy intervencí pro ARMS



Preventivní intervence



Etické aspekty

Označení osob jako osob „v riziku“ může vést k sebestigmatizaci, sociálnímu stigmatu, může mít důsledky pro pracovní zařazení, v některých případech se jako reakce na toto označení mohou objevit symptomy deprese či úzkosti.

V oblastech medicíny, kde chybí jasná evidence, roste význam rozhodování klienta ve volbě přístupu. Klinik musí být zcela transparentní, pokud jde o možné benefity a limitace. Někdy můžeme být v pokušení slibovat více, abychom klienta získali pro projekt či ho v něm udrželi (cílem je neléčit falešně pozitivní).

Poskytování služeb jedincům s UHR fenotypem:

- můžeme léčit jen to, co vidíme,
- můžeme nabídnout intervenci pro případné syndromy a subklinické symptomy,
- nutný je velmi pečlivě zformulovaný informovaný souhlas.

Psychosociální intervence

Psychosociální intervence přinášejí zlepšení kvality života u osob s ARMS. Tento efekt je zprostředkován redukcí zátěže a úzkostí vyplývajících z abnormálních zkušeností. V pilotním programu The Early Detection and Evaluation (EDIE) (Morrison et al., 2004) byla hodnocena účinnost kognitivně-behaviorální terapie (KBT) v porovnání s psychoeducací a monitorováním (N = 60; 6 měsíců léčba, 6 měsíců sledování bez léčby). Výsledky ukazují na nižší frekvenci přechodu do psychózy u skupiny s KBT oproti kontrolní skupině: 2 z 37 (6 %) vs. 5 z 23 (22 %).



V navazující studii EDIE-2 (N = 288; 14–35 let, Ø 20,7 roku) nebyly během 12měsíční observace zjištěny rozdíly mezi skupinami (tranzice do psychózy, stress, kvalita života). V KBT skupině však byly psychotické příznaky reportovány jako méně intenzivní, celková frekvence přechodu byla 8 %.

Další příklady hodnocení psychosociálních intervencí

- **Kanadská studie** (N = 51; 14–30 let; KBT) neprokázala žádné rozdíly mezi intervenční skupinou s KBT a kontrolní skupinou během 18měsíčního sledování (přechod, psychotické příznaky, úzkost, deprese) ani sociální fungování a negativní příznaky (např. motivace) na intervence se nezlepšily (Addington et al., 2017).
- **Holandská studie** (N = 201; 14–35 let, KBT) poukázala na významně nižší frekvence přechodu do psychózy u KBT skupiny po 18 měsících sledování, ale většina účastníků studie konzumovala běžnou psychiatrickou léčbu pro komorbidní psychické poruchy (van der Gaag et al., 2012).

Psychosociální intervence + medikace

Studie FETZ realizovaná v Německu (N = 128; Ø 25 let) zkoumala vliv **integrované psychosociální intervence** (KBT, kognitivní remediace, psychoedukace, rodinné poradenství, trénink pracovních a studijních dovedností) v porovnání s **kombinovaným přístupem zahrnujícím i léčbu amisulpridem** (Bechdolf et al., 2012). Výsledky studie prokázaly efektivitu na snížení bazálních symptomů, typických psychotických symptomů, negativních a afektivních symptomů a na zlepšení celkového fungování. Mimoto osoby v intervenční skupině měly nižší míru přechodu do psychózy.

Antipsychotika

Australská studie realizovaná Patrickem McGorrym (N = 120; adolescenti a mladí dospělí; nízké dávky risperidonu (1–2 mg/den) + KBT vs. placebo + KBT vs. placebo + podpůrná terapie) po 6 měsících sledování poukázala na významně nižší míru přechodu do psychózy u intervenční skupiny užívající antipsychotika, ovšem po 12 měsících sledování nebyly rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou statisticky signifikantní (McGorry et al., 2002).

Placebem kontrolovaná studie PRIME (N = 60; olanzapin 5–15 mg; 12měsíční léčebná fáze; 12měsíční sledování) ukázala na mírné zlepšení u potenciálně prodromálních symptomů v intervenční skupině. Nesignifikantní trend směrem ke snížení přechodu do psychózy u intervenční skupiny, ale v intervenční skupině vysoký výskyt negativních účinků (vzestup hmotnosti, somnolence) a dropout. V intervenční skupině užívající olanzapin došlo ke konverzi u 5 z 31 subjektů (16,1 %), přičemž všech 5 konverzí proběhlo během prvních 4 týdnů (McGlashan et al., 2006).





Případové série

Otevřená 8týdenní studie s aripiprazolem (do 7,5 mg) u 15 adolescentů a mladých dospělých v průměrném věku 17 let. Zmírnění potenciálních prodromů během prvního týdne, ovšem žádné zlepšení v neuropsychologických parametrech. Nejčastější negativní účinek: akatizie (tj. neschopnost vydržet v klidu) (Woods et al., 2007).

Otevřená studie

- Aripiprazol (dávka 2–7,5 mg), N = 9, věk 13–29 let. Zlepšení „psychotic-like“ symptomů (Liu et al., 2010).
- Amisulpirid (Ø dávka 118,7 mg), N = 124; Ø věk 25,7 roku. Po 12 měsících sledování významné zlepšení „psychotic-like“ symptomů a deprese; převládající negativní účinky vyplývaly z elevace prolaktinu (Ruhmann et al., 2007).

Antidepresiva

Antidepresiva mohou zlepšit fungování a snížit riziko psychózy zmírněním úzkosti a úpravou nálady (Fusar-Poli et al., 2007). Otevřená studie u adolescentů (Fusar-Poli et al., 2015) se zaměřovala na porovnání a antipsychotik a KBT a antidepresiv a KBT. Výsledky studie ukazují, že osoby v riziku léčené antidepresivem a KBT měly menší frekvenci přechodu do psychózy než osoby léčené antipsychotikou a KBT.

Přírodní podpůrné látky

Randomizovaná kontrolovaná studie realizovaná mezi lety 2004 a 2007 se zaměřovala na vyhodnocení efektivity eicosapentoidové kyseliny (EPA) (rybí tuk) oproti placebu; N = 38/38. Po 3měsíčním sledování došlo k nástupu psychózy u 2,6 % (1 z 38) pacientů ve skupině EPA a u 21,1 % (8 z 38) v placebové skupině. Následně po 6 měsících sledování se počet osob v placebo skupině, u nichž propukla psychóza, ještě zvýšil (11 z 38). Nicméně navzdory velmi slibným výsledkům se efekt užívání rybího tuku jako preventivního prostředku pro tranzici do psychózy nepotvrdil (McGorry et al., 2017). V současnosti nepatří rybí tuk ani mezi doporučené postupy stanovené Evropskou psychiatrickou asociací.

Závěr a doporučení

Psychosociální intervence

- Studie naznačují inkonzistentní evidenci pro mírný efekt psychosociálních intervencí ve snížení frekvence přechodu do psychózy u osob v ARMS
- Větší naději mají patrně kombinované intervence než jen samotné KBT.

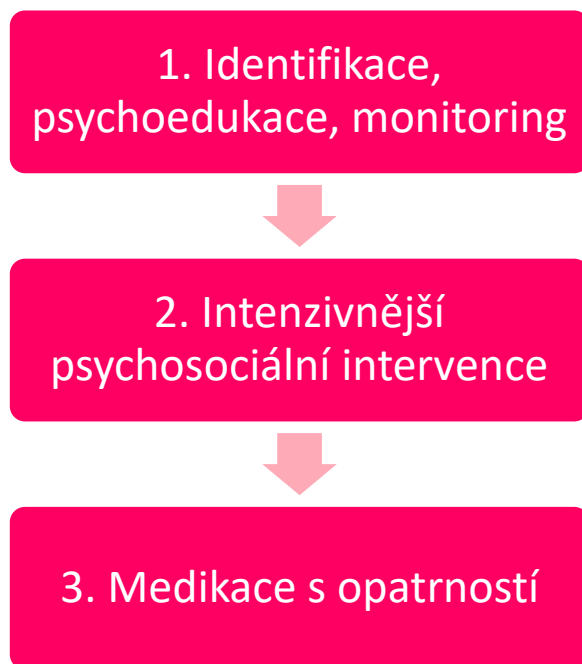
Medikace

- Převládají kritické hlasy, pokud jde o vhodnost antipsychotik jakožto první volbu u osob s ARMS, negativní účinky převládají nad benefity.
- Antipsychotika mohou být s opatrností použita u osob s ARMS, které nereagovaly na psychosociální intervence (např. quetiapin 25–150 mg).





Doporučení pro intervence u ARMS: stupňovitý přístup
(Thompson & Broome, 2005)





1.2 Psychologie adolescentního období a rané dospělosti

Mgr. Jiří Šupa, Ph.D.

Cíle: Seznámení s problematikou adolescentního období a rané dospělosti

Rozsah: 4 hodiny/1 den

Obsah: Charakteristika adolescentního období a rané dospělosti

Forma: Teoretický blok – přednáška

Lektor: Psycholog

„Příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého.“

15–21 let:

- zvyšování projevů samostatnosti,
- psychosexuální dozrávání,
- tvorba vlastní identity,
- pocity náležitosti ke skupině,
- období přechodu – rituály a experimenty,
- rizikové období pro vznik závažných potíží závislosti na psychoaktivních látkách, schizofrenie, afektivních poruch, poruch příjmu potravy a poruch chování.

Z pohledu teorie E. Eriksona:

- puberta a adolescence – 15.–20. rok života charakterizuje **identita proti konfuzi rolí**,
- bouřlivý vývoj vlastní **identity** – fyzický, psychický a sociální,
- zvýšené nároky na psychické zpracovávání,
- sjednocení představ o sobě samém,
- představa o svém dalším směřování.

Krize identity – chaos rolí, emocionální rozlady, pocity deprese, obavy.

Co je identita a co je důležité pro její tvorbu:

- tvorba identity – „difuzní identita“ – sebehodnocení snadno ovlivnitelné ostatními, proces tvorby názorů,
- tvorba role v sociálním světě,
- proces experimentu/nápodoba vzorů v nejbližším okolí,
- svoboda a hodnotový systém, přijímání zodpovědnosti a směřování k cílům.





Charakteristiky adolescentního chování:

- změny nálad, chování a zájmů,
- proměnlivé představy o budoucnosti,
- nižší hodnotové ukotvení,
- rozvolněnější představy o dobru/zlu,
- důležitost zábava/volný čas,
- hodnoty – fyzická a sociální atraktivita, prestiž, úspěch, vliv a síla,
- vyšší míra volnosti v rozhodování, tolerance z vnějšího okolí.

Proces separace:

- citlivost a podrážděnost na všech stranách,
- konflikt jako nezbytná součást separace,
- „trajektorie“ vývoje vzhledem k rodičovským rolím,
- vývojové úkoly v rodině během procesu separace,
- stagnace.

Specifika rozhovoru s adolescenty:

- autorita vs. „kamarádský“ vztah,
- podpora autonomie vs. podvolení se,
- normy subkultury vs. normalita chování,
- podpora rozvoje rozhodování a přijímání zodpovědnosti.





1.3 Právní minimum

Mgr. Zuzana Durajová

Cíle: Legislativní ukotvení duševního onemocnění v právním systému

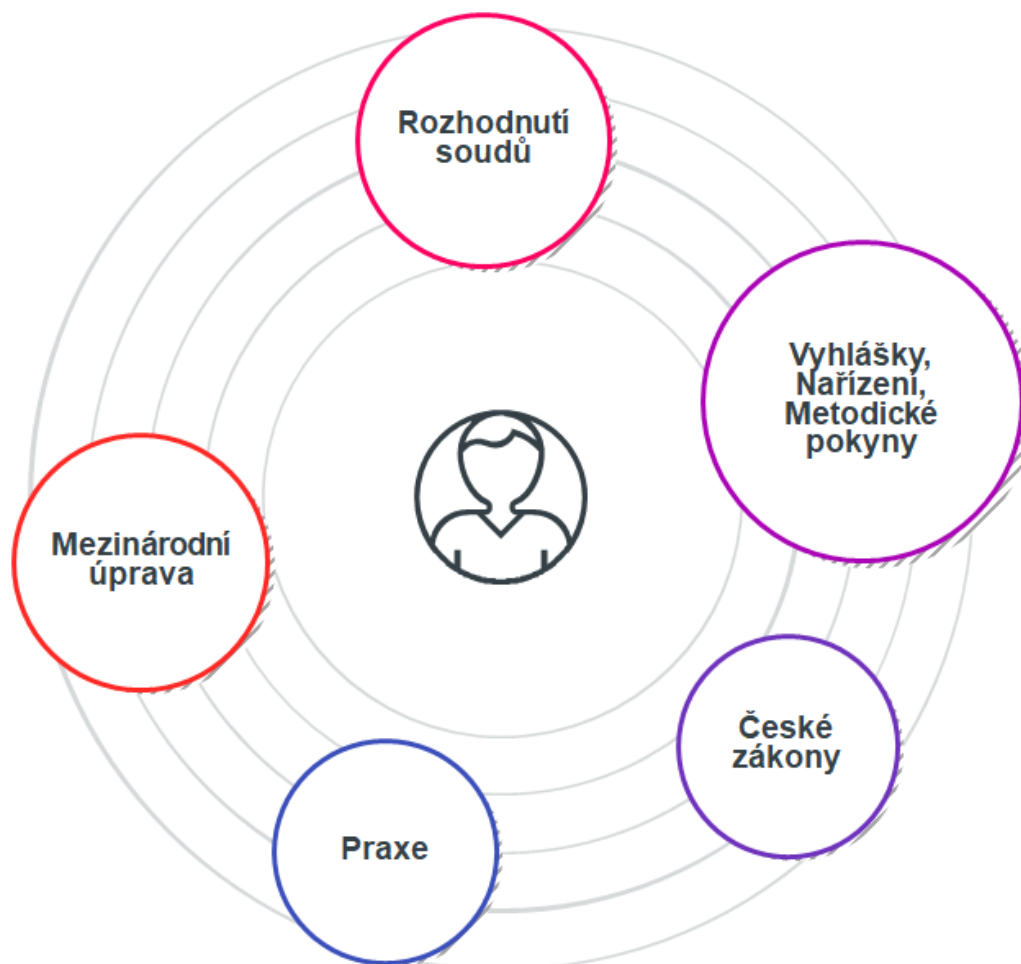
Rozsah: 6 hodin/1 den

Obsah: Práva lidí s psychosociálním postižením, řízení o svéprávnosti, detenční řízení, práce a zaměstnání

Forma: Teoretický blok – přednáška

Lektor: Právník

Jaká práva mají lidé s psychosociálním postižením?



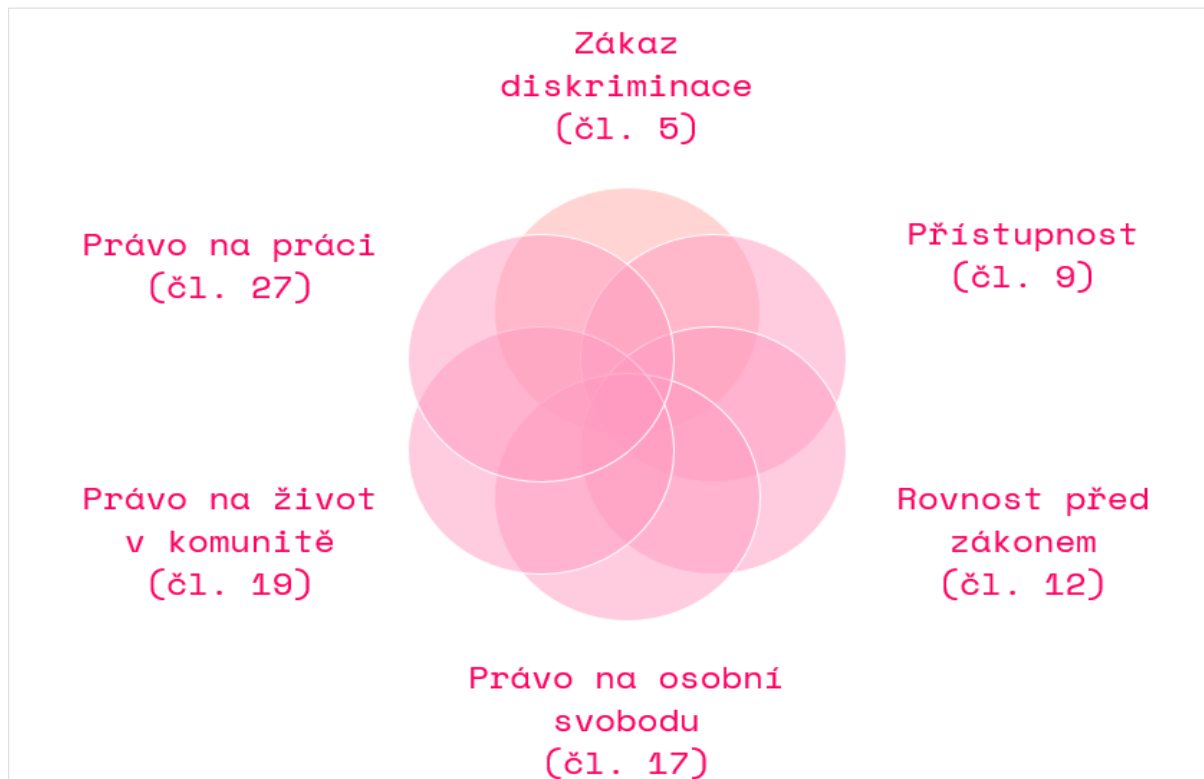
Kde je všude najdeme?

- Listina základních práv a svobod (+ judikatura obecných soudů a ústavní soud)
- Evropská úmluva o lidských právech (+ judikatura Evropského soudu pro lidská práva)
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (+ všeobecné komentáře Výboru OSN, stanoviska Výboru OSN, závěrečná doporučení)
- Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník
- Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
- Zákon č. 198/2009 Sb., Antidiskriminační zákon
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- ...a jiné

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením:

- nic o nás bez nás!,
- sociální model zdravotního postižení,
- heterogenita a intersekcionalita,
- právo na osobní autonomii a život v komunitě,
- přiměřené úpravy a univerzální design,
- zvláštní ochrana žen a dětí,
- vnitřní monitorování a vnější kontrola.

Největší výzvy





Zákaz diskriminace

Co je diskriminace na základě zdravotního postižení?

- jednání, opomenutí či nastavení zdánlivě neutrálních ustanovení, kritérií nebo praxe, případně odmítnutí přijmout přiměřené opatření/ úpravu,
- když se s osobou zachází **méně příznivě**, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo **s jinou osobou ve srovnatelné situaci**,
- **z důvodu či domnělého důvodu** zdravotního postižení.
- pokud je rozdílné zacházení objektivně odůvodněno **legitimním cílem a prostředky** k jeho dosažení jsou **přiměřené a nezbytné**.

Co je přiměřené opatření/úprava?

- nezbytné a odpovídající změny a úpravy, které nepředstavují nepřiměřené nebo nadměrné zatížení a které jsou prováděny, pokud to konkrétní případ vyžaduje, s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními,
- v oblasti zaměstnání, vzdělávání či služeb určených veřejnosti.

Přístupnost

Jaké máme druhy přístupností s ohledem na lidi se zdravotním postižením?

- místa a budovy,
- služby,
- informace,
- zajištění asistence.

Jak lze přístupnost zajistit?

- zajištěním přiměřených úprav (poučení hospitalizované osoby ve srozumitelné formě, přístupnost volebního procesu),
- zajištěním asistence (důvěrník v detenčním řízení),
- odstraněním administrativních bariér (zákaz vyloučení lidí s psychosociálním postižením z DOZP, domovy pro seniory, azylové domy),
- změnou kritérií (například kritéria pro přidělování obecních bytů).

Rovnost před zákonem

Kdy dochází k omezení svéprávnosti?

- Člověk trpí duševní poruchou, která není přechodná,
- tato porucha mu způsobuje neschopnost právně jednat,
- hrozí mu závažná újma,
- není možné uplatnit jiná, méně omezující opatření,
- je to v jeho zájmu (ne v zájmu jiných osob).



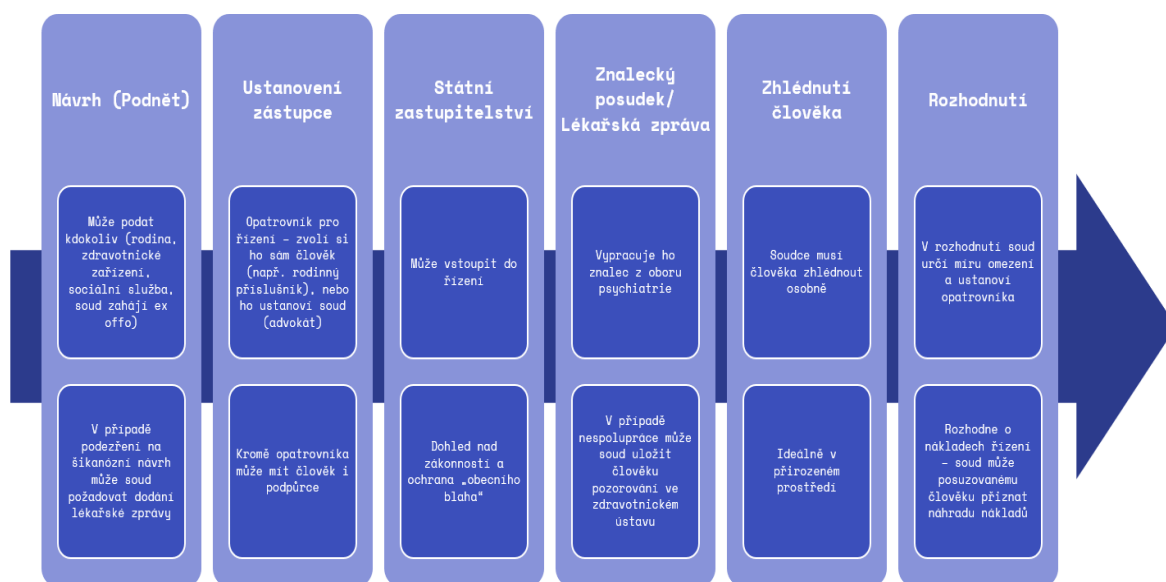
V jakých oblastech lze člověka omezit?

- Může jít pouze o právní jednání (tedy ne vycházky, rozhodnutí o tom, s kým se bude stýkat, co si vezme na sebe), které **není běžným úkonem každodenního života**.

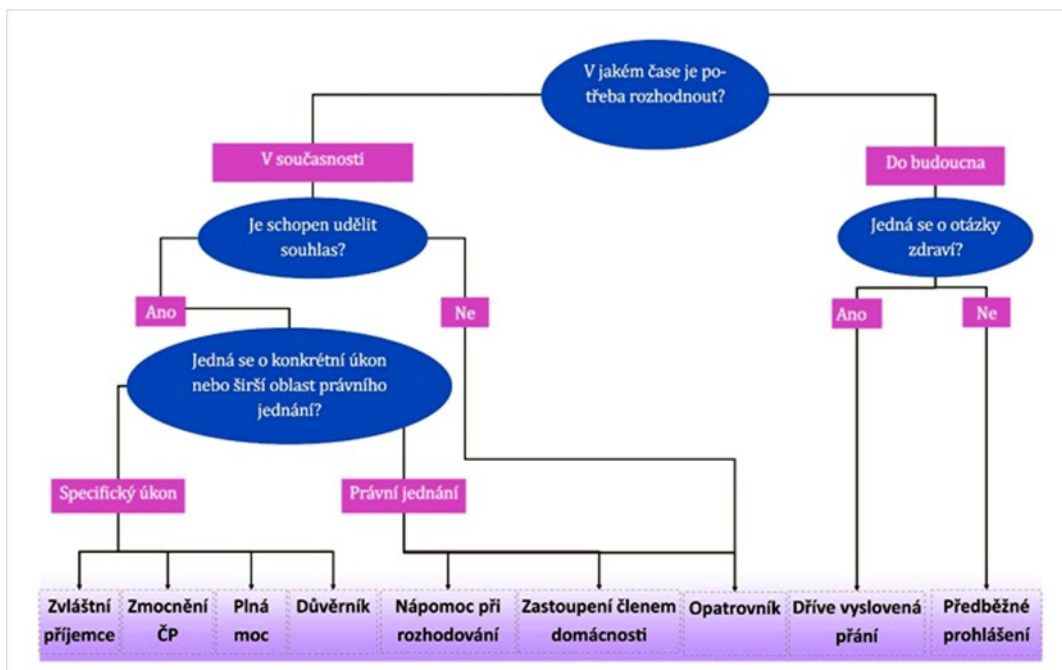
Nejčastěji jde o:

- nakládání s majetkem,
- podepisování smluv,
- rozhodování o zdraví,
- uzavírání smlouvy o sociálních službách,
- pracovněprávní oblast,
- rodičovská práva,
- volební právo.

Průběh řízení o svéprávnosti



Další možnosti podpory člověka při rozhodování a právním jednání



Osobní svoboda

Co je to osobní svoboda?

- Nedotknutelnost člověka a ochrana před nežádoucím vnějším působením.
- svoboda pohybovat se, rozhodnout se, že chci odejít.
- úzce souvisí s lidskou důstojností a integritou.

Za jakých podmínek může dojít ke zbavení osobní svobody?

- Jen za podmínek stanovených v zákoně.
- V souladu se zákonným postupem.
- Musí existovat soudní přezkum.
- Důležitá je také **přiměřenost** a **nezbytnost**
- Musí být ukončeno hned, jak odpadnou zákonné podmínky.

Jak souvisí informovaný souhlas s osobní svobodou?

- K hospitalizaci dochází na základě informovaného souhlasu pacienta.
- Souhlas s hospitalizací musí být informovaný, vážný, svobodný a písemný.
- Formulář o informovaném souhlasu musí obsahovat vyčerpávající informace, pacient musí mít možnost se doptat lékaře na další informace, případně si svůj souhlas rozmyslet.
- Výjimku představuje nedobrovolná hospitalizace, ke které může dojít pouze za zákonem předpokládaných podmínek.
- Případy, kdy se souhlas nevyžaduje:
 - pokud pacient nemůže dát souhlas (je v kómatu),
 - karanténa,
 - nařízení ochranného léčení v rámci trestního řízení,
 - pozorování kvůli vyhotovení znaleckého posudku,
 - nedobrovolná hospitalizace člověka s duševním onemocněním.

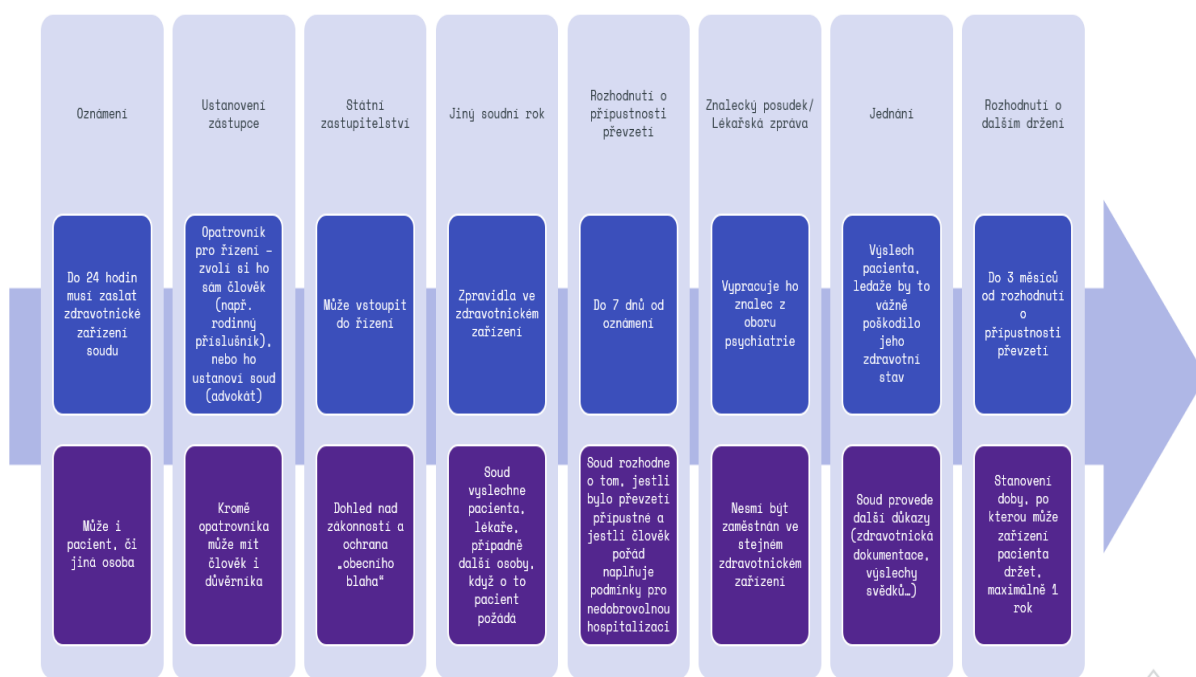
Jaké jsou podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci?

- Existence domnělé nebo skutečné duševní poruchy.
- Existence bezprostředního a závažného nebezpečí pro pacienta nebo jeho okolí.
- Nemožnost využití jiného, méně závažného prostředku ochrany.
- Musí být přezkoumaná nezávislým soudem.

Jaký je rozdíl mezi nedobrovolnou hospitalizací a nedobrovolnou léčbou?

- Nedobrovolná hospitalizace automaticky neznamená nedobrovolnou léčbu.
- I při nedobrovolné hospitalizaci má pacient právo na informovaný souhlas.
- Výjimkou je léčba vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.

Průběh detenčního řízení



Kdy nemocnice propustí pacienta?

- Pokud soud vysloví nepřipustnost převzetí nebo dalšího držení.
- Pokud pacient nadále nenaplnuje podmínky pro nedobrovolnou léčbu, i když soud stanovil delší dobu (na žádost pacienta nebo z rozhodnutí nemocnice).
- Pokud pacient dal dobrovolný souhlas a následně podepíše tzv. Reverz a nesplňuje podmínky pro nedobrovolnou léčbu.
- Pokud uplynula doba, kterou stanovil soud, nebo uplynul 1 rok a soud nevydal nové rozhodnutí.



Život v komunitě

Co zahrnuje život v komunitě?

- Rovné postavení s ostatními při rozhodování o tom kde, s kým a jak chci žít
- Možnost zapojení do běžné komunity.
- Přístup k asistenci a individualizovaným službám pro výkon práva na nezávislý život.
- Nebýt nucen žít ve specifickém prostředí (typicky ústavní zařízení.)

Jak se může člověk domáhat práva na život v komunitě?

- Právo na zdravotní a sociální péči v nejméně omezujícím prostředí.
- Zapojení do územního plánování obce a kraje.
- Žaloba proti kraji na nezajištění potřebných služeb.
- Podpora reformy psychiatrie a deinstitucionalizace sociálních služeb.

Práce a zaměstnání

Co je obsahem práva na zaměstnání?

- Každý má právo žít se prací svobodně zvolenou nebo přijatou a na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a rovné odměňování.
- Cílem by mělo být zaměstnávání na otevřeném trhu práce.
- Zákaz diskriminace z důvodu zdravotního postižení.

Jak naplňuje stát své povinnosti?

- Ochranou před diskriminací.
- Povinností přijmout přiměřené úpravy a příspěvek na chráněné pracovní místo (až 48 000 Kč ročně).
- Povinný podíl pro zaměstnavatele s více než 25 zaměstnanci, lze splnit:
 - zaměstnáním OZP v rozsahu 4 % ze všech zaměstnanců,
 - odebráním výrobků OZP.
- Odvodem do státního rozpočtu ve výši 2,5 průměrné měsíční mzdy za každého zaměstnance.
- Povinností zaměstnávat OZP ve veřejném sektoru a podporou zaměstnávání v soukromém sektoru.
- Stejnou minimální mzdou u lidí s invalidním důchodem.





2 Praktické nácviky

2.1 Komunikace s lidmi s duševním onemocněním

Mgr. Jiří Šupa, Ph.D.

- Cíle:** Osvojení si efektivní komunikace s lidmi s duševním onemocněním
- Rozsah:** 8 hodin/1 den
- Obsah:** Vedení a principy terapeutického rozhovoru
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Psychiatr, psycholog, sociální pracovník nebo zdravotní sestra s dokončeným psychoterapeutickým výcvikem

Jak s lidmi mluvit, s jakým záměrem a kam s nimi směřovat?

Rozlišujeme různé záměry v rozhovoru. Hledáme porozumění a pochopení druhého člověka a podporujeme jeho vlastní porozumění. Pomáháme mu vyjádřit jeho porozumění situaci, jeho stavům. Reagujeme na emoce v rozhovoru a pomáháme mu je vyjádřit. Podporujeme pochopení osobních významů v rozhovoru a ty pomáháme vyjádřit. Zároveň pomáháme podpořit představu změny a jazyk změny – pokládáme otázky na výjimky, otázky na úspěchy a otázky na vytvoření kroků vedoucích k cíli.

Co pomáhá v terapeutickém rozhovoru z pohledu lidí, kteří se zotavili?

Pomoc se základními věcmi

Rady a návrhy: řečené ve formě přímého a normálního jazyka, návrhy se týkají denní struktury, spacích návyků, jídla – to vede k pocitu bezpečí a naděje („Mluvil se mnou tak moc, jak já s ním,“ uváděl přirovnání, např. „psychóza je jako zemětřesení, které potřebuje nějaký čas na to, aby se opravilo.“) Strategie zaměřené na snížení nepříjemných pozitivních symptomů vedly k rozvoji pocitu kontroly – zahrnovaly detailní popis osobní fenomenologie symptomů („komu ty hlasy patří“) a kontext („hlasy se objevují, když jsem sám v posteli“).

„Rada následovala vysvětlení – bylo to pro mě smysluplné.“

Mít společnost při průchodu chaotickým terénem

Spojení s terapeutem – důvěra – vede ke snížení stresu. Terapeut pomáhá „držet jejich životní příběh“ a smysluplně propojuje životní události:

- „Bral mě vážně, dával mi najevo pohledem, jazykem těla, tím, co říkal, že je tam se mnou.“
- „Nebyl to pohled z dálky, ale očima dával najevo, že rozumí, že mám těžké časy, a že mi chce pomoci.“
- „Oceňoval mě, když se mi něco povedlo.“
- „Mohli jsme spolu mluvit, jak to bylo předtím.“





Vytváření společného jazyka

Zážitek z nedostatku vhodných slov pro vyjádření nepříjemných myšlenek a emocí vede ke zvýšení stresu a zhoršuje příznaky. Komunikace je procesem vytváření společného jazyka. Vyjadřování průběžných vnitřních stavů. Vyjadřování sebe sama předtím, než se emoce staly zahlcující. Opakované, cílené a „porozumějící“ konverzace o bludném obsahu. Hledání porozumění složité situaci klienta (slovní pochopení umožňuje klientovi jeho potvrzení nebo zlepšení porozumění situace).

- „Začal jsem rozmotávat důvody, proč se chovám, tak jak se chovám.“
- „Pomohlo, když jsme o tom mluvili mockrát, a ono se to obalilo porozuměním.“
- „Začal jsem jí důvěřovat a ona byla dobrá v kladení těch pravých otázek a pomáhala mi vyndat ty věci ze sebe. Některé otázky byly trochu děsivé, bylo těžké o tom mluvit, ale ona mi pomáhala dávat ty věci do slov.“
- „Pomáhala mi být otevřená, takové věci, které neřeknete rodičům ani kamarádům.“
- „Mlha se trochu zvedala, nikdy jsem to předtím nezažil, našel jsem slova pro myšlenky a pocity.“

Dávání psychózy do „závorky“ a podpora všeho, co je zdravé

Podpora vývoje, zdravých stránek a menší pozornost problematickému chování. Nutné je mít předtím dobré spojení a intervence musí být transparentně vysvětlené. Tlačení na lidi, aby se účastnili sociálních setkání, když si přáli být sociálně stažení, se ukazovalo jako velmi efektivní, ale zároveň zvyšovalo úzkost. Mnoho účastníků to vnímalo jako nezbytné pro podporu jejich schopnosti zvládat stres a zvládnout vyšší stupeň fungování. Je nutné s tím zacházet velmi citlivě.

- „Nemyl jsem se tři týdny, nikdy do toho nešla, ale pak byla hodně podporující ohledně rozhodnutí, která jsem dělal.“
- „Hodně vyžívala, co bylo zdravé.“
- „Když jsem řekl, že se cítím depresivně, tak řekla, skutečně? Není to normální reakce, být smutný, když jste prožil tohle všechno?“
- „Zacházela se mnou tak, jak nemocně jsem se cítil. Víte, lidi s vámi zachází, jako byste byl nemocný, když se cítíte dobře, anebo vás vidí jako zdravé, když jste nemocný.“
- „Ona nikdy proti mně nevyužila, že mám hodně dovedností a všeho, ale když jsem byl v pohodě, tak mě vedla k tomu, abych je využil.“
- „Víte, on mě nemohl vyléčit, byl vždycky velmi jasný v tom, abych si na to přišel sám.“

Vytváření mostu z psychotického stavu do vnějšího světa

Vnímání sebe sama v psychóze, pocit vyloučení vede k pocitu beznaděje. Je nutné zlomit vzorec pasivity a to, že jsou vyloučeni ze společnosti. Bylo potřebné podpořit smysluplné místo ve společnosti. Terapeut je podporovatel a konzultant, dostupný a zároveň v pozadí. Podpora vývoje, aktivní role.

- „Potřeboval jsem najít něco smysluplného, aby mě to dostalo z postele, mluvit k lidem, k psychologovi a dostat rady, skládat si je, využít je.“
- „Po terapii jsem začal být víc otevřený, začal jsem víc mluvit s lidmi, v práci.“
- „Všechno by mělo být zaměřeno na fungování ve společnosti, ne na fungování na psychiatrickém oddělení.“

Bezpečí, důvěra, zájem a empatie

Jak vytvářím bezpečí v rozhovoru a jak na mě klient pozná, že se mnou může mluvit bez obav? Klíčem při budování důvěry je otevřenost, přímost, vytvářet spojení v rozhovoru. Pozitivní,





empatický vztah: Jak vytvářím pozitivní vztah a co je to empatie a jak na sobě poznám, že jsem empatický?

Blízkost a hranice

- Optimální „vzdálenost“ v rámci vztahu: Ptám se na příliš osobní věci, nebo mluvím s klientem odtažitě?
- Hranice vztahu: Nabízet nebo nenabízet situace ze svého života v profesionálním vztahu?
- Odvaha – otevřenost pro dotazování se: S čím mám hranici, na co se neptám? Udělat seznam témat.
- Jak dát klientovi najevo, když hranice překračuje, když je to součástí jeho bludného přesvědčení?

Respekt a ne/závislost klienta

- Respekt k nezávislosti klienta (na co reaguji v rozhovoru, že by klient už ne-měl/měl dělat).
- Klient říká, že se rozhodl na/přes doporučení rodičů (ne)brát medikaci a (ne) nechat se hospitalizovat: Jak o tom s ním mluvit?
- Zaměření na silné stránky klienta – zdůrazňujte, co klientovi jde, nezaměřujte se jen na to, co nejde.

Kritický postoj, přehnané ochraňování

- Během rozhovoru může docházet ke kritickému postoji nebo přehnanému ochraňování ze strany pracovníka.
- Kritický postoj ke klientovi: Jak na sobě poznám, že jsem začal zaujímat kritický postoj? Jaká slova se mi začnou objevovat ve slovníku?
- Přehnané ochraňování: Jak na sobě poznám, že jsem začal klienta přehnaně ochraňovat? Jaká slova se mi začnou objevovat ve slovníku?

Náročné komunikační situace

- Ticho v rozhovoru: rozhovor s málomluvným, nemluvným klientem.
- Zmatenost v rozhovoru: využití preterapie.
- Jak zpracovávat emoce v rozhovoru s klientem?
- Jak pracovat s vlastními emocemi v rozhovoru?
- Motivace klienta ke změně a práce s jeho „odporem“ ke změně.

Podpora změny u klienta/postoj pracovníka a jeho představa o klientovi

- Vytváření si představy o tom, co klient nedělá a proč to nedělá.
- Vytváření si představy o tom, co by klient mohl udělat a jak by to mohl udělat.
- Snažte se být v rozhovoru co nejvíce konkrétní, jak to jen jde.

Jak začít a ukončit kontakt

- Přijíždím za člověkem a mým cílem je „vyšetřit“, zda je vhodný do péče/ výzkumu? Jak se představím člověku/dalším osobám, jak budu postupovat?
- Zjišťuji, že člověk není vhodný pro další péči týmu: Jak ukončím kontakt, co řeknu a jak?





2.2 Komunikace s lidmi s duševním onemocněním (workshop)

BcA. Jan Tyl

- Cíle:** Osvojení si efektivní komunikace s lidmi s duševním onemocněním
- Rozsah:** 8 hodin/1 den
- Obsah:** Přednáška s diskusí – osobní zkušenost; workshop – metoda přímého zážitku
- Forma:** Interaktivní seminář, nácvik
- Lektor:** Člověk se zkušeností s duševním onemocněním (peer lektor)

Metoda přímého zážitku

Forma semináře zprostředkovává přímý kontakt s osobou, která má nějakou formu psychického onemocnění (peer lektor) a dokáže o životě s duševní poruchou hovořit.

Prostřednictvím klasické hry, která se běžně využívá v dramatické výchově, je nastavena situace (např. nemožnost ráno vstát do školy při depresivním stavu, zpozorování nepřiměřené aktivity, několikadenní nespavost atp.). Účastníci kurzu přejímají jednotlivé role a na jejich základě reagují na nastalou situaci. Jednotlivé role: nemocný, pedagog ve škole, rodiče nemocného, spolužáci/kamarádi, partner/partnerka, psychiatr, sourozenec, prarodič atd.

Workshopu předchází přednáška (beseda) a zároveň po ní následuje evaluace – zasazení duševních pochodů na své místo, tak aby výsledkem bylo nejen pochopení a uchopení tématu, ale i možnost jiného pohledu, právě díky přímému zážitku.

Důležitá je míra otevřenosti – připravení si půdy v přednášce a debatě – nenucenosti a ostražitosti při jednotlivém přijímání rolí. V následné evaluaci má prostor jak lektor, účastníci workshopu, tak i zúčastněný terapeut/psychiatr, aby poskytli zpětnou vazbu pro průběh semináře, jak se v jednotlivých rolích a situacích každý cítil, jak to působilo na okolí. K tématu je potřeba přistupovat citlivě a seriózně. Bylo by kontraproduktivní, kdyby se z tohoto přístupu stalo tzv. hraní na blázny. Relativizovat, natož se vysmívat této problematice je snadné, ale rozhodně ne žádoucí.

Přínos semináře

Modelová situace napomůže k odstranění stigma, detabuizaci nemoci. Účastníci si zároveň mohou vyzkoušet reakce okolí a pocity pacienta na vlastní kůži. Jednotlivých modelových situací a rolí je variabilní množství. Seminář může být přínosný zejména díky otevřenosti a pochopení. Může přinést jak mnohem příjemnější život lidem, kteří mají psychické obtíže, tak pracovníkům na poli psychiatrie/terapie.





Náplň workshopu

Prostředí	Role	Situace
domov	rodič (podle pohlaví)	vstávání do školy, postižený opakovaně nemůže vstát do školy, reakce rodiče a sourozence
	sourozenec	
	člověk s diagnózou	
škola	učitel	žákova docházka a výkonnost se zhoršuje, učitel pozoruje ztrátu výkonnosti, odkázání na výchovného poradce (...)
	výchovný poradce	
	člověk s diagnózou	
práce	nadřízený	snížení výkonnosti, hrozba vyhazovem, reakce nadřízeného – na koberečku u šéfa
	šéf	
	člověk s diagnózou	
neformální setkání	1. kamarád (o stavu ví)	postižený si v hospodě objedná nealkoholické pivo – zjišťování kamaráda, proč nepije + reakce a obrana obeznámeného přítele
	2. kamarád (o stavu neví)	
intervence	rodič (podle pohlaví)	terapeut/psychiatr sděluje rodiči a postiženému první diagnózu – konsekvence
	terapeut/psychiatr	
	člověk s diagnózou	





2.3 Otevřený dialog

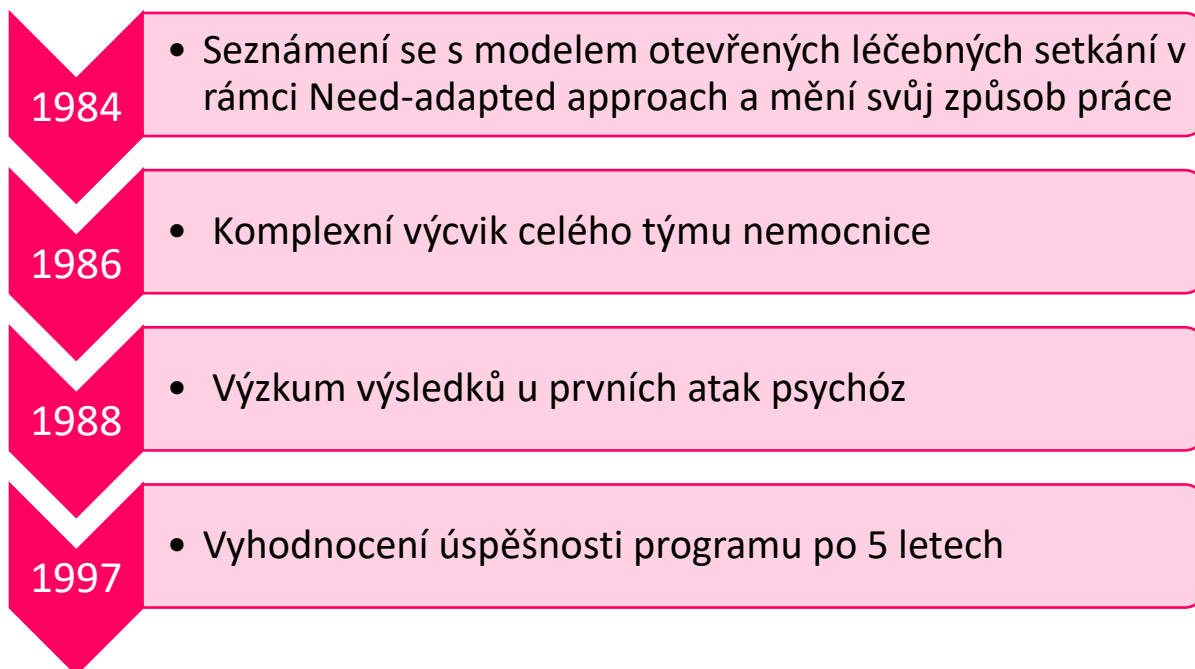
Mgr. Pavel Nepustil, Ph.D.

- Cíle:** Seznámení se s metodou otevřený dialog
- Rozsah:** 8 hodin/1 den
- Obsah:** Historie, principy otevřeného dialogu
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Lektor s výcvikem v metodě otevřený dialog

- Rodíme se do dialogu – dítě má vrozenou schopnost být v dialogu
- Žijeme v polyfonii hlasů – horizontálních i vertikálních
- Dialog může vést ke změně, pokud jsou účastníci plně přítomni a připojeni
- Dialog zahrnuje celé naše tělo, je důležité všimnout si jeho reakcí

Historie otevřeného dialogu

Historie otevřeného dialogu sahá do začátku osmdesátých let, kdy se tým psychiatrů, psychologů a zdravotních sester z nemocnice Keropudas ve finském městě Tornio seznámil v rámci přístupu přizpůsobeného potřebám (*need-adapted approach*) s modelem otevřených léčebných setkání a následně jej začal využívat v rámci každodenní praxe. Tato praxe v jednoduchosti byla založena na tom, že již žádná setkání o klientech neproběhnou bez samotných klientů a jejich rodin.





Sedm principů otevřeného dialogu

1. **Okamžitá pomoc** – první setkání probíhá do 24 hodin od prvního kontaktu, od začátku se účastní všechny důležité osoby. Psychotické příběhy jsou diskutovány za přítomnosti všech. Snaha o dialog, ve kterém může být řečeno i to, o čem dosud nešlo mluvit.
2. **Perspektiva sociální sítě** – ti, kteří definují problém, by měli být zahrnuti do léčebného procesu. Společná diskuse o tom, kdo o problému ví, kdo může pomoci a kdo by měl být pozván na léčebné setkání. Rodina, příbuzní, přátelé, spolupracovníci zástupci jiných institucí.
3. **Flexibilita a mobilita** – každá odpověď je přizpůsobena potřebám tak, aby byla vhodná pro unikátní a měnící se potřeby každého pacienta/klienta a jejich sociálních sítí. O místě setkání se rozhoduje společně. Z institucí do domácností, na pracoviště, do škol, klinik apod.
4. **Odpovědnost** – člen týmu, který přijímá hovor, je zodpovědný za přípravu a uspořádání prvního setkání. Tým si bere na starost celý proces bez ohledu na to, kde se léčba odehrává. Všechna témata jsou otevřeně diskutována mezi doktorem a týmem.
5. **Psychologická kontinuita** – integrovaný tým zahrnující pracovníky ambulantních i lůžkových programů. Frekvence a délka setkání je podle potřeby. Stejný tým v komunitní péči i při hospitalizaci. Jádru týmu zůstává stejné i při další krizi. Klient není „předáván“ jinam.
6. **Tolerance nejistoty**
7. **Dialogismus** – zážitek z nedostatku vhodných slov pro vyjádření nepříjemných myšlenek a emocí vede ke zvýšení stresu a zhoršuje příznaky. Komunikace je procesem vytváření společného jazyka. Vyjadřování průběžných vnitřních stavů. Vyjadřování sebe sama předtím, než se emoce staly zahlcující. Opakované, cílené konverzace o bludném obsahu zaměřené na porozumění. Hledání porozumění složité situace klienta (slovní pochopení umožňuje klientovi jeho potvrzení nebo zlepšení porozumění situace).

Diskuse mezi odborníky disponuje těmito atributy: diskuse o procesu, jak rozumí problému, jak pomoci, jaká rozhodnutí dělat.

Jak poslouchat při reflektování?

- Všimněte si toho, co s vámi dělá to, co slyšíte.
- Když vás něco zaujme, zkuste si zapamatovat, co kdo u toho řekl.
- Zůstávejte pouze u toho, co se děje v konverzaci.
- Doporučení pro členy reflektujícího týmu: buďte struční, mluvte předběžně, nedívejte se na klienty.





2.4 Case management: komunitní psychiatrie v praxi

MUDr. Jan Stuchlík

Cíle: Seznámení s principy case managementu (CM) jako prostředku koordinace péče v komunitní psychiatrii

Rozsah: 16 hodin/2 dny

Obsah: Teorie CM, self-management, specifické postupy CM, týmy v CM

Forma: Teoretický blok – přednáška

Lektor: Lektor se zkušeností s metodou case management

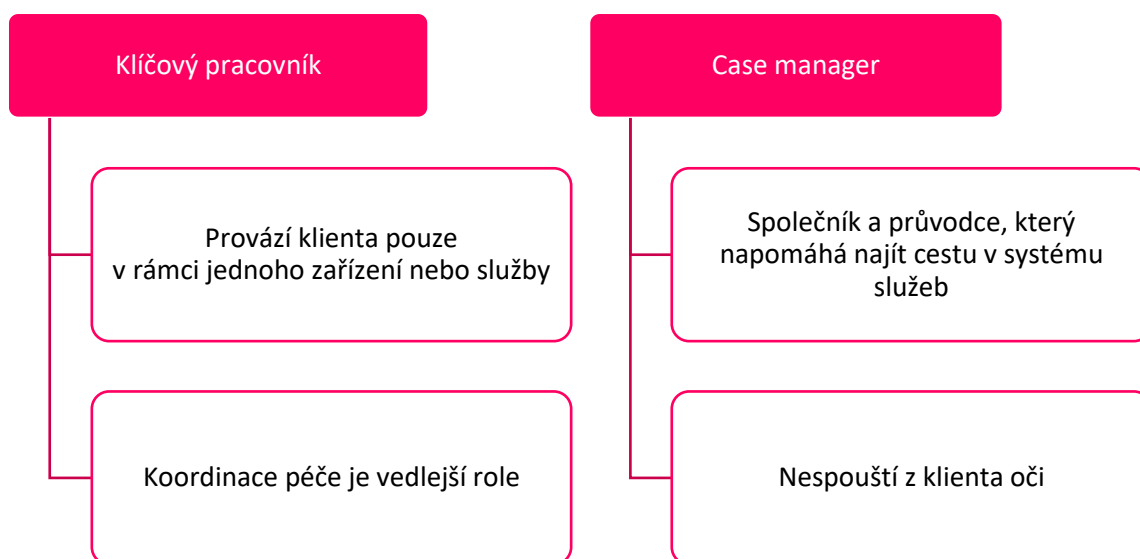
Teorie case managementu

- Vznik v šedesátých letech 20. století
- Důvody vzniku:
 - nízká koordinace péče (Caton, 1981) jen 17 % pacientů plní rok po propuštění rehabilitační plán),
 - osoby se závažným duševním onemocněním nečerpají služby, které jsou pro ně určeny,
 - lůžková péče a krizové služby jsou velmi nákladné.

Psychiatric Assertive Community Treatment (PACT)

- Leonard Stein a Mary Ann Test
- Sedmdesátá léta, Madison, stát Wisconsin, USA
- Individuální program pro klienta 24 hodin, 7 dnů v týdnu
- Poskytování služeb + zapojování do vhodných služeb v regionu
- Porovnání se standardní péčí: v prvním roce bylo rehospitalizováno 6 % klientů PACTu proti 58 % klientů v kontrolní skupině

Case manager a klíčový pracovník





Základní modely case managementu

1. Brokerský model:

- pouze koordinace služeb,
- poměr pracovník klient 1:40 i více,
- závislost na dostupných službách,
- práce v kanceláři,
- v péči o duševně nemocné se dnes nepoužívá.

2. Intenzivní case management:

- klinický case management (strenghts based case management),
- case manager sám poskytuje část služeb + vyhledává další služby,
- poměr pracovník: klient 1:10 až 1:20,
- v ČR 10–15 CM týmů.

3. Asertivní komunitní léčba (ACT):

- podobný model jako intenzivní CM,
- dostupnost 7 dnů v týdnu, 24 hodin denně,
- klienti sdílení multidisciplinárním týmem,
- poměr pracovník klient 1:8 až 1:10,
- tým *může* zajišťovat většinu služeb.

Intenzivní case management (ICM) vs. asertivní komunitní léčba (ACT): výzkum založený na expertním hodnocení

ACT	ICM
týmový přístup, všichni klienti jsou sdílení týmem	část klientů je v individuální péči jednoho case managera
větší důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů	menší důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů
služba se prakticky neukončuje	službu je možno ukončit (klient je stabilizovaný, odmítá spolupráci, je dlouhodobě hospitalizován)
důraz na medicínskou orientaci (klíčová role psychiatra a psychiatrické sestry)	důraz na práci se silnými stránkami klienta
tým by měl pokrýt potřeby klienta – nemusí zprostředkovávat další služby	důraz je na zprostředkování dalších služeb



Modely case managementu

	Brokerský model	Klinický model	ICM	SCM	ACT
Počet klientů na case managera	40 a více	10 - 20			8 - 12
Individuální či týmový způsob práce	Každý klient je v individuální péči jednoho case managera	Část klientů je v individuální péči jednoho case managera, je zdůrazňována týmová spolupráce			Týmový přístup, všichni klienti jsou sdílení týmem
Multidisciplinarita	Není požadována	Je pokládána za podstatný faktor			Je pokládána za zásadní faktor. Jsou přesně definovány standardy personálního a dovednostního vybavení týmu.
Medicínská či sociální orientace	Není jasně vyjádřena	Orientace na klinickou problematiku	Rehabilitační přístup, důraz na sociální intervence	Rehabilitační přístup, zásadní důraz je práci se silnými stránkami klienta	Komplexní orientace se zdůrazněním medicínské problematiky, klíčová role psychiatra a psychiatrické sestry v týmu
Přímé poskytování služeb / zprostředkování služeb	Case manager pouze zprostředkovává služby	Část služeb je poskytována týmem, zprostředkování dalších služeb je zásadním úkolem týmu			Tým by měl pokrýt potřeby klienta – nemusí zprostředkovat další služby
Asertivita služby	Minimální	Různě vyjádřený důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů			Velký důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů
Ukončení služby	Služba je ukončena zprostředkováním dalších služeb	Služba je koncipována jako dlouhodobá, týmy mají různé definované podmínky, za kterých je možno poskytování služby ukončit (například situace klienta je uspokojivě stabilizovaná, klient odmítá spolupráci, klient je dlouhodobě hospitalizován atd.)			Služba se prakticky neukončuje
Efektivita	Nízká	Předpokládá se dobrá efektivita služby, není ovšem jednoznačně doložena (pro odchylky v obsahu služeb a v organizačním uspořádání nejsou výsledky vždy snadno porovnatelné)			Efektivita je jednoznačně doložena (evidence based practice)
Použitelnost	Služba je považována za překonanou, nedoporučuje se zavádět	Služba je doporučována pro většinu cílové skupiny dlouhodobě duševně nemocných, základem je spolupráce s ostatními službami, případně koordinace regionálního systému služeb			Služba je vhodná pro menší část cílové skupiny s nejzávažnějšími problémy, lze použít ve venkovských oblastech bez dalších služeb



FACT model

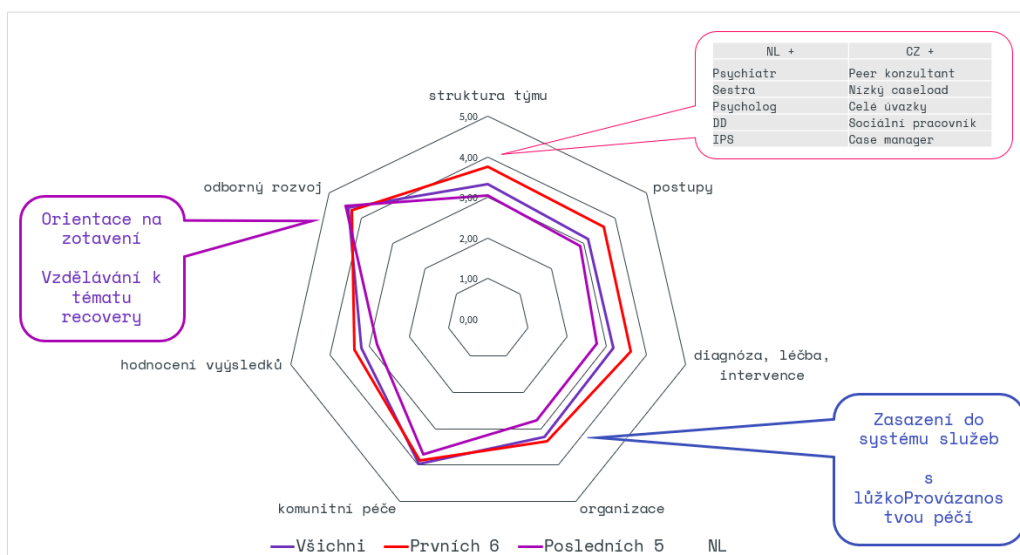
Tým pro standardní péči (ICM):

- zhoršení příznaků/krize,
- nevhodné nebo ohrožující chování,
- vážné sebezanedbávání,
- nedocházení na domluvené schůzky,
- obtížná spolupráce,
- pravidelné hospitalizace,
- období po propuštění z nemocnice,
- intenzivní léčba (například zásadní změna medikace),
- závažná životní událost,
- nový klient.

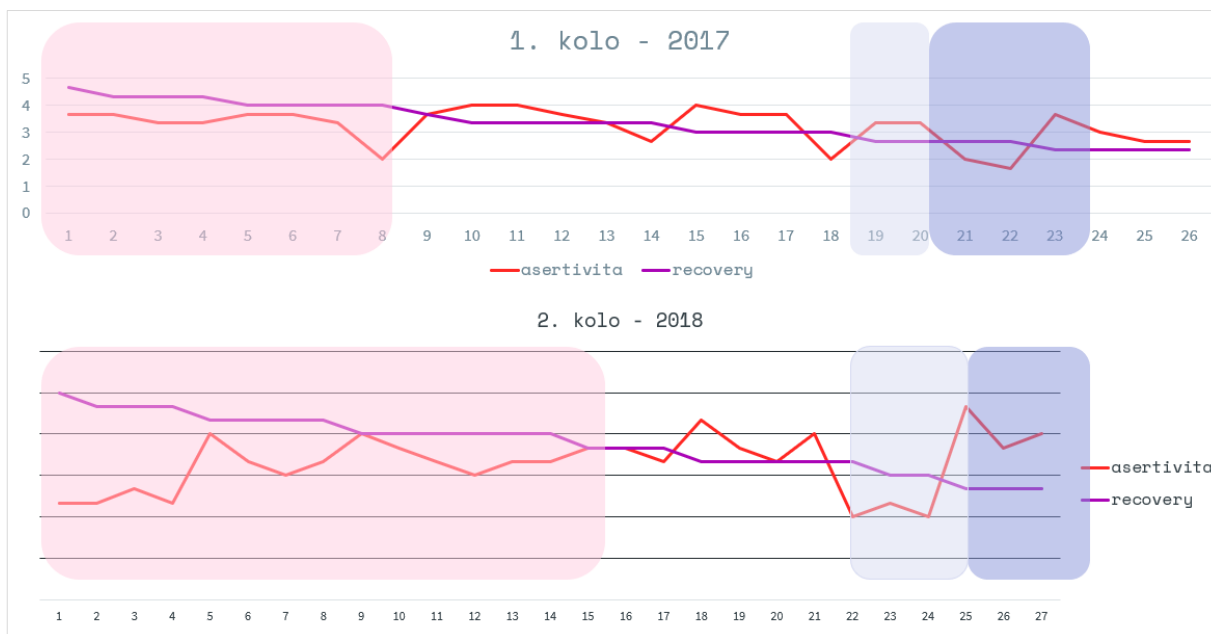
Srovnání s nizozemskými daty (Říčan & Stuchlík, 2018)

Srovnání původního nizozemského FACT modelu a českých týmů, jež se zúčastnily šetření realizovaného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, odkazuje na vysokou úroveň komunitních služeb v ČR. V oblasti odborného rozvoje (orientace na zotavení, vzdělávání k tématu recovery), navíc české týmy původní nizozemský model předčily (průměrné skóre 4,41 bodu z možných 5). Hodnocení fidelity k FACT modelu naopak odhalilo nedostatky českých týmů v oblasti jejich zasazení do systému zdravotních a sociálních služeb a poukázalo na jejich nedostatečnou provázanost s lůžkovou péčí (průměrné skóre 3,21 bodu z možných 5). V oblasti struktury týmů jsou zpravidla v týmu podle holandského modelu zastoupeni zdravotníci (psychiatr, sestra apod.) a specializovaní pracovníci (IPS manažer aj.), což v českých týmech zatím není běžným standardem. Pozitivní ovšem je, že české týmy jsou většinou tvořeny pracovníky s nedělenými úvazky a zároveň je tým často posílen peer pracovníkem. Celkové výsledky ukazují na srovnatelné výsledky českých týmů v porovnání s nizozemským FACT modelem.

Vztah mezi asertivitou a orientací na recovery (Říčan & Stuchlík, 2018)



Vztah mezi asertivitou a orientací na recovery (Říčan & Stuchlík, 2018)



Efektivita case managementu:

- snížení počtu hospitalizací,
- lepší stabilita bydlení,
- vyšší kvalita za stejnou nebo nižší cenu.

Co nelze od CM očekávat:

- změny ve statistickém rozložení průběhových variant psychotických poruch,
- snížení spotřeby psychofarmak.

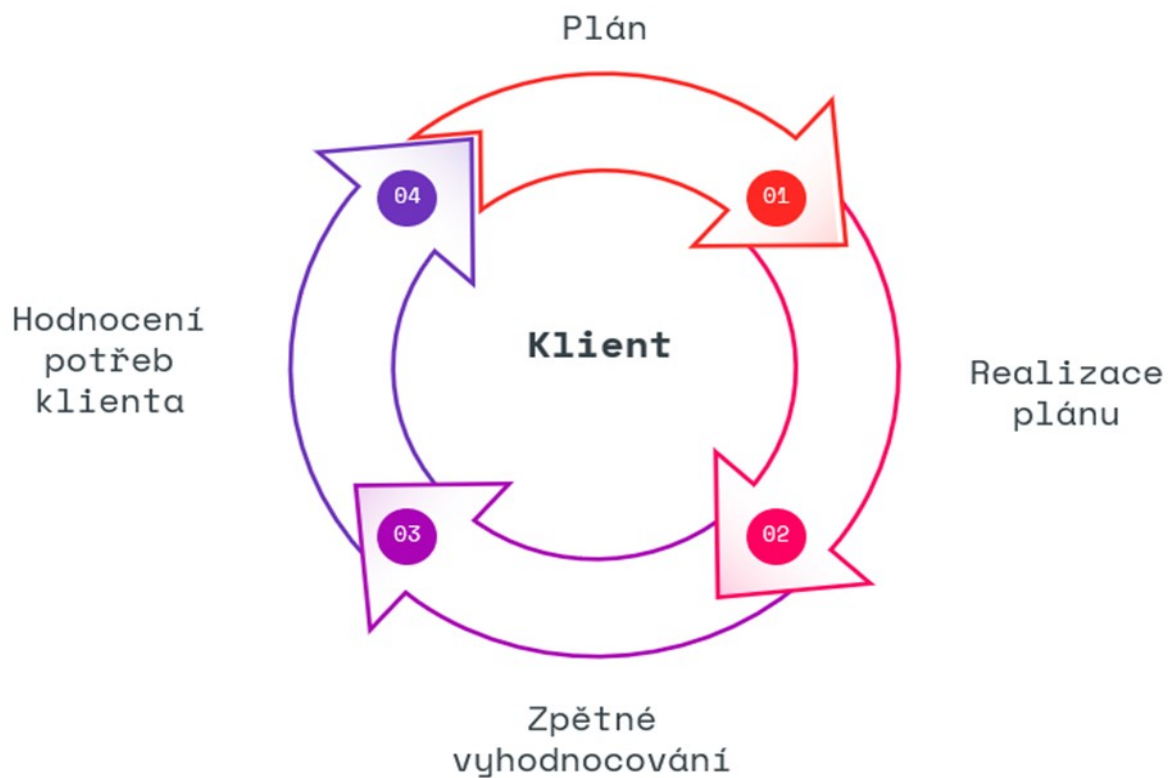
Replikace metody:

- použití při práci s tzv. duálními diagnózami,
- použití při práci s duševně nemocnými bezdomovci.

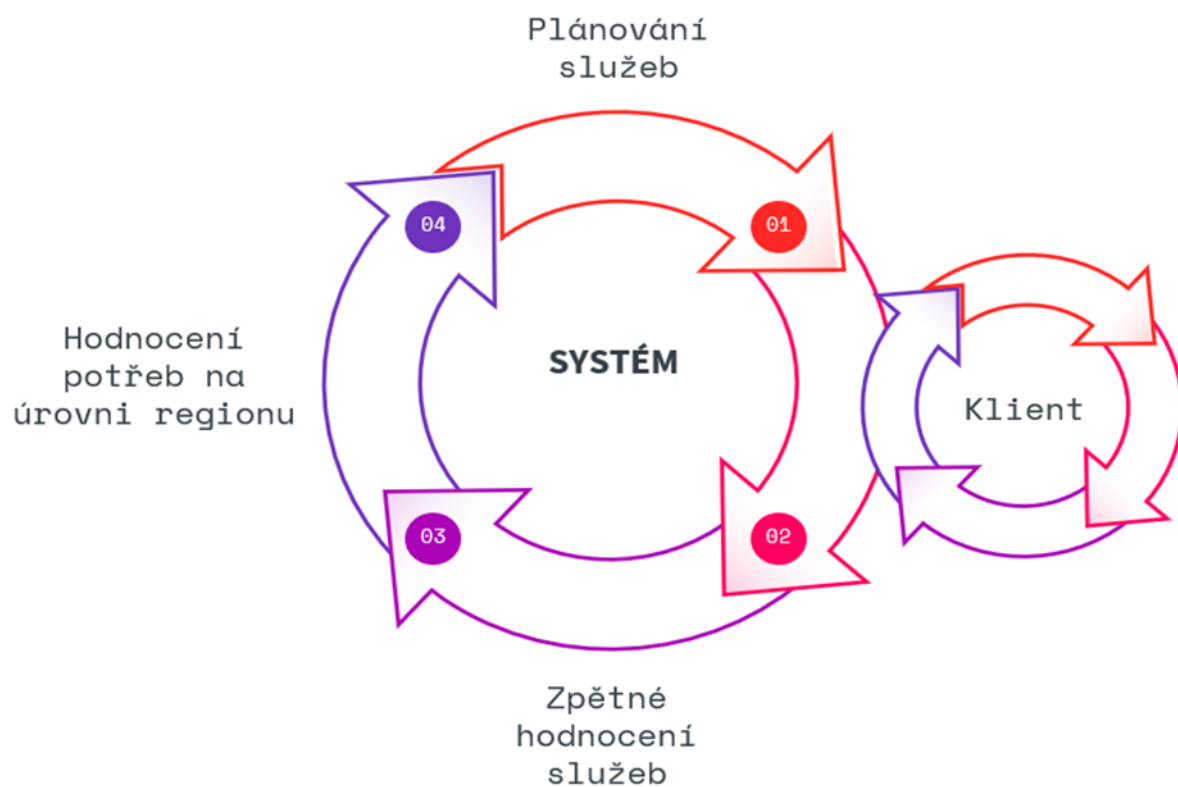
Zásady case managementu (Rapp & Wintersteen, 1989):

- podpora je šitá *individuálně* na míru,
- *zaměření na zdravé stránky klienta* více než na psychopatologii,
- *flexibilita*: dlouhodobost, práce v terénu, intenzita podle potřeb klienta,
- *intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí a souhlasu*,
- *asertivita*: součástí metody je kontaktovat i „obtížné“ klienty,
- *zapojování sociálního okolí klienta*, hledání vhodných zdrojů, automaticky, nepreferuje standardní služby pro duševně nemocné.

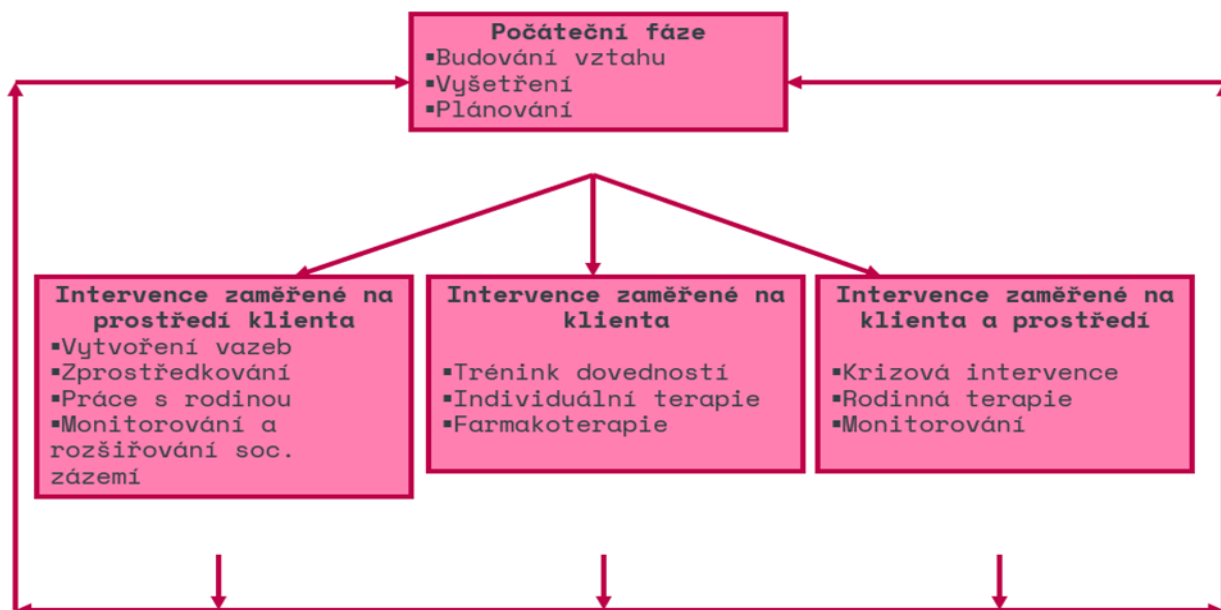
Plán case managementu



Case management v systému služeb



Úkoly case managera



Motivace

- „Motor“ chování, které souvisí s potřebami
- To, jak člověk hodnotí své potřeby a kvalitu života, závisí na vztahovém sociálním rámci – jak je hodnotí lidé okolo. Člověk se na podmínky adaptuje. Jádrem motivace je aktualizace potřeb.

Motivační faktory (Wilken & Hollander, 2005)

1. **Možnost ovlivňovat proces** – klient by měl cítit a rozumět, že jeho vlastní přání a potřeby řídí práci profesionálů. Spoluúčast a prostor pro kontrolu jsou důležité.
2. **Příležitosti využívat dovednosti** – lidé v klientově zázemí by měli přispět k vytváření příležitostí (v čase i prostoru), aby mohl využívat své existující dovednosti.
3. **Informace o alternativách** – informace o příležitostech, volbách a možnostech mohou pomoci klientovi při motivaci. Mohou inspirovat a posilují pocit vlastní kontroly a svobody. Mohu si vybrat.
4. **Různorodost aktivit** – klient by měl mít možnost volit ze široké nabídky aktivit.
5. **Přehledné prostředí** – klienti obecně dávají přednost jasným a přehledným podmínkám. Strukturovaný program a srozumitelné cíle přispívají k transparentnímu a spořádanému prostředí.
6. **Materiální podpora** – materiální podpora je jedním z pěti pilířů procesu rehabilitace. Materiální podporou může být téměř všechno: finanční odměna za vykonanou práci, bydlení atd.
7. **Bezpečí** – velmi důležitá podmínka. Klient by měl mít pocit emocionálního a fyzického bezpečí.
8. **Příležitost k naplnění mezilidských vztahů** – klient by měl dostat příležitost k jednání s ostatními.
9. **Uznání a ocenění** – klient by měl cítit, že je oceňován za to, kdo je a co dělá.
10. **Sankce** – sankce může být funkční pouze v případě, že klient rozumí „proč“, a pokud následuje bezprostředně po nežádoucím chování.



Jak motivovat?

- Přání a sny
- Optimismus
- Edukace a vysvětlování

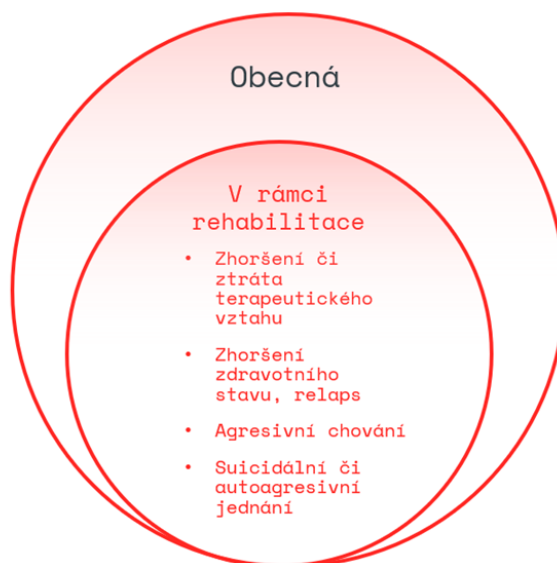
Motivační rozhovor (motivational interviewing)

Je to sada terapeutických strategií, které mají pomoci pochopit klientovi dopady nemoci nebo rizikového chování – vychází ze zkušenosti z motivace uživatelů drog k léčbě a abstinenci a využívá se i v dalších klinických praxích.

Prvky motivačního rozhovoru (Mueser et al., 2003):

1. vyjádření empatie,
2. vyjasnění a stanovení osobních cílů,
3. posilování a rozvoj rozporu,
 - sokratovská metoda dotazování (na rozpor si přichází sám),
 - rozbití velkých dlouhodobých cílů na malé, krátké a lépe dosažitelné,
4. otázky šetřící, jak rizikové chování koliduje s osobními cíli,
 - zacházení s odporem – nebojujte s odporem, ale raději ho zkoumejte, projevujte zájem a snahu pochopit nesouhlas,
5. posilování sebevědomí.

Kontrola rizik





Zvládání zátěže

- **Coping** – z angl. **zvládání**, zvládací chování, schopnost vyrovnat se s nároky, které jsou kladeny, příp. schopnost zvládat nadlimitní zátěže.
- Může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje.

Strategie zvládání zátěže:

1. **zaměření na situaci/problém** změna situace, vyhnutí se v budoucnu, posílení dovedností atd.,
2. **zaměření na zmírnění emocí**, které zátěž vyvolává, i když ke změně situace nedochází, např. relaxace, psychofarmaka, změna činnosti či místa,
3. **úspěšné zvládání obvykle kombinuje obě strategie.**

Suicidalita

Sociodemografické rizikové faktory:

- věk – 15–34 a nad 65 let,
- osamělost,
- nezaměstnanost (nikoli dlouhodobá).

Prostředí jako rizikový faktor:

- sebevražda v rodině,
- výrazný stresor v posledních 3 měsících,
- předchozí pokusy,
- dostupnost prostředků k realizaci.

Klinické faktory:

- vážné onemocnění nebo handicap (u duševních poruch vyšší riziko na počátku nemoci a do 6 měsíců po psychiatrické hospitalizaci).

Specifické rizikové faktory:

- imperativní halucinace,
- paranoidní blud,
- velký počet relapsů,
- abúzus návykových látek (kromě alkoholu),
- VŠ vzdělání, vysoké nároky na vlastní výkon,
- vysoké IQ,
- zhoršení společenského postavení v důsledku nemoci.

Mýty spojené se sebevraždou

- Kdo se chce zabít, nemluví o tom.
- Sebevraždě nelze předejít.
- Hovory o sebevraždě mohou ohrožené osobě ublížit.
- Sebevrah si přeje zemřít.
- Sebevrah je zbabělec.
- Sebevrah je hrdina.





Varovné signály:

- člověk mluví o úmyslu spáchat sebevraždu (nebo to naznačuje),
- stahuje se do sebe,
- pociťuje bezmoc, vlastní neužitečnost, beznaděj, na pochvaly a ocenění nereaguje,
- trpí nechutenstvím a poruchami spánku,
- ztrácí zájem o koníčky, práci, přátele,
- zbavuje se věcí, které pro něj byly důležité,
- nebezpečně riskuje,
- zanedbává svůj zevnějšek,
- zvyšuje konzumaci alkoholu nebo drog,
- dává do pořádku své věci, loučí se s přáteli.

Agresivita

Rizikové faktory:

- předchozí násilné incidenty (popřené, impulzivní, s užitím zbraně,
- užití rekreačních drog,
- užití alkoholu,
- mladší muži (pod 35 let),
- vyjadřování záměru ublížit někomu,
- násilné fantazie,
- paranoidní bludy o ostatních,
- násilné příkazovací halucinace,
- sexuálně motivované agresivní chování.

Spolupráce se sociální sítí klienta

Co tvoří sociální síť klienta:

- rodina a příbuzní,
- přátelé,
- soused,
- lidé z blízkého okolí,
- obchody a firmy, které klient pravidelně navštěvuje,
- sportovní kluby, zájmová sdružení,
- služby, které klient využívá, např. lékařské služby (ochranná léčba, psychiatrická ambulance, nemocnice, psychiatrická léčebna), pečovatelská služba, jídelny pro důchodce, úřady.

Význam přirozených zdrojů podpory

Pokud může nějakou potřebu klienta zabezpečit jeho komunita, je to vždy

- efektivnější,
- trvalejší,
- (levnější).

Case manager by měl být mostem, po kterém klient v ideálním případě přejde do své komunity, a službu case managera už nepotřebuje.





Musí vždy předcházet dohoda s klientem?

- Sdílení osobních a citlivých osobních údajů se souhlasem klienta.
- Nevyjednává se s lidmi či institucemi z komunity klienta o konkrétních věcech bez vědomí klienta.

Je žádoucí:

- Pokud jednáme s institucí či osobou z komunity telefonicky, aby byl klient přítomen.
- Před schůzkou s institucí či osobou z komunity připravit klienta na jednání, se-stavit s ním scénář setkání, tento scénář nacvičit.
- Připravit na jednání nejen klienta, ale i partnera v jednání, např. dát dané osobě předem vědět, že se s ní chceme sejít (telefonicky, emailem, oficiálním dopisem).
- Vždy je žádoucí nechat na klientovi co možná největší míru zodpovědnosti za jednání, co možná nejsilnější roli v tomto jednání.

Zakázka z prostředí klienta

Pokud zakázka nevychází přímo od klienta, nastávají dva typy problémů:

- **etický** – účinnost intervence, bezpečí pracovníka × ochrana osobních a citlivých údajů klienta, důvěra, respekt,
- **filozofický** – jedinec × vyšší systém,
- **polarita „jedinec“** – umožňuje v absolutním měřítku sdílet s klientem jeho prožitky, navázat s ním partnerský vztah (JÁ – TY), respektovat jeho osobní zodpovědnost za vlastní jednání,
- **polarita „vyšší systém“** – umožňuje spatřit klientovu situaci z různých pohledů (přijetí mnohoznačnosti a nejednoznačnosti), umožňuje hledat zdroje pomoci v přirozených lidských vazbách i v institucionálním podpůrném systému.

Kdo kontaktuje tým?

Tým nemusí být kontaktován pouze klientem, jak u neznámých (potenciálních) klientů, tak v případě klienta, který službu již čerpá a je v kontaktu s CM, může tým kontaktovat, např:

- rodinný příslušník nebo jiná blízká osoba z prostředí klienta,
- ambulantní psychiatrie,
- personál psychiatrického lůžkového zařízení.

Tým kontaktuje **rodinný příslušník**:

- příprava – práce ve dvojici, sběr informací, definice problému,
- práce s „objednavatelem“ – modelování zakázky, rozhodnutí o přijetí nebo odmítnutí zakázky,
- příprava scénáře intervence – společně s „objednavatelem“, příprava týmová,
- práce s potenciálním klientem v jeho teritoriu,
- ukončení práce – navázání kontaktu, potenciální klient se stává klientem nebo dochází k redefinici zakázky s objednavatelem.





Tým kontaktuje **ambulantní psychiatr**:

- očekávání, zakázka psychiatra,
- vyjasnění limitů služby,
- pokus o zmapování situace,
- navázání kontaktu (nabídka služeb),
- rozhodnutí o možnosti spolupráce.

Tým kontaktuje **personál psychiatrické nemocnice/léčebny**:

- klient je aktuálně hospitalizovaný či těsně po propuštění,
- jednodušší motivace,
- riziko nereálných očekávání klienta.

Co je dobré zvážit?

- Co vedlo k tomu, že byl CM kontaktován?
- Chtějí informace? O čem?
- Chtějí kontrolovat situaci?
- Chtějí klientovi pomoci nebo ho potřebují „usměrnit“?
- Přicházejí s nabídkou konkrétní pomoci?
- Jsou to pro klienta důležité a významné osoby?

Zásady

- CM si zrekapituluje, na čem se s klientem dohodl v rámci ochrany osobních a citlivých údajů.
- CM zváží, zda lze zakázku přijmout či nikoliv.
- Pokud je zakázka z prostředí v souladu s rehabilitačním plánem klienta, CM usiluje o společné vyjednávání a zapojení do plánu klienta.
- Pokud přichází s „antirehabilitační“ zakázkou osoba pro klienta významná, CM se snaží vyjednat o možných „přípustných“ alternativách.
- Pokud CM odmítne „antirehabilitační“ zakázku, snaží se s osobou (institucí) pro klienta významnou udržet kontakt.
- CM klientovi sdělí, že ho daná osoba či instituce kontaktovala a co chtěla, předem na to danou osobu či instituci upozorní.
- CM má právo odmítnout zakázku, která přesahuje hranice služby, ale je jeho povinností svoje rozhodnutí „objednavateli“ zakázky srozumitelně vysvětlit.

Tým v case managementu: Teorie týmů

Co je tým?

Tým je skupina lidí, kteří spolupracují na vytváření produktu nebo poskytování služby a kteří jsou odpovědní za výsledek.

- Členové týmu sdílejí cíl a jsou na sobě závislí při jeho naplnění.
- Protože jsou kolektivně odpovědní za výsledek, je koordinace práce s ostatními úkolem každého člena týmu.



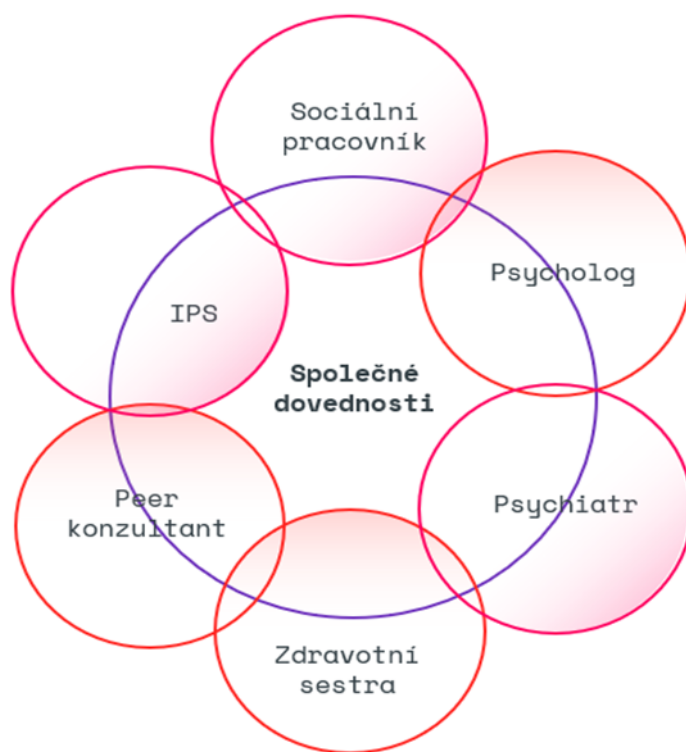
Proč jsou týmy důležité?

- Naplňují strategii organizace.
- Umožňují učit se a uchovávat naučené.
- Umožňují efektivně využívat jedince při zachování kvality.
- Jsou vhodným prostředím pro změny a inovace.
- Umožňují monitorovat a hodnotit výkon.

Proč jsou týmy důležité v komunitních službách pro duševně nemocné?

- CM týmy poskytují kontinuální a flexibilní péči lidem se složitými potřebami, proto mohou do značné míry nahradit péči poskytovanou na lůžkách, avšak pouze za předpokladu, že se neodchylují od vyzkoušených efektivních standardů (způsoby práce, počet klientů na pracovníka atd.)

Role týmu v case managementu: společné dovednosti





Známky dobrého týmu:

- jasně definované cíle,
- vysoká míra účasti všech členů,
 - časté setkávání,
 - předávání informací,
 - společné rozhodování,
- dobrá komunikace,
 - řešení konfliktů, otevřenost,
- využití individuálních dovedností členů týmu,
- vůle „dělat to dobře“,
- ochota ke změně,
- dobré řízení,
 - vymezení a přijetí rolí,
 - dovednosti.

K čemu je case managerovi tým?

Výhody dobré týmové spolupráce:

- bezpečné prostředí,
- zpětná vazba,
- výměna informací a zkušeností,
- brainstorming.

Bezpečné prostředí:

- nutná podmínka pro vytvoření – vzájemný respekt členů týmu,
- umožňuje vzájemnou podporu v týmu,
- umožňuje uplatnit pravidlo: „Je dobré mluvit o tom, co jde špatně“,
- umožňuje předat klienta kolegovi.

Zpětná vazba:

- poskytovat zpětnou vazbu ostatním,
- být ochoten zpětnou vazbu přijmout.

Výměna informací a zkušeností:

- předávání informací:
 - šetří čas a energii (není nutné vymýšlet už vymyšlené),
 - umožňuje zástupnost v týmu,
- aspekt sdílení:
 - někdo v týmu už podobnou zkušenost má nebo ho může potkat.

Brainstorming:

- výhoda pohledu „zvenku“ (ten, kdo s klientem přímo nepracuje nebo ho nezná, může vidět problém jinak než ten, kdo je v něm uvízlý).





Praktický nácvik

Příprava (15 minut):

- zadání rolí,
- seznámení s kazuistikou,
- čas na rozmyšlenou.

Role play (25 minut)

Reflexe, hodnocení (20 minut)

Definované role

EI tým:

- psychiatr,
- psycholog,
- sestra,
- sociální pracovník.

Poskytovatel komunitních sociálních služeb:

- vedoucí centra denních aktivit,
- vedoucí chráněného bydlení,
- vedoucí CM týmu,
- peer konzultant.

Ambulantní psychiatr





2.5 Práce s rodinou

Mgr. Barbora Hrdličková, Jaroslav Hodbod'

- Cíle:** Seznámení se s teorií rodiny a vlivem rodinného systému na jedince, včetně rodinné terapie
- Rozsah:** 8 hodin/1 den
- Obsah:** Rodinný systém, historie práce s rodinou, formy práce s rodinou, rodinná terapie
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Psycholog, lektor s výcvikem v rodinné terapii

Léčebný systém onemocnění tělesné nebo duševní povahy je založen na tom, že jeden člověk je nemocný a zdravotník ho léčí. Člověk je ale tvor sociální, proto svůj život žije v interakci s ostatními. Psychická porucha se vyvíjí v kontaktu s druhými a také ty druhé výrazně ovlivňuje, o to víc, když to jsou lidé blízcí.

Co je to rodina?

- Skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčními vztahy.
- Skupina blízkých lidí, mezi kterými existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby.
- Domov, normalnost, blízkost.
- Co je normální?

Vývoj člověka a jeho vývojové úkoly podle Eriksona:

- kojenecký věk – důvěra × nedůvěra,
- 1,5–3 roky – autonomie × stud,
- 3–6 let – iniciativa × vina,
- 6–12 let – snaživost × méněcennost,
- 12–16 let – identita × nejistota,
- mladá dospělost – intimita × izolace,
- střední dospělost – reprodukce × stagnace,
- pozdní dospělost – integrita × stagnace.

Vývoj v kontextu rodiny:

- nezadaný dospělý: separace od rodičů,
- novomanželé: naučit se žít spolu,
- první dítě: začlenit nového člena do rodiny,
- dítě v předškolním věku (a další děti): akceptovat novou osobnost,
- dítě ve školním věku: umožnit vytváření vztahů mimo rodinu,
- puberták: flexibilita hranic, nezávislost dítěte, větší závislost prarodičů,





- střední věk: odchod dětí z domu,
- prázdné hnízdo: pustit děti a znovu vybudovat vztah,
- důchod: nový smysl života, smrt rodičů,
- stáří: vyrovnat se se zhoršováním zdraví, podpora střední generace.

V průběhu života člověk prochází různými změnami – tranzicemi. Kdysi byla tato období rituálně zpracovaná a role v jednotlivých obdobích jasné, v současnosti se stávají víc rozvolněnými, ale jejich základní tvar zůstává. Pro naši věkovou skupinu jde o 2 důležité tranzice:

- **dospívání:**
 - deidealizace rodičů,
 - prosazování nezávislosti,
 - pohyb od závislosti ke spoluzávislosti,
- **odchod z domu:**
 - změna v zaběhnutých rolích,
 - změna ve vztahu mezi rodiči.

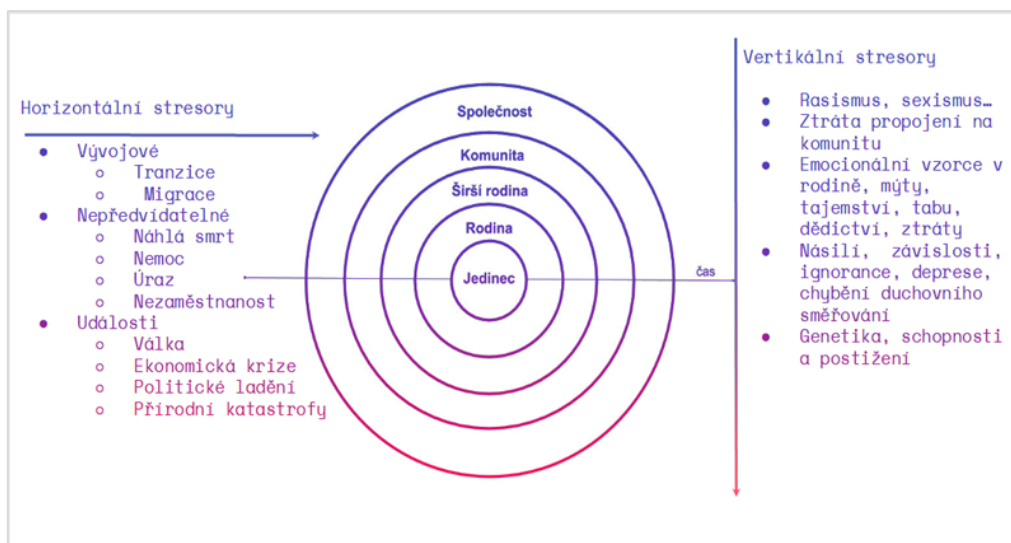
Abychom pochopili, jak se jedinec vyvíjí, potřebujeme znát rodinný i širší společenský kontext, který se mění během času. Pro jednotlivce vertikální osa reprezentuje genetické vlivy, vrozené vady, temperament a vzorce chování, horizontální osa vyjadřuje emoční, kognitivní, interpersonální a fyzický vývoj zasazený do specifického historického dění.

Na rodinné úrovni vertikální osa zahrnuje historii rodiny, vzorce vztahování se mezi jednotlivými členy rodiny, které jsou přenášeny z generace na generaci. Patří sem postoje, tabu, očekávání, nálepkování a „kostlivci ve skříní“, se kterými vyrůstáme. Horizontální osa na úrovni rodiny popisuje rodinu, jak se mění v průběhu času, jak se vypořádává se změnami a tranzicemi v rodině.

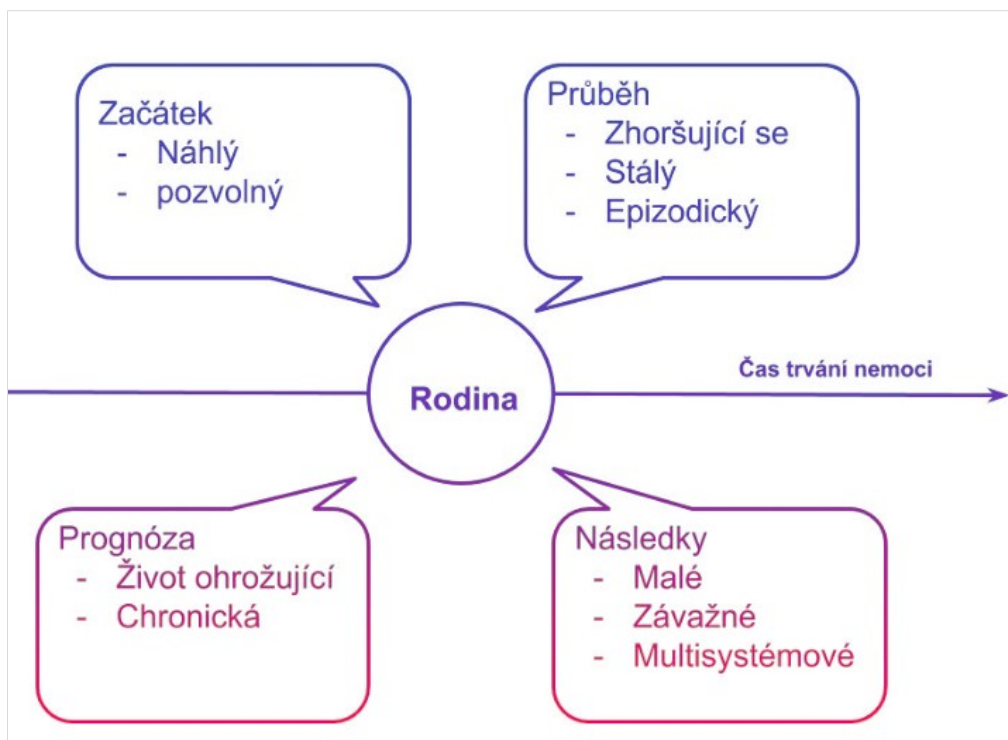
Nemoc představuje v rámci rodinného systému nepředvídatelný stresor. Ať už mluvíme o tělesné nebo duševní nemoci, závisí na tom, jaký má charakter, jak vznikla, jaký má průběh i prognózu.



Co má všechno vliv? (Carter & McGoldrick, 2005)



Vliv nemoci na rodinu



Rodinná terapie jako samostatná disciplína vznikla až poměrně pozdě, ve druhé polovině 20. století. Kromě psychoanalytické teorie se opírala o poznatky manželského poradenství, práci s delikventními dětmi a rodinami, ve kterých vyrůstaly, ale také o poznatky sociologie, antropologie a biologie před i po druhé světové válce (Rasheed et al., 2011).

V oblasti duševních poruch stála v centru pozornosti schizofrenie.



Padesátá léta

- „Schizofrenogenní matka“ (Fromm-Reichmannová):
 - chladná, odmítavá, ale přitom nadměrně pečující matka spolu spasivním, odtažitým, slabým otcem,
 - patogenní matka, dítě – oběť, „vykastrovaný“ otec.
- Double bind (Palo Alto):
 - způsob komunikace, kdy jedinec dostává v jeden okamžik dvě vzájemně si neodpovídající informace (verbální vs neverbální složka komunikace).

Šedesátá léta

- „Schizofrenní rodiny“:
 - Schizofrenie jako porucha manželského vztahu (Lidz, Lidzová) – manželský konflikt, ve kterém jsou oba partneři tak zaujati vlastním problémem, že selhávají při vytvoření vzájemného a kompatibilního vztahu.
 - Schizofrenie jako porucha rodinného procesu – vzorec chování, který se v rodinách přenáší po více generací, rodiče oscilují mezi přílišnou blízkostí a velkou odtažitostí.
- Komunikační odchylka:
 - pseudomutualita/odtažitost, pseudohostilita/touha po intimitě, „gumový ohradník“, nejasnost v komunikaci (neobvyklý způsob vnímání, mluvení, vysvětlování světa):
 - percepčně-kognitivní narušení,
 - poruchy v lingvisticko-verbálním usuzování (divná slova, nekompletní nápady, protiřečení, zabíhavost, nesrozumitelné komentování, nejasné odkazy),
 - spojená s nástupem i průběhem nemoci.

Osmdesátá léta

- Expressed emotions (EE) – míra nepřátelských, kritických nebo emocionálně vypjatých postojů vyjadřovaných rodinnými příslušníky vůči nemocnému člověku:
 - high EE – vysoká frekvence relapsů, horší průběh,
 - low EE – nejenom nižší, ale taky pozitivní faktor (více flexibilní, tolerantní, empatičtí),
 - vyvíjí se jako reakce na nemoc.
- Rodinná koheze:
 - koheze – emocionální pouto, které členové rodiny pociťují jeden ke druhému (emocionální pouto, hranice, koalice, čas, prostor, kamarádi, rozhodování, zájmy),
 - adaptabilita – schopnost rodinného systému změnit mocenské struktury, role, pravidla jako odpověď na situační i vývojové stresory,
 - komunikace – dimenze, která umožňuje rodinám pohyb v předchozích dvou oblastech,
 - centristicky ideální.





Reakce rodiny na nemoc

Rodinu můžeme vnímat jako soubor prvků, které se navzájem ovlivňují a tyto vlivy mění zpětně jednotlivé členy. Pokud jeden člen rodiny onemocní tělesným nebo psychickým onemocněním, zasahuje to všechny. Kdy, jak a proč je rodina přístupná změně, můžeme vnímat i přes cyklus změny. V počátečních stádiích nemoci rodina nemá potřebu/nechce vyhledat pomoc a udržuje stávající stav, i když to může znamenat nevšímání si nebo popírání symptomatiky. Až v momentě, kdy je rodina ochotná otevřít se pomoci, je možné do ní vstoupit.

Fáze truchlení (Kübler-Ross, 2015):

1. počáteční uvědomování,
2. popření,
3. označkování,
4. víra v zdravotníky,
5. opakující se krize,
6. vědomí chronicity,
7. ztráta víry v zdravotníky,
8. důvěra v expertízu rodiny,
9. obava o budoucnost.

Na základě hloubkových rozhovorů s rodinnými příslušníky lidí se závažnou psychickou poruchou odhalili 4 zlomové body ve vypořádávání se s duševním onemocněním (Karp & Tanarugsachock, 2000):

- anomie – při začátku nemoci, nevíme, co se děje,
- přidělení diagnózy – úleva, povzbuzení naděje,
- zjištění permanence – beznaděj, hněv,
- akceptace – obrácení se k novému smyslu.

S kým pracovat a kdo všechno patří do rodiny?

Důležití lidé jsou pozváni na setkání s rodinou, i když nejsou blízcí příbuzní (bratřenci, tety, prarodiče atp.):

- nové formy rodiny – jeden rodič, spojené rodiny, LGBT atd.,
- kulturní rozdíly,
- „Máte ještě nějakého příbuzného, kterého můžete požádat o pomoc?“ – „Ano, mám sestřenicí, se kterou jsme v kontaktu a hodně si rozumíme“.

Nepřítomný člen nebo rodina

- Typy nepřítomného člena či rodiny:
 - formálně spolupracující (přijde, navenek spolupráce, ale změny se nedějí, pasivně rezistentní),
 - odmítavý (nechce být zapojován).
- **Cíl:** Prostřednictvím spolupráce týmu porozumět, co a proč se tak děje.
- Když to nejde, tak akceptovat, ale nerezignovat.





Čeho si všímat?

- **Užší rodina:** typ rodinné struktury, fáze rodinného cyklu, pocitovou atmosféru, hranice, vzorce, koalice, komunikační vzorce, vyjednávací schopnosti, proces rozhodování.
- **Širší rodina:** vzorce vztahů, emocionální dědictví, tajemství, mýty, tabu, ztráty, společenská úroveň, pracovní vzorce, dysfunkce (závislosti, násilí, postižení), zapojení v komunitě, příslušnost, hodnoty, víra.
- **Komunita:** spojky mezi jedincem, rodinou a společností, přátelé a sousedé, zapojení v státních institucích, self-help, psychoterapie, dobrovolnictví, církev, zapojení ve škole, politické zapojení, volný čas

Formy práce s rodinou:

- přes prostředníky – školy, knihovny, komunitní centra,
- dny otevřených dveří,
- přednášky,
- edukační skupiny,
- rodinná setkání,
- multi rodiny,
- rodinná terapie.

Posledním bodem, kterému je dobré se věnovat, je mít cíl, ke kterému směřujeme:

- přesun z negativního na pozitivní,
 - recovery přístup – soustředit se na silné stránky: kdo jsme, co umíme, co jsme zažili/prožili (zkušenosti), co máme, co chceme,
- rodinná resilience (Walsh, 2003) – odolnost, schopnost vzdorovat nepříznivým silám, zvládat nepříznivé situace. V rámci budování rodinné resilience je nutné uvažovat souhru rizikových a ochranných procesů v průběhu času, zahrnující jedince, rodinu a širší sociokulturní vlivy. Soustřeďuje se na silné stránky (ve stresu, v krizi, v překonávání těžkostí), jeden model nesedí pro všechny, procesy optimálního fungování se mění v čase. Pro rozvoj resilience je klíčový vliv rodinných a partnerských vztahů, vztahů s mentory (učitelé, trenéři),
 - klíčové rodinné procesy:
 1. systémy přesvědčení (dát těžkostem smysl, pozitivno, transcendence),
 2. uspořádání (flexibilita, propojenost, zdroje),
 3. komunikace, řešení (jasnost, otevřené vyjadřování emocí, společné řešení problémů).

Způsoby práce s rodinou:

- asertivní kontaktování klienta/rodiny,
- první kontakt s rodinou,
- systematická spolupráce s rodinou,
- rodina zapojená do rehabilitace,
- psychoedukace,
- rodinná terapie,
- vytváření podpůrného prostředí.





Zdroje kontaktu na klienta/rodinu:

- klient (při prvním kontaktu s rodinou),
- rodina sama (při asertivním kontaktování klienta),
- psychiatr/psychiatrická nemocnice/psychiatrické oddělení nemocnice,
- praktický lékař,
- jiná komunitní (sociální) služba,
- úřad,
- sousedé/přátelé – přirozené zdroje,
- svépomocné hnutí.

Před prvním setkáním s klientem/rodinou

- Kdo nás požádal o pomoc?
- Jakým způsobem?
- Jaké důvody uvedl?
- Koho je dobré pozvat?
- Vyslovil již nějaké očekávání?
- Co jsme se dozvěděli?
- Vytvořili jsme podle získaných informací nějaké pracovní hypotézy? Máme představu, jaká forma kontroly/pomoci se od nás očekává?

Před prvním setkáním s klientem/rodinou

Domluva, kdo zprostředkuje kontakt: • pracovník • Klient/rodina • společně • někdo jiný	Kdo bude na setkání pozván: • všichni členové rodiny • pozvaní členové rodiny • další osoby, které mají k rodině blízko • více členů týmu – jaké budou role pracovníků • další odborníci
Časové zarámování setkání: • termín • časové trvání setkání • časová náročnost	Kde se setkání uskuteční: • v zázemí klienta • v zázemí rodiny • v jejich společném zázemí • v místě pracoviště • na zcela neutrální půdě
Forma oslovení ke společnému setkání: • písemně (dopis, mail) • telefonicky • osobní schůzka	Co je důvodem setkání: • známe x neznáme motivaci ke společnému setkání • byla již vyjádřena forma kontroly/pomoci

Cílem úvodní schůzky je mapování zakázky, na jejímž základě následně volíme způsob práce. Při mapování zakázky si všímáme toho, kdo zakázku definuje (zda klient nebo někdo z rodiny). Pokud je zakázek stanoveno více, je nutné ošetřit, aby nebyly ve vzájemném rozporu. Společně s týmem zvážíme, zda můžeme zakázku přijmout a splnit ji, zda jsme k tomu kompetentní.



Klinický systém pomoci (Podle Ludewig, 2011; Úlehla 1999)

• Doprovázení „Pomozte mi snášet mou situaci!“ Pracovník nabízí sebe jako podporu zvládnutí situace.	• Poradenství „Pomozte mi využít mé možnosti!“ Pracovník nabízí podporu při hledání zdrojů pomoci a aktivaci jiných způsobů zvládnutí situace.
• Edukace „Pomozte mi snášet mé možnosti!“ Pracovník nabízí své znalosti a zkušenosti.	• Terapie „Pomozte mi ukončit mé trápení!“ Pracovník nabízí cesty k zmírnění nebo zrušení problémového systému.

Formy zakázky při práci s rodinou

• Vyjasňování Potřeba pracovníka otevřít klientovi lepší šance vyslovit jeho přání.	• Dozor Snaha pracovníka přimět klienta k dodržování norem a pravidel jím preferovaných.
• Přesvědčování Potřeba pracovníka aby klient přijal jím preferované způsoby řešení situace.	• Opatrování Je vedeno přesvědčením pracovníka, že danou věc klient nezvládne sám a udělá to za něho.

Pravidla sezení

- Dodržujeme smluvený čas a délku trvání sezení.
- Máme pracovní hypotézu, kterou můžeme s opatrností ověřovat tak, aby se z ní nestala „naše pravda“.
- Máme jasně rozdělené role.
- Nehodnotíme.
- Oceňujeme snahu hledat společná řešení a veškeré pozitivní momenty.
- Pracovník v roli moderátora se snaží udržet neutralitu, tzn. nepreferuje některé názory a snaží se zajistit to, aby prostor dostali všichni zúčastnění.

Mapování

- V jakých rolích/vazbách jsou mezi sebou rodinní příslušníci.
- Záleží na povaze poruchy:
 - konkrétní diagnóze,
 - na tom, zda jde o krizi či chronické onemocnění,
 - jaká je prognóza onemocnění.



- Faktory, které ovlivňují průběh onemocnění v kontextu rodiny:
 - struktura rodiny,
 - rodinná fáze, ve které se rodina nachází,
 - rodinné pojetí zdraví a nemoci,
 - historie onemocnění v rodině,
 - formy komunikace.
- Dohodneme (pokud tak již není učiněno) pravidla – jaké informace mohou být komu sdělovány, kde je to uvedeno.
- Na závěr:
 - můžeme zrekapitulovat průběh schůzky,
 - ověříme si, že informace byly v průběhu setkání všem srozumitelné (opakovaně to děláme i v průběhu setkání),
 - můžeme se domluvit na tom, jaké úkoly, kdo bude plnit,
 - datum a čas příštího setkání.
- Diskuse pracovníků po skončení sezení, zda se pracovní hypotézy proměnily, nebo zda zůstávají stejné i přes nové informace, reflexi průběhu schůzky atd.

První kontakt s rodinou: asertivní kontaktování

- Představení.
- Rekapitulace, kdo setkání inicioval.
- Představujeme služby:
 - představíme hranice a možnosti poskytovaných služeb,
 - informační materiály + odkazy na literaturu,
 - shrnutí.
- Ověřujeme zakázku, případně ji remapujeme.
- Domlouváme zapojení rodiny do spolupráce a podobu této spolupráce, pokud je shoda na tom, že je to žádoucí z obou stran.

Systematická spolupráce s rodinou

- Cíl: nalezení společných rehabilitačních cílů nebo zapojení rodiny do plánů klienta.
- Prostředek: pravidelné schůzky s rodinou.
- Nalezením společných rehabilitačních cílů se zvýší pravděpodobnost, že budou naplněny. Profitovat z této spolupráce bude jak klient, tak i rodina.
- Spoluprací se může dosáhnout toho, že se rodina seznámí s cíli a plány klienta, a může ho v tom lépe podporovat.
- Také je to pro klienta příležitost ukázat svoje kompetence.
- Spolupráce s rodinou a blízkými může vést k včasnému rozpoznání krize u klienta a přinést včasnou, adekvátní intervenci.
- Spolupráce může přinést vzájemnou podporu v této těžké situaci, pro klienta, pro rodinu i pro pracovníky.
- Zjištění o tom, jakou podporu klient od rodiny má, kdo ho v rodině podporuje více, kdo méně, kdo vůbec ne.
- Může přinášet komplexnější obraz o životě klienta v rodině a pohledy z více stran.
- Když klient chce pracovat v rehabilitaci s tématem rodiny, ale on nebo rodiny nemají zájem o přímou spolupráci, pracovník pokračuje v práci s tématem rodiny tím, že záměrně vnáší téma rodiny a blízkých do procesu plánování práce s klientem během celé rehabilitace.





2.6 Krizová intervence u včasné intervence

MUDr. Jan Lorenc

- Cíle:** Seznámení se s teorií krize a krizové intervence
- Rozsah:** 8 hodin/1 den
- Obsah:** Definice krize a krizové intervence, typologie krizí, fáze krizové intervence
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Lektor s absolvovaným výcvikem v krizové intervenci

Krize jako psychická reakce na situaci, která přesahuje momentální adaptační schopnosti jedince.

Caplanův model krize popisuje fáze krizové reakce:

1. fáze: krátkodobé zvýšení napětí – vede k automatickému řešení problému.
2. fáze: plně uvědomované napětí – vede k vědomému řešení pokus–omyl.
3. fáze: další zvýšení napětí, úzkosti a nepohody – vede k hledání nových řešení.
4. fáze: další zvýšení napětí, dezorganizace psychiky – nutná intervence zvnějšku.

Pojem krize v krizové intervence

Podstatným aspektem pojmu krize je její vnitřní potenciál nových adaptačních strategií („krize jako příležitost“), tedy že krizová intervence klade důraz na vnitřní zdroje, tedy na preventivní aspekty krize.

Definice krizové intervence

I. Způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocit zvládnutí situace a úlevy a k vyřešení současné situace a k obnově jeho sil. Zaměřuje se na podnět, který krizovou reakci vyvolal, na pocity s ním spojené, na možné zdroje pomoci v klientově okolí a na jeho vlastní síly (Baštecká, 2004).

II. Odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující tendence jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti a budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho aktuální krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rodině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.

Krizová intervence vs. psychoterapie:

- krizová intervence jako obnova (proměna) adaptačních schopností,
- psychoterapie jako systematická změna strukturních prvků osobnosti, vedoucí ke změně v prožívání a chování.





Typologie krizí

- **Situační krize** je vyvolána především vnějšími příčinami – ztráty, změny, obtížná volba...
- **Přechodové krize** pramení ze situací, které člověk očekává, že nastanou – svatba, rozvod, nástup do zaměstnání, odchod do důchodu... Lze se na ně připravit, ale vždy vyžadují přizpůsobení.
- **Krize z náhlého traumatického stresoru** je způsobena mocnými vnějšími stresory, které se nedají očekávat a nelze je kontrolovat – náhlá smrt partnera, znásilnění, autonehoda, válečné útrapy...
- **Vývojové krize** z neřešených vývojových konfliktů – závislost, moc, hodnotové konflikty, důvěra, láska, intimita...
- **Krize pramenící ze zranitelnosti** – psychopatologické problémy ovlivňují podobu krizových situací – neurózy, poruchy osobnosti, psychotické poruchy...
- **Psychiatrické neodkladnosti** – naléhavé psychiatrické stavy – intoxikace, sebevražedné nebo vražedné jednání, nekontrolovatelná agrese.

Vliv náročných životních situací (Silver & Wortman, 1980)

Reakce lidí na krizi nejsou plně predikovatelné; lze očekávat šok, popření, hněv, depresi.

Adaptace na krizovou situaci většinou probíhá v těchto fázích:

- šok,
- popření,
- hněv a agrese,
- deprese,
- akceptace.

Klinická šetření ukazují, že řada lidí se nedokáže s nepříznivou situací nikdy vyrovnat.

Vyrovnání se s krizí:

- sociální opora,
- možnost ventilace emocí,
- schopnost nalézt v krizi smysl,
- zkušenost s předcházejícími stresory.

Fáze krizové intervence:

- Vytvoření bezpečného prostředí.
- Navázání kontaktu (vstřícné chování pracovníka, vhodný neverbální i verbální projev, adekvátní oční kontakt, vyjadřování zájmu a účasti postojem, aktivní naslouchání, adekvátní hlasový projev – „jsem tu pro tebe“, způsob dotazování, parafrázování, reflexe pocitů, zrcadlení, sumarizace...).
- Očekávání a zakázka (identifikace spouštěče, zjištění významu spouštěče pro klienta, zjištění subjektivních potíží a úrovně fungování, způsoby podpory, povzbuzení, edukace, přerámování...).
- Katastrofický scénář.
- Hledání vyrovnávací strategie (zkoumání použitelných vyrovnávacích mechanismů...).
- Kontrakt, návazná péče.





Fáze krizové intervence (Roberts & Ottens, 2005)

- Naplánuj a proved' krizové posouzení – zejména ohrožení života.
- Rychle vytvoř dobrý vztah.
- Urči hlavní problémy (včetně „poslední kapky“).
- Zabývej se pocity – aktivně naslouchej.
- Vytvářej a zkoumej různé možnosti řešení.
- Udělej a pojmenuj plán činnosti.
- Vytvoř hodnotící plán a dohodu.

Posouzení rizika

Zdravotní rizika

Nutnost neodkladného zdravotnického, lékařského zásahu:

- šok,
- zranění,
- intoxikace,
- jiné tělesné onemocnění.

Nutnost neodkladného psychiatrického zásahu:

- suicidalita,
- sebepoškozování,
- impulzivita,
- rizikové psychotické jednání.

Sociální rizika

Nutnost ochrany klienta nebo blízkých osob (neodkladného restriktivního opatření):

- agresivní jednání,
- násilí,
- zajištění bezpečí nesoběstačným osobám (děti, staří lidé).

Charakteristiky krizové intervence

- Přístup k ošetření je nízkoprahový.
- Intervence je časově omezená.
- Intervence se týká konkrétního spouštěče krize.
- Terapeutické cíle se omezují na překonání krize.
- Terapeutická aktivita je vysoká s ohledem na definované cíle.
- Intervence se zaměřuje na realitu.
- Terapeutický zásah brání regresivním tendencím.
- Intervence se zaměřuje na zdroje, které jsou k dispozici.
- Zaangažování sociálního okolí.





Krizová intervence: výzkumná evidence

- Krizové služby mohou redukovat lůžkový fond až o 55–66 % (Kiesler, 1982).
- Pacienti dávají přednost mimonemocničním formám pomoci při řešení jejich psychické krize (Joy et al., 2006; Stickley & Basset, 2008).
- Krizové služby mohou zkrátit pobyt na lůžku až o 80 % (Audini et al., 1994).
- Srovnání hospitalizace a péče v denním stacionáři kombinovanou s krizovou intervencí (Sledge et al., 1996):
 - programy prokazují stejnou efektivitu léčby,
 - komunitní programy jsou ve srovnání s hospitalizací levnější pro některé skupiny pacientů; snížení nákladů je vyšší pro skupinu nepsychotických pacientů,
 - rozdíly v nákladech mezi programy jsou dány především vyššími provozními náklady hospitalizační léčby,
 - srovnatelné přímé personální náklady mohou být důležitým klíčem pro obdobnou léčebnou efektivitu programů.
- Krizové služby a náklady na péči:
 - zvyšují využití ostatních komunitních služeb,
 - snižují potřebu nemocničních lůžek,
 - snižují náklady na akutní péči,
 - snižují počet pacientů, kteří vyžadují pobyt na akutních lůžkách,
 - našly podstatně nižší skóre burn-out syndromu a vyšší skóre spokojenosti u personálu krizových služeb ve srovnání s personálem nemocničních zařízení.
- Srovnání hospitalizace a alternativní komunitní péče u pacientů s akutní epizodou závažného duševního onemocnění (Fenton et al., 1998):
 - hospitalizace je častým a velmi nákladným důsledkem závažného duševního onemocnění; u pacientů, kteří nevyžadují somatickou zdravotní intervenci, jsou alternativní programy ohledně efektu léčby srovnatelné s hospitalizací.
- Srovnání nákladů na hospitalizaci na psychiatrickém lůžku a léčbu krizovými službami u pacientů se závažným duševním onemocněním (Fenton et al., 1998):
 - léčba akutní epizody onemocnění je v alternativních programech o 44 % levnější,
 - léčba v průběhu 6měsíčního sledování je v alternativních programech o 33 % levnější.
- Léčebné výsledky krizových služeb jsou srovnatelné s hospitalizační léčbou (soubor s 75% podílem funkčních psychóz) (Smyth & Hoult, 2000).





2.7 Základy KBT u lidí s psychózou

Mgr. Katarína Durecová

- Cíle:** Seznámení s přístupem KBT (kognitivně-behaviorální terapie) a možnostmi jeho uplatnění pro osoby s psychotickým onemocněním
- Rozsah:** 6 hodin/1 den
- Obsah:** Behaviorální přístup, kognitivně-behaviorální přístup, kognitivně-behaviorální terapie
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Psychiatr, psycholog, sociální pracovník nebo zdravotní sestra s dokončeným psychoterapeutickým výcvikem v KBT

Kognitivně-behaviorální model terapie není jednotný, rozlišujeme:

- behaviorální přístupy,
- kognitivně-behaviorální přístupy,
- přístupy tzv. 3. vlny behaviorální terapie.

A. Behaviorální přístupy u lidí s psychotickou poruchou:

- první pokusy o behaviorální terapii v padesátých letech,
- aplikace principů operantního učení u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů,
- programy tzv. žetonového hospodaření (Kazdin, 1982),
- později rozšíření o principy sociálního učení a nácvik sociálních dovedností (Brady, 1984).

Behaviorální pohled na psychotickou poruchu

- Odmítnutí „medicínského pohledu“ na poruchu.
- Psychotická porucha definována v termínech adaptivního chování, které schází (specifické deficity – sebeobsluha, pracovní dovednosti, sociální dovednosti apod.) a nevhodného maladaptivního chování (specifické excesy psychotické verbalizace, bizarní či agresivní projevy) konkrétního člověka.

Behaviorální terapie

- Neléčí psychotickou poruchu, ale **učí nové adaptivní chování, zvyšuje frekvenci jeho výskytu a odnaučuje nežádoucí maladaptivní chování, vyhasíná, snižuje frekvenci výskytu.**
- Konečný cíl: Zvýšit co nejvíce nezávislost klientů a zlepšit kvalitu jejich života.





Behaviorální pojetí etiopatogeneze deficitů či excesů chování

- Opírají se o výzkumy B. F. Skinnera – minulé následky chování ovlivní pravděpodobnost, zda se chování objeví znovu.
- Zpevňující následky zvyšují pravděpodobnost výskytu určitého chování – něco žádoucího tím získává/něčemu nežádoucímu se vyhne.
- Na základě interakce se svým prostředím se jedinec nenaučil/odnaučil určité adaptivní chování (deficity chování), protože nebylo zpevňováno.
- Na základě interakce se svým prostředím se naučil, že určité maladaptivní chování (excesy chování) mu přinese žádoucí následky, protože bylo opakovaně zpevňováno.

Hlavní behaviorální strategie

- Učení nových adaptivních dovedností pomocí **systematické aplikace zpevňujících následků**.
- Odnaučování maladaptivního chování prostřednictvím **eliminace zpevnění**.
- Komplexní programy „žetonového hospodaření“ pro chronické pacienty na uzavřených odděleních.

Učení adaptivních dovedností (zpevněné chování se opakuje)

1. Analýza individuálních potřeb klienta.
2. Definice potřebné cílové dovednosti – operacionalizace.
3. Cílová dovednost je rozčleněna na jednodušší složky – postupné kroky.
4. Volba individuálních zpevňovačů.
5. Plán zpevňování.
6. Procvičování jednotlivých kroků, systematicky se zpevňují, mění se kontext/ prostředí, připravují se příležitosti k nácviku, pobízí se, modeluje...

Plány zpevňování

- Specifický explicitní plán („co za co“).
- Zpevnění musí být ze začátku dodáváno okamžitě po výskytu žádoucího chování a postupně se snižuje frekvence zpevnění a přechází se na nepravidelné zpevňování (intermitentní) – dobře odolává vyhasnutí.
- Připravují se příležitosti/kontext k tomu, aby se chování vyvolalo a zpevnilo.
- Techniky – tvarování, postupná aproximace.

Odnaučování maladaptivního chování

- Předpoklad – u adaptivního i maladaptivního chování působí stejné psychologické zákonitosti.
- **Maladaptivní chování je také zpevňováno svými následky.**
- **Považuje se za funkční a smysluplné v daném kontextu**, je to naučený způsob, jak nejefektivněji reagovat na obtížnou situaci – dosáhnout cíle.
- Odhalení funkčnosti/smysluplnosti maladaptivního (bizarního) chování v daném kontextu.
- Použití techniky vyhasínání.
- Učení adaptivních chování stejné funkce (systematickým zpevňováním).



Techniky vyhasínání (extinkce) maladaptivního chování

- Odhalit zpevňující proměnné, které ho udržují, potom je systematicky eliminovat.
- „Extinkční program“ – obtížně proveditelný, riziko extinkčního výbuchu, když není dodáno očekávané zpevnění (chaotické, agresivní chování, vyhrožování).
- Nedodat zpevnění ani za těchto okolností – hrozí intermitentní zpevnění, (může být tato podmínka obtížně splnitelná).

Techniky trestu

- Následky chování, které sníží pravděpodobnost, že se chování bude opakovat v budoucnu, redukuje se (pokuta za nežádoucí chování), vyloučení z možnosti dostat žádoucí podněty (náprava).
- Pouze jako metoda poslední volby, když nelze použít vyhasínání, nelze zpevňovat alternativní chování, nejsou dostatečně silné zpevňující faktory...
- Opatrně a krátkodobě.

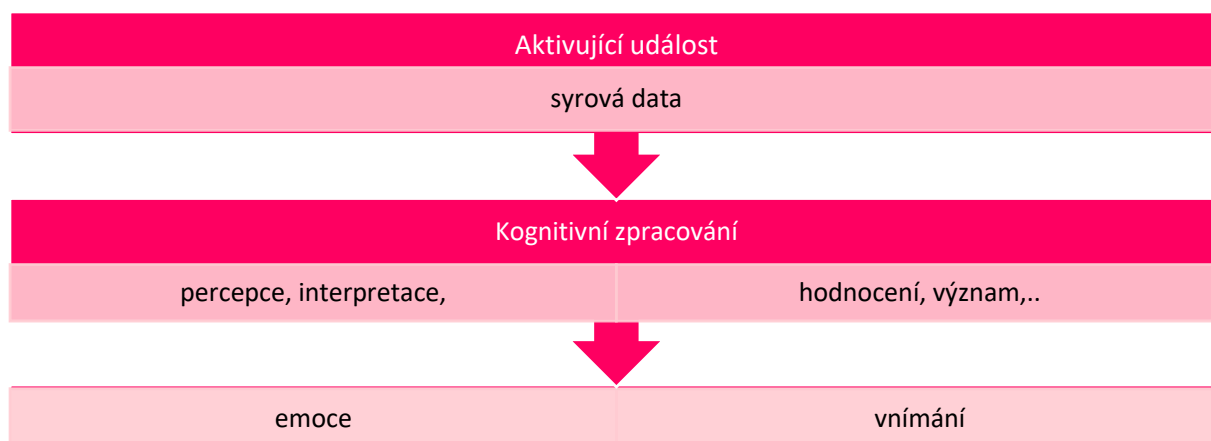
Nežádoucí účinky trestu

- Vyhýbání se člověku, který trestá, zhoršení kvality vztahu.
- Napodobování způsobů potrestání.
- Napodobování agresivního chování.
- Pasivita a stažení se, zvýšená emoční reaktivita.
- Riziko zneužívání personálem.
- Efektivnější je formování nových adaptivních způsobů chování než potlačování maladaptivního.

B. Kognitivně behaviorální přístupy

- Základní kognitivní předpoklad – **prožívání a chování je ovlivněno spíše subjektivní interpretací/významem události než událostí samotnou.**
- Zásadní vliv pro rozvoj tohoto přístupu A. T. Beck (Beck, 2005).

Základní předpoklad kognitivní terapie





Na zpracování syrových dat – informací z prostředí se podílejí:

- **systém primární/automatický** – předběžně vyhodnotí subjektivní význam situace/události do hrubých kategorií, vysoká pravděpodobnost chyby, extrémní, absolutistický,
- **systém reflektující** – propracovanější, objektivnější, přesnější, pomalejší.

Automatické myšlenky

- **Reprezentují subjektivní vnímání, hodnocení, význam, konstrukce konkrétní situace, události.**
- Je to nezáměrný, automatický, často neuvědomovaný návyk, jak vnímat danou situaci či o ní přemýšlet.
- Někdy odpovídají objektivní skutečnosti, někdy ji zkreslují.
- My je přijímáme nekriticky jako pravdivý/objektivní odraz skutečnosti.

Časté logické omyly v automatickém myšlení:

- černobílé myšlení,
- filtrování skutečnosti,
- bagatelizace pozitivního,
- katastrofizace, zveličování negativního,
- nepodložené, unáhlené závěry,
- vyvozování závěrů na základě emocí,
- čtení myšlenek,
- bychy a musy,
- značkování,
- vztahovačnost.

KBT pohled na psychické poruchy podle A. T. Becka (Beck, 2005):

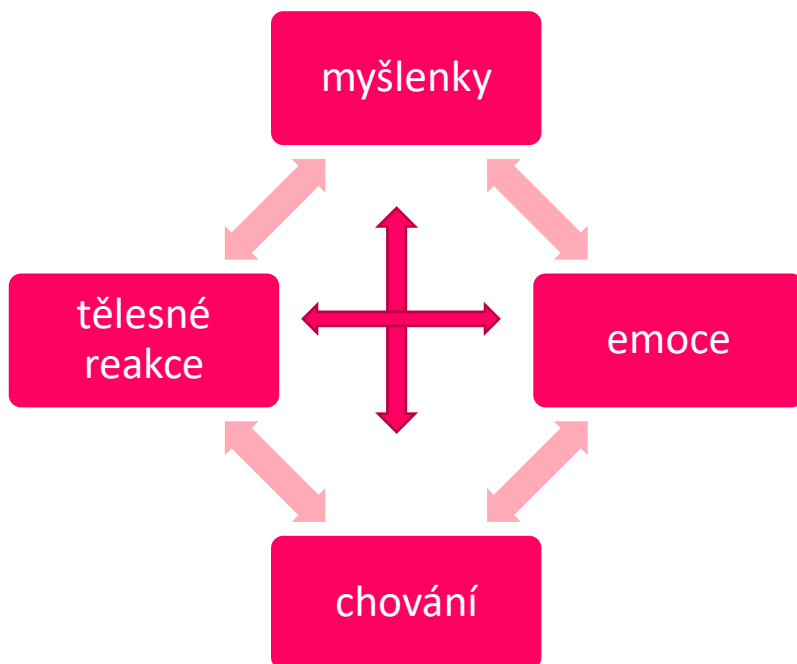
- emoční poruchy a problematické chování jsou následkem chybného zpracování informací (omyly v hodnocení, v přiřazení významu, zkresleného vnímání, chybné interpretace, dysfunkčního předpokladu...).

Transformace do poruchy

- Automatické myšlení poskytuje chybné, zkreslené informace o vnější i vnitřní realitě ostatním systémům – emočnímu, motivačnímu, fyziologickému, behaviorálnímu.
- Tyto systémy se vzájemně ovlivňují.



Událost vnější/vnitřní



Aplikace modelu na některé psychické poruchy:

- **panická porucha** – chybné katastrofické interpretování nepříjemných ale benigních symptomů jako známky ohrožení života či ztráty sebekontroly,
- **deprese** – chybné negativní myšlenky o sobě, druhých lidech, prostředí, budoucnosti,
- **psychóza** – způsob, jak člověk interpretuje psychotické symptomy a zkušenosti, je zodpovědný za utrpení a postižení spíše než psychotický symptom samotný.

Negativní automatické myšlenky (interpretace, hodnocení...)

- Jsou zkreslené, maladaptivní, protože nevycházejí z logiky věcí (z faktů, objektivních skutečností), ale jsou ovlivněny dysfunkčními schématy, která určí (diktuje) jak budeme o situaci či události přemýšlet, jak ji budeme vnímat, jak ji budeme interpretovat.
- Působení schémat si neuvědomujeme.

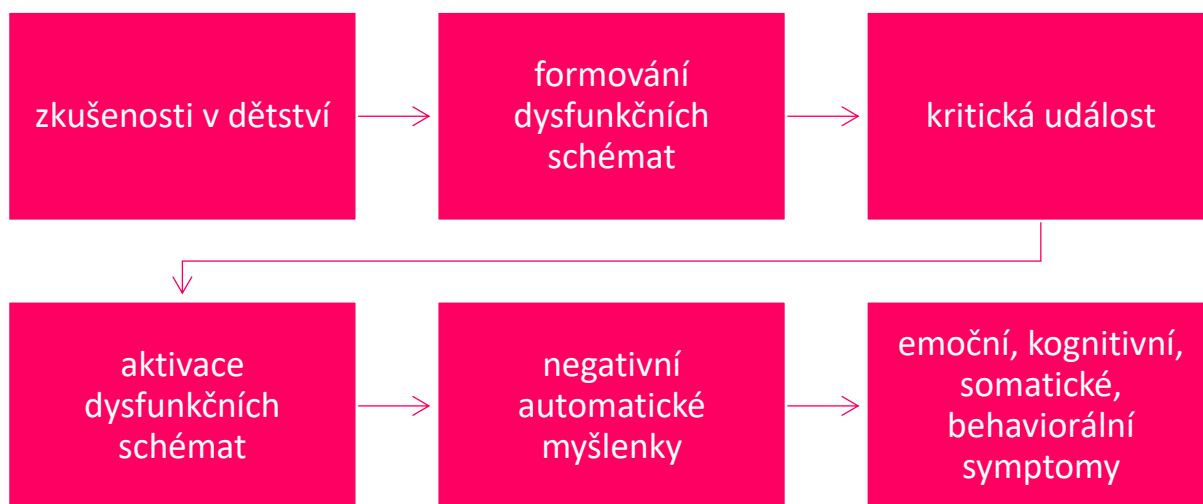
Schémata

- Stabilní kognitivní paměťové struktury v naší mysli, reprezentují minulé zkušenosti.
- Návod, vzorec, šablona, podle kterých zpracujeme přicházející syrové informace – selektujeme, kódujeme, interpretujeme, dáváme události smysl, hodnotíme, řešíme problémy, chováme se.
- Máme systém schémat funkčních i dysfunkčních, formují se na základě reálných zkušeností.
- Latentní – aktivní podle situace.

Dysfunkční schémata se formují na základě maladaptivních zkušeností v dětství:

- **nepodmíněná (jádrová) přesvědčení** – o sobě, druhých lidech, o světě (jsem zranitelný, jsem k ničemu, druhí jsou odmítající, jsou nebezpeční, svět je zlý...),
- **podmíněná přesvědčení** – kompenzační charakter (pravidla, předpoklady) (nesmím si nikoho pustit k tělu, nesmím projevit slabost, nesmím udělat chybu...),
- když jsou aktivována, řídí zpracování reality dysfunkčním způsobem.

Kognitivní model psychických poruch (King, 2002)



Kognitivní terapie učí klienta

- **uvědomovat si své myšlenky** – subjektivní interpretace v konkrétních situacích,
- **zkoumat je s odstupem**, odlišovat fakta od subjektivního výkladu skutečnosti,
- **uvědomit si souvislosti myšlenek (výkladu) s prožívanými emocemi a chováním**,
- **prozkoumat, v čem myšlenky (výklad) odpovídají realitě a v čem ji zkreslují či jsou nepřesné**,
- **přeformulovat výklad tak, aby byl přesnější či více odpovídal zjištěným skutečnostem**,
- **prozkoumat minulé zkušenosti – schémata, jejich vliv na současné vzorce myšlení, emocí a chování**.

Cíle kognitivně-behaviorální terapie u psychotických poruch

1. Zmírnit dopad symptomů psychózy na kvalitu života klienta, zmírnit prožívané utrpení klienta, cílem není vyléčit psychózu.
2. Naučit klienta alternativní způsoby, jak symptomům porozumět a jak s nimi zacházet.
3. Ovlivnit dysfunkční podmiňující schémata.
4. Ovlivnit depresi, úzkost, následky traumatu, závislost.
5. Ovlivnit prostředí.



Kognitivně-behaviorální pohled na pozitivní symptomy

- Většina populace má občas zvláštní zážitky (slyší hlasy, má nevyvratitelná iracionální přesvědčení).
- Je rozdíl mezi neobvyklým zážitkem samotným a interpretací či významem, který je připisován této zkušenosti.
- Extrémní, hrozivá interpretace zážitku nese odpovědnost za prožívané utrpení spíše než tento zážitek sám o sobě.
- Neobvyklá zkušenost (v důsledku spánkové deprivace slyší kritický hlas) je chybně vysvětlena kulturně nepřijatelným, bizarním způsobem, je jí přisouzen extrémní a subjektivně ohrožující význam (mluví ke mně ďábel), je jí pak věnována selektivní pozornost, zkresleně se zpracují důkazy (nepodložené závěry), následek je extrémní emoční nepohoda (smutek, zahanbení) a dysfunkční chování (zabezpečující chování, vyhýbání se určitým situacím), dostává se do bludného kruhu.

Kognitivně-behaviorální model halucinací (podle Kingdon & Turkington, 2005)

- Aktivující událost – slyší hlas.
- Prožitek slyšení hlasů nevede hned k psychóze a utrpení – zásadní je interpretace hlasu (přisouzení externí bizarní příčiny, interpretace jejich významu, moci, kterou přisoudí hlasu, jaké předpokládá následky, když neuposlechne, jaký mají smysl v životě klienta).
- Interpretace ovlivní emoce (smutek, zahanbení, úzkost) a chování (izolace, vyhýbání).
- Následky – krátkodobé (odvrácení hrozby, úleva), dlouhodobé (zhoršování utrpení, omezování života).

Kognitivně-behaviorální model bludného přesvědčení (Freeman et al., 2015):

- bludné přesvědčení: chybné/zkreslené vysvětlení/úsudek/interpretace/závěry o vnitřních či vnějších událostech,
- aktivující událost – neobvyklá smyslová zkušenost, negativní sociální inter-akce, zvláštní událost,
- pokus o vysvětlení, dát smysl této skutečnosti – ovlivněno chybami ve zpracování informací (černobílé, nepodložené závěry, selektivní pozornost),
- aktuální vysvětlení ovlivněno podmiňujícími schémata (jádrovým přesvědčením o vlastní bezmoci, méněcennosti, nebezpečnosti druhých...) a dysfunkčními předpoklady,
- vysvětlení dává smysl v kontextu života konkrétního klienta,
- následky – krátkodobé (zabezpečení, vyhnutí), prožívaná úleva působí jako zpevnění,
- dlouhodobé – ztráta práce, izolace.





Proces kognitivně-behaviorální terapie (Kingdon & Turkington, 2005)

1. Formování silné terapeutické aliance – zapojení do spolupráce.
2. Edukace normalizující psychotické symptomy.
3. Získání detailních informací o aktuálních zkušenostech klienta s psychotickými symptomy, o historických faktorech.
4. Společná konceptualizace problému – na základě diskuse o příčinách a udržujících faktorech.
5. Stanovení cílů.
6. Aplikace kognitivně-behaviorálního modelu na úzkostné a depresivní symptom.
7. Aplikace kognitivně-behaviorálních strategií na bludy a halucinace, včetně identifikace deficitů ve zpracování informací, hledání alternativních vysvětlení
8. Zaměření na negativní symptomy – plány aktivit, nácvik sociálních dovedností, spolupráce s léčbou.
9. Práce se schématy a dysfunkčními předpoklady.
10. Příprava plánu prevence relapsu.

Terapeutický vztah

- Zásadní podmínka pro postup k dalším krokům, trvá to dlouho – my musíme pomoci klientovi, aby se cítil bezpečně a pocítil, že je brán vážně; aby mohl sdílet svůj příběh a prozkoumat své symptomy.
- Přijetí, respekt, empatie, laskavost, citlivost k utrpení druhého, nehodnocení, starostlivost.
- „Vztah dvou souputníků na cestě terapie“, validizovat obtížnost této cesty, zájem o to, jak se klient cítí v této roli, jaká má očekávání.
- Proaktivně se domluvit, jak zajistit klientovo aktivní zapojení, explicitně vysvětlit terapeutický vztah.
- Vzdát se role experta – otevřenost k alternativním vysvětlením, k perspektivě klienta.
- Postoj zvědavosti ke zkušenosti klienta.
- Respekt pro přesvědčení klienta – mohla by to být pravda, pojďme si ještě pro-mluvit, ať to prozkoumáme.
- Validizovat pocit ohrožení – jak to uděláme, než zjistíme, jak to je, aby se cítil v bezpečí.
- Reflektovat – co jsme slyšeli.

Edukace

- Cíl – destigmatizovat, depatologizovat, dekastrofizovat psychotické prožitky.
- Normalizace – symptomy psychózy jsou na kontinuu s normalitou, dávají smysl v kontextu světa klienta, odrážejí každodenní obavy, strachy z odmítnutí, vyloučení, ublížení, zesměšnění.
- Vysvětlení, že halucinace mohou být i následkem dlouhodobé sociální izolace, truchlení, spánkové deprivace u každého člověka.
- Vysvětlit biopsychosociální model nemoci, vulnerabilita – stres model.
- Vysvětlit kognitivní model: jak myšlenky ovlivňují emoce a chování a nejsou vždy přesné.
- Předat informaci o kognitivních omylech – běžné myšlenkové styly, které děláme všichni, často vedou k nepříjemným pocitům, neužitečnému chování, jsou nepřesné.





Konceptualizace potíží klienta

- Společně vytvořit definici problému klienta, jeho determinanty, vysvětlení toho, co se děje.
- Prožitek – přesvědčení o prožitku – jednání – potvrzení.
- Souvislost s historií klienta a současnými stresory v jeho životě.
- Rozpoznat smysluplnost a funkčnost problému – validizovat.

Kognitivní strategie

- Naučit se rozpoznat a uvědomit automatické interpretace, přesvědčení (přesvědčení, že musí poslechnout hlas, že má moc ublížit, že je to hlas ďábla...).
- Naučit se, jak ovlivňují emoce a chování.
- Naučit se na ně nahlížet jako na názor a uvědomit si odlišnost od faktů.
- Naučit se prozkoumat tyto názory: co svědčí pro/proti bludům a přesvědčení o halucinacích.
- Naučit se hledat a formulovat další názory.
- Naučit se je ověřovat a hledat důkazy.

Kognitivně-behaviorální přístupy u negativních symptomů

- Podobnosti s terapií depresí (Beck, 2005).
- Monitorování aktivit, klient vede deník aktivit, hodnotí zvládnutí a potěšení na škále 0–10.
- Plánování aktivit po hodinách na další den.
- Důraz na postupné kroky, učí se rozdělit složité úkoly do zvládnutelných kroků.
- Kognitivní metody – ovlivnění negativních přesvědčení ohledně sociální inter-akce, úspěchu, potěšení, zdrojů.

C. Behaviorální terapie 3. vlny

- Odklon od KBT, která se zaměřovala na prozkoumání a změnu obsahu myšlení, aby došlo ke změně emocí a chování.
- Behaviorální přístupy 3. vlny se zaměřují na změnu vztahu k vlastním myšlenkám, prožitkům, zkušenosti.
- Integrace principů „mindfulness“ a „přijetí“ do tradiční behaviorální terapie.

Mindfulness – všímavost (Kabat-Zinn, 2016)

- Dovednost vědomě zaměřovat pozornost „na zde a nyní“, nehodnotícím a nesoudícím způsobem.
- Žít v přítomném momentu, plně si uvědomovat neustálý proud vnitřních i vnějších podnětů, jak přicházejí a odcházejí.
- Přijímat je takové, jaké jsou, bez boje, udělat jim prostor, nepokoušet se je kontrolovat, měnit je, vyhýbat se jim, ani se jich zbavovat, dokonce ani těch nejbolestnějších myšlenek a emocí.





Terapie přijetí a závazku (Hayes, 2004)

- Cílem není redukce symptomů, ale vytvoření bohatého a smysluplného života za současné akceptace bolesti, která ho přirozeně doprovází.
- Pomoci klientovi jednat v souladu s jeho nejhlubšími hodnotami.
- Pomoci efektivně zacházet s překážkami, na které přitom klient narazí (ve formě nechtěných, nepříjemných vnitřních jevů).
- Podpora ochoty „hrát s kartami, které dostal“.
- Existenciálně humanistická forma behaviorální terapie.

Základní psychopatologické procesy, které vedou k utrpení podle S. Hayese

1. Experienciální vyhýbání
2. Kognitivní fúze
3. Připoutání k verbálně konceptualizovanému self a své historii
4. Nejasnost v hodnotách a cílech
5. Absence chování, které je ve směru zvolených hodnot

Ad 1. Experienciální vyhýbání

- Neochota setrvat v kontaktu s určitými vnitřními jevy (emocemi, myšlenkami, vzpomínkami, fyzickými pocity) a podnikání kroků ke změně frekvence či formy těchto jevů.
- Občas užitečné, může se stát maladaptivním – paradoxně může vest k pře-trvávání a zhoršování nechtěných jevů, k problematickému chování.

Ad 2. Kognitivní fúze

- Stav, kdy bereme myšlenky doslovně, jsme v nich uvěznění, chyceni, zapleteni.
- Myšlenky nám připadají jako realita, vidíme myšlenku a sebe jako jedno, nemáme odstup, začnou ovlivňovat naše chování.
- Zamotáme se v bludných kruzích, ruminujeme (to je za trest, pokouší se mě zničit).
- Halucinace/bludy nemusí být nutně problémem – ten je následkem vyhýbání se a braní těchto jevů doslovně, bereme symptomy tak, jak říkají, že jsou.

Cíle terapie přijetí a závazku

- Nesnaží se přímo redukovat/změnit nepříjemné vnitřní jevy, ale učí, jak zmírnit jejich dopad a vliv, jak se od nich distancovat.
- Rozvíjí dovednost akceptovat je, otevřít se jim, nechat je přicházet a odcházet bez snahy o kontrolu.
- Pomáhá uvědomit si své subjektivní hodnoty a podporuje dovedností klienta k jednání podle nich.

Terapeutické cíle podle:

- akceptace nepříjemných vnitřních jevů,
- kognitivní defúze,
- kontakt s přítomným momentem,
- kontakt se svým „self“,
- kontakt se svými hodnotami,
- stanovení cílů a „committed action“ (postupný proces jednání, založený na přání klientů, s cílem dosáhnou integrity).





Strategie akceptace

- **Akceptace** – vědomé odmítnutí experienciálního vyhýbání, ochota prožívat vlastní emoce, myšlenky tak, jak přicházejí a odcházejí (neutíkat, nebojovat, neschovávat se před úzkostí).
- Zůstat s bolestí a utrpením – cítit, i když je těžké cítit to, co cítíme.
- Nepohoda se potom možná sníží, nebo nesníží, ale když se budeme vyhýbat nebo kontrolovat, rozhodně se zvýší.
- Mindfulness je užitečný nástroj akceptace – pomáhá změnit náš vztah k bolestným myšlenkám a emocím, redukuje tak jejich dopad na náš život.

Kontakt s přítomným momentem

- Plné uvědomování, prožívání zde a nyní, s otevřeností, zájmem, plným zapojením do toho, co děláme (spíše než žít ve své mysli, minulých či budoucích událostech).
- Mindfulness dovednosti – procvičování plného uvědomování při různých činnostech.

Kognitivní defuze

- **Defuze** – jsme schopni odstup, pozorování, uvědomění, že naše myšlenky jsou jenom prchavé, pomíjivé jevy, neustále se měnící slova, pravidla, znaky – jsou jenom to, co jsou.
- Myšlenky jsou „názory“ o něčem, mentální aktivita mozku (techniky: pozorovat s odstupem, opakovat, zpívat, nezbavovat se jich, dát jí přezdívkou).
- Distancovat se od svých myšlenek, přesvědčení, nebrat je doslovně.
- Nejsem mé myšlenky, jsem člověk, který je má, nemusím se s nimi identifikovat, mohu – nemusím se jimi zabývat.
- Myšlenka není skutečnost, je to mentální aktivita, od které mohu mít odstup, mohu ji pozorovat.
- Odpoutat se od neproduktivního boje s nekontrolovatelnými prožitky.

Kontakt se svým pozorujícím self

- Prožití a uvědomění si toho, že já nejsem mé myšlenky, pocity, vzpomínky, bažení, role, fyzické pocity.
- Tyto jevy se neustále mění, jsou periferní, ne centrální aspekt podstaty toho, kdo jsem.
- Jedná se o dva procesy – myšlení, emoce a proces pozorování myšlení a emocí.
- Self jako kontext – to které pozoruje, odlišné od myšlenek, emocí.

Hodnoty

- Objasnění toho, co je pro klienta důležité, co je smyslem, jakým člověkem chce být, jak chce prožít život.
- Zkoumají se různé oblasti života – rodinné, intimní, sociální vztahy, profesní, rekreační oblast.
- Důležitost nalezení smysluplného a naplňujícího života.

Závazek k jednání

- Stanovení cílů, řízených hodnotami a podniknutí efektivních kroků.
- Prozkoumání překážek, bariér k efektivnímu jednání.
- Podpora v odpovědném jednání řízeném hodnotami.





Aplikace tohoto přístupu u klientů s psychotickou poruchou

- Podpora ochoty akceptovat nechtěné symptomy, vzít je na vědomí a nechat být, nezkoumat je, nehodnotit jako pravdivé či nepravdivé.
- Podpora klientů v kognitivním distancování se od svých přesvědčení.
- Podpora klientů ke stanovení cílů, podle svých hodnot a k efektivním krokům.





2.8 Užívání návykových látek

Mgr. Marek Rubricius

- Cíle:** Seznámení s problematikou užívání návykových látek
- Rozsah:** 4 hodiny/1 den
- Obsah:** Terminologie, kazuistika
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Psychiatr, psycholog, sociální pracovník se zkušeností práce s lidmi se závislostí

Droga ovlivňuje prožívání objektivní reality, tedy má psychotropní efekt, může vyvolat závislost, tedy má tzv. potenciál závislosti.

Zneužívání (abúzus) je užívání:

- které je příliš časté,
- velkého množství,
- probíhá v nevhodnou dobu,
- nemusí vést k závislosti, ale nese riziko zvyšování dávky a rostoucí závislosti,
- může způsobit poškození organismu.

Akutní intoxikace následuje bezprostředně po požití drogy. Může být komplikovaná, vždy je nutné vážit, zda neohrožuje zdraví a život.

Závislost

- Závislost (dependence) a syndrom závislosti je definován v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky.
- Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.
- Psychická × fyzická.

Závislost vyžaduje přítomnost následujících příznaků:

- silná touha užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky,
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu),
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení, než je užívání drogy,
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stav, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.).





KAUZISTIKA: Petr

Petrovi je 16 let, v září nastoupil do prváku na gympl. Od začátku školního roku se chová jako nenápadný, nadprůměrný student. Ke konci pololetí však dosahuje Petrova nenápadnost takové míry, že se mění v „nápadnost“. Je již dost uzavřený, přestává téměř zcela komunikovat se spolužáky i učiteli, známky se horší, přestává chodit na fotbal, později čím dál méně i do školy. Pokud je ve škole, vypadá unaveně nebo dokonce i spí. A navíc hodně zhubl!

Užívání drog naznačuje:

- ztráta původních zájmů,
- změna přátel a party,
- zhoršení prospěchu,
- změny chování,
- slabost, spaní přes den,
- ztráta chuti k jídlu, hubnutí,
- kožní defekty, mizení peněz, nález stříkaček, jehel a drog, stopy po injekčním vpichu na končetinách.

Po rozhovoru s Petrem se zdá, že drogy neužívá. „Jen“ se necítí dobře, ...je mu „nějak divně“.

- Možná ... si myslí, že nic nemá smysl.
- Možná ... se mu úkoly a povinnosti hromadí neskutečnou rychlostí a on neví, co s tím.
- Možná ... má problémy se soustředěním.
- Možná ... o něm říkají, že je „divnej“.
- Možná ... se ve třídě necítí zrovna jako ryba ve vodě.
- Možná ... je pro něj cesta do školy těžší věc než ta nejtěžší písnička.
- Možná ... si myslí, že spolužáci jsou ufoní, sledují ho a chtějí mu ublížit.
- Možná ... má pocit, že mu nikdo nerozumí.
- Možná ... má různé pocity, které vlastně ani neumí pojmenovat, a nemá si o tom všem s kým povídat

Období dospívání:

- bouřlivé období,
- období hledání vlastní identity,
- období možných traumat,
- období prvních vztahů (přátelských, partnerských),
- období, kdy se učíme řešit řadu problémů a můžeme být náchylní k jejich překonání rizikovými způsoby,
- období prvních závislostí – experimentů (nejen drogových),
- nejrizikovějších období ve vztahu k možnosti onemocnět psychickou chorobou
- studentovi v období dospívání se může stát, že
 - ... si myslí, že nic nemá smysl,
 - ... se mu úkoly a povinnosti hromadí neskutečnou rychlostí a on neví, co s tím,
 - ... má problémy se soustředěním,
 - ... o něm říkají, že je „divnej“,
 - ... se ve třídě necítí zrovna jako ryba ve vodě,
 - ... je pro něj cesta do školy těžší věc než ta nejtěžší písnička,
 - ... si myslí, že spolužáci jsou ufoní, sledují ho a chtějí mu ublížit,
 - ... má pocit, že mu nikdo nerozumí,





... má různé pocity, které vlastně ani neumí pojmenovat, a nemá si o tom všem s kým povídat.

Duševní onemocnění propukají v mladém dospělosti nebo v dětství

- Celosvětově až 20 % dětí a adolescentů má duševními problémy.
- Protože duševní problémy v adolescenci bývají často nepoznány a neléčeny, odhad psychických problémů a poruch v této věkové kategorii je pravděpodobně vyšší než statistické údaje.
- 50 % psychických nemocí, které propuknou v průběhu celého života, se poprvé projeví do 14. roku života, 80 % do 17. roku života.

Psychické poruchy a krize se začátkem v dětství/dospívání:

- poruchy chování a emocí,
- poruchy nálady, psychotické poruchy,
- hyperkinetická porucha (ADHD),
- specifické poruchy učení,
- depresivní porucha (reakce na stres, změnu),
- výrazné prožívání strachu, úzkosti,
- experimentování s jídlem a se svou postavou – poruchy příjmu potravy,
- závislosti,
- sebepoškozování,
- sebevražedné tendence.

Projevy deprese v dětském/dospívajícím věku:

- ztráta zájmů,
- sociální stažení,
- zhoršení prospěchu,
- emoční labilita,
- poruchy spánku,
- zvýšená míra agresivity,
- psychosomatické potíže (bolesti hlavy, břicha),
- nemusí se jednat o jasně vyhraněnou změnu podoby nálady.

Bariéry:

- neinformovanost o tom, že se to tak může stát,
- strach, popření závažnosti potíží,
- přisouvání potíží intenzivnějším projevům dospívání,
- svádění „divností“ na užívání drog (je to pro nemocného i pro jeho okolí srozumitelnější a přijatelnější než „onemocnění duševní chorobou“),
- strach z psychiatrie, stigmatizace,
- předčasný odchod studenta ze školy.





2.9 Podporované vzdělání a práce s mládeží

Mgr. Marek Rubricius

Cíle: Seznámení s podporovaným vzděláváním a prací s mládeží

Rozsah: 8 hodin/1 den

Obsah: Formy podporovaného vzdělávání, podpůrná síť a práce s ní

Forma: Teoretický blok – přednáška

Lektor: Lektor z oblasti vzdělávání a práce s mládeží

Formy podporovaného vzdělávání:

- psychologické podpora klienta,
- podpora ve škole (školní politika, kolektiv, celkové „uvelebení“),
- podpora v rodině (edukace, náhled na onemocnění či limity, mediaci...),
- spolupráce s úřady.

Čím je podporované vzdělávání jiné?

- Zachycení prvních krizí,
- věk, ve kterém nebývá člověku jasno,
- ne vždy jde o diagnózu,
- často bez ambulantního psychiatra,
- zorientování se,
- tvorba náhledu,
- často odlišné formy (nebýt v roli učitelů, rodičů, lékařů, kamarádů),
- vytváření spojnice se světem,
- motivace,
- autenticita,
- tabu témata (láska, sex, drogy),
- otevřenost.

Vytváření sítě

- Pro spolupráci s cílovou skupinou žáků a studentů je vhodné síť tvořit.
- Klíčoví aktéři pro vytvoření sítě:
 - školy (semináře, terénní služby),
 - ambulantní psychiatři,
 - lékaři,
 - kliniky,
 - úřady (OSPOD, kurátoři, pedagogicko-psychologická poradna, probační a mediační služba),
 - spolupracující organizace (dětské domovy, K-Centra, Člověk v tísni apod.).





Podpůrná síť studenta s duševním onemocněním

Rodiče	Pedopsychiatr	Psychiatrická klinika/ nemocnice	Psycholog/ Psychoterapeut	Pedagogicko- psychologická poradna
NNO - Program primární prevence	NNO - Sociální služby	Krizové centrum	Učitelé	Spolužáci
Školní psycholog	Školní metodik prevence	Výchovný poradce	Poradenské centrum při VŠ	Pediatr

Rodina

- Zásadní aktér podpůrné cítě, nicméně při vstupu do rodiny je potřeba přistupovat k situaci citlivě.
- Klíčové je určení společných cílů, rozdílných pohledů na tyto cíle a cesty k jejich dosažení.
- Prvotním cílem je ochránit psychiku studenta, zároveň je potřeba „chápat“ všechny strany.

Škola

- Na základě síťování a praxe se nějak zapisujeme do povědomí škol a jiných institucí.
- Postupem času se školy hlásí s klienty (škola si často neví rady, jak nastalou situaci řešit).
- V rámci vstupu do školy je nutné informovat:
 - vedení školy,
 - výchovného poradce/školního psychologa,
 - třídního učitele (operativně),
 - ostatní učitele.
- Aktivita – případové porady a setkání, edukace.

Nastavení podmínek studia

- Střízlivost a schůdnost, nikoliv živelně k absolutoriu.
- Někdy může být dostačující jen poskytnout podporu v krizovém období (důvody krizí brát vážně) – nemusí to být v systému (domluva s třídní, resp. s vedením školy).
- Úprava podmínek studia (bez kolektivu, psaný projev, bez ranních hodin,
- upravení časové dotace pro plnění úkolů) – individuální vzdělávací plán.





Zavedené programy na školách

- Dosavadní zkušenosti s programy na školách potvrzují jejich význam v několika úrovních: destigmatizace, podchycení jedinců v krizi a poskytnutí jim včasné péče, otevírání témat vhodných pro kolektiv dospívajících atp.
- Seminář je vždy nutné strukturovat s ohledem na výběr kolektivu (jedná se o třídu, nebo je to skupina žáků z různých tříd? Řeší daná skupina aktuálně nějaké téma (např. šikana)? Je v dané skupině student s možnými symptomy duševního onemocnění?
- Zvážit, zda by měl být přítomen učitel či nikoliv.
- VŽDY otevírat pouze témata, která jsou pro skupinu bezpečná – pokud bude téma otevřeno a následně nebude dostatečně ošetřeno, může mít seminář opačný efekt.

Průběh semináře: Blázníš? No a!:

- příprava,
- seznámení s kolektivem, určení zakázky,
- úvod (např. brainstorming) – psychické potíže nemusí být nemoc („depka“, krize, blbá nálada),
- jak si pomoci sám,
- selhávání „sebepomocí“,
- hranice mezi „sebepomocí“ a návštěvou odborníka,
- diagnózy – říct či neříct, komu to říct,
- jak vypadá odborná pomoc (od sdílení až po hospitalizaci),
- práce ve skupinách (scénky a diskuse),
- příběh peera (posílení sebevědomí, že nic nemusí být ztraceno, naděje, recovery),
- efekt semináře
 - destigmatizace,
 - orientace v problematice duševního zdraví a nemoci,
 - potenciální zdroj klientů pro včasnou intervenci.





2.10 Individual placement and support (IPS)

Mgr. Kateřina Szabová

- Cíle:** Seznámení se s modelem IPS – individuální umístění do zaměstnání a podpora v setrvání v něm
- Rozsah:** 8 hodin/1 den
- Obsah:** Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, metoda IPS
- Forma:** Teoretický blok – přednáška
- Lektor:** Lektor s kurzem metody IPS (pracovník pro zaměstnávání)

Proč zaměstnávat lidi s duševním onemocněním?

- Udržení jejich společenského statusu a sociálních rolí.
- Udržení a vytváření nových společenských kontaktů.
- Budování přátelských vztahů.
- Vytváření denní náplně a strukturace času.
- Zisk pocitu osobní užitečnosti.
- Zvýšení sebevědomí.
- Snížení příznaků duševního onemocnění.
- Zvýšení životní úrovně.

„Tak to jsem fakt nečekal. Vypadá to, že jsem se z toho dostal.“

„Díky, že jste věřila víc než já. Jsem zpátky a dělám, co jsem vždy měla ráda.“

„Víte, co je nejlepší? Že se zas cítím tak nějak normálně.“

„Po dlouhé době se zas cítím být v realitě a mám vše, co jsem celou dobu pozbýval. Smysl.“

„Co pracuju, tak se pořád jenom směju. Asi jsem šťastnější. Vůbec vše je teď nějaký dobrý. I doma s mámou a tak. To bych nikdy neřekl, co zmůže jedna práce.“

„A už se nebojím, když se mě někdo zeptá, co dělám, protože já teď pracuju na poště. Na poště, Káťo!“

„Ted' má můj život konečně smysl. Ted' mám svůj život rád.“

IPS je modelem podporovaného zaměstnávání vytvořeným v USA a postaveným na myšlence:
„Nastup do práce a tam trénuj!“





Principy IPS

- Pracuje se s každým, kdo pracovat chce.
- Každý je schopen pracovat.
- Cílem není změnit klienta, ale najít vhodné pracovní uplatnění.
- Nejdůležitější otázky: „Chcete pracovat?“ a „Jakou práci chcete dělat?“
- Placená práce v běžných podmínkách.
- Práce se hledá rychle – ideálně do jednoho měsíce.
- IPS pracovník je členem terénního týmu.
- Podpora (klienta i zaměstnavatele) je individualizovaná a časově neomezená.

Zkušenosti s poskytováním služby IPS ve Fokusu Mladá Boleslav, z.s.

Rok - služba	Kraj	Celkový počet	Z toho ve službě	Zaměstnaných	Úvazky
2012 - PZ	Mladá Boleslav	185	134	5	4
2013 - IPS	Mladá Boleslav	192	88	40	2
2014 - IPS	Mladá Boleslav	228	85	32	2
2015 - IPS	Mladá Boleslav	242	102	42	2
2015 - IPS	Cheb	99	21	8	1
2016 - IPS	Mladá Boleslav	224	79	22	1,5
2016 - IPS	Karlovarsko	327	118	65	3
2017 - IPS	Mladá Boleslav	271	97	12	1,3
2017 - IPS	Karlovarsko	361	149	63	3

Kompetence IPS specialisty:

- přehled o vývoji na trhu práce,
- vyjednávání se zaměstnavateli a jejich motivace,
- znalost problematiky duševních nemocí,
- schopnost rozpoznat silné stránky, dovednosti, schopnosti a osobní zájmy klienta,
- vyjednávat s ostatními členy pracovního týmu klienta.

IPS pracovník a spolupráce týmu v praxi, aneb co funguje:

- společná víra v zaměstnávání,
- společná víra v klienty,
- méně je někdy více,
- tým a prezentace IPS služby (propagační materiály o IPS),
- společné porady (zážitek úspěchu, vzájemné doporučení, brainstorming, silné stránky).





Práce s klienty v praxi:

- přijetí klienta do služby,
- vstupní pohovor – evidenční list,
- hledání práce,
- doprovody a asistence,
- udržení pracovního místa,
- podpora klienta při komunikaci se zaměstnavatelem a kolektivem.





3 Práce s výzkumnými a screeningovými nástroji

3.1 HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale

Mgr. Dana Čechová, Mgr. Jana Pěčová

- Cíle:** Užití nástroje HoNOS
- Rozsah:** 6 hodin/1 den
- Obsah:** Přehled položek, principy hodnocení, vyhodnocení, charakteristika nástroje
- Forma:** Práce se screeningovými a výzkumnými nástroji
- Lektor:** Proškolený lektor pro nástroj HoNOS

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) (Pěč et al., 2009; Wing et al., 1998)

- Podrobný popis nástroje v manuálu (k zakoupení v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha)
- **Verze pro externí hodnotitele** – hodnotitel je proškolený odborný pracovník nebo tým (opakované hodnocení – stejný hodnotitel).
- **Verze sebeposuzovací** – vyplňuje klient/pacient sám.

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)

- Verze pro děti a mládež – k dispozici je česká verze přeložená v NUDZ.

HoNOS 65+

- Verze pro pacienty starší 65 let – česká verze není prozatím dostupná.

HoNOS pro externí hodnotitele

- Hodnocení dospělých jedinců se závažným duševním onemocněním.
- 12 oblastí (položek) – glosář (návod) + záznamový list.
- Hodnocení – 5bodová škála 0–4 (0 = žádný problém; 1 = malý problém, který nevyžaduje žádné opatření; 2 = mírný problém, jehož existence je však zřejmá; 3 = středně vážný problém; 4 = vážný až velmi vážný problém). Pokud nemáme dostatek informací pro hodnocení, skórujeme „9“.
- Hodnocené období – obvykle posledních **14 dnů**.





Přehled položek

1. Potíže vyplývající z nadměrně aktivního, agresivního, rušivého nebo agitovaného chování pacienta/klienta
2. Sebevražedné myšlenky nebo chování; úmyslné sebepoškozování
3. Problémy s alkoholem nebo užíváním drog
4. Kognitivní problémy
5. Tělesná nemoc nebo postižení
6. Problémy spojené s halucinacemi a bludy
7. Problémy s depresivní náladou
8. Jiné psychické problémy a poruchy chování – vybereme jen jeden problém (nejzávažnější a ten hodnotíme!)
 - A. Fobie jakéhokoli typu
 - B. Úzkost a panika
 - C. Obsedantní a kompulzivní problémy
 - D. Duševní napětí/tenze
 - E. Disociativní (konverzní) problémy
 - F. Trvalé fyzické obtíže bez známek onemocnění po kompletním lékařském vyšetření
 - G. Problémy s chutí k jídlu, přejídáním, nedostatečným příjmem potravy
 - H. Potíže se spánkem
 - I. Sexuální potíže
 - J. Problémy jinde neuvedené (např. expanzivní či povznesená nálada)
9. Problémy se vztahy (Hodnocení sociálního fungování a osobní autonomie)
10. Problémy s každodenními činnostmi (Příležitosti k využívání a zlepšování schopností)
11. Problémy s podmínkami bydlení
12. Problémy se zapojením se a dalšími činnostmi

Základní principy hodnocení

- Hodnoťte všechny položky v pořadí od 1 do 12.
- Každý symptom/problém se hodnotí jen jednou.
- V položkách 1–9 hodnoťte nejzávažnější problém.
- Položka 10 se vztahuje k celkovému fungování.
- Položky 11 a 12 souvisejí s položkou 10.

Závažnost problému

- Každá z 12 položek se zabývá širokým spektrem v rámci jednoho problematického okruhu.
- Každá z položek má svůj specifický význam, nepřekrývají se.
- Obsah položky vychází z potíží, nikoli diagnóz (diagnózu vypisujeme zvlášť).

Struktura a bodování

- Každá z 12 položek se zabývá širokým spektrem v rámci jednoho problematického okruhu.
- Překrývání položek je omezené – každá má svůj specifický význam.
- Obsah položky vychází z potíží, nikoli diagnóz (diagnózu vypisujeme zvlášť).
- Celkový počet bodů v rozsahu 0–48. Do celkového počtu bodů se **nezapočítávají** oblasti kódované „9“.



Vyhodnocení

- Položky je možné shrnout do 4 bodovaných úseků – sekcí:
 - **A – Chování či behaviorální potíže** (položky 1, 2, 3),
 - **B – Postižení** (položky 4, 5),
 - **C – Symptomy či symptomatické potíže** (položky 6, 7, 8),
 - **D – Sociální potíže** (položky 9, 10, 11, 12),
- U verze pro externího hodnotitele se někdy hodnotí bez položek 11 a 12 (0–40), např. v případě hodnocení dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Vyhodnocení nástroje HoNOS: přehled položek a sekcí včetně rozsahu bodů

		Rozsah bodů (položky)	Rozsah bodů (sekcí)
A. Behaviorální potíže	1. Agrese	(0–4)	(0–12)
	2. Sebeпоškozování	(0–4)	
	3. Zneužívání návykových látek	(0–4)	
B. Postižení	4. Kognitivní dysfunkce	(0–4)	(0–8)
	5. Fyzické postižení	(0–4)	
C. Symptomatické potíže	6. Halucinace a bludy	(0–4)	(0–12)
	7. Deprese	(0–4)	
	8. Jiné symptomy	(0–4)	
D. Sociální potíže	9. Osobní vztahy	(0–4)	(0–16)
	10. Celkové fungování	(0–4)	
	11. Problémy s bydlením	(0–4)	
	12. Problémy v zaměstnání	(0–4)	
Celkový počet bodů položek 1–12			(0–48)
Celkový počet bodů položek 1–10			(0–40)

Interpretace výsledků

- Hodnocení 1 znamená, že problém existuje a měl by být sledován, jeho závažnost je minimální a intervence není potřebná.
- Oblasti, které zastupují položky, kde je hodnocení 3, 4 potřebují obvykle nutně intervenci!

Úskalí interpretace bodových zisků

- Nejsou k dispozici normy.
- U některých onemocnění je celkový skóre nízký, ale problém je závažný, např. anorexie nebo násilný klient, který nemá další potíže (celkový skóre 12 může znamenat 1 v každé položce nebo 3 × 4).
- Některá onemocnění nevykazují výrazné zlepšení ve skórech před a po intervenci („pre-post“), např. u akutní poruchy je možné zlepšení v sekci D (tj. sociální obtíže) až po stabilizaci klinických potíží.
- Často je vhodná kombinace s dalšími nástroji.



- Výsledky větší skupiny by měl vyhodnocovat odborník s klinickou a epidemiologickou specializací (za předpokladu anonymizace a agregace dat).

Vlastnosti HoNOS

- Stručný, jednoduchý, přijatelný a užitečný pro klinickou praxi.
- Pokrývá klinickou i sociální problematiku.
- Citlivý ke změnám (opakovaná hodnocení by měl provádět stejný hodnotitel).
- Má ověřenou spolehlivost (psychometrické charakteristiky).
- Nevýhodou je trochu odlišný klinický pohled sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků).
- Má ukazatele pro srovnání na místní i národní úrovni.

Možnosti využití HoNOS

- Klinické využití – hodnocení duševního, fyzického zdraví, sociálního fungování, léčebný plán.
- Srovnání mezi službami v regionu, u jednotlivých skupin pacientů, pro komunitní plánování služeb.
- Sebehodnocení jednotlivých služeb (pre-post efekt terapie).
- Opakované měření může zachytit zlepšení, zhoršení i případně to, že změna nenastala.
- Výzkumné práce v oblasti služeb duševního zdraví.

Příklad využití HoNOS: Šetření vstupů a výstupů v denním stacionáři pro léčbu psychóz (Pěč et al., 2018).





3.2 GAF: Global Assessment of Functioning

Mgr. Marek Fiala

- Cíle:** Představení a nácvik užití hodnotícího nástroje GAF
- Rozsah:** 6 hodin/1 den
- Obsah:** Užití nástroje GAF, příklady osvědčené praxe
- Forma:** Práce se screeningovými a výzkumnými nástroji
- Lektor:** Lékař, psycholog, sociální pracovník, zdravotní sestra se školením na nástroj GAF

GAF sleduje celkové fungování klienta se zaměřením na symptomy a na běžné fungování.

Dostupné verze:

- **GAF** = základní verze
- **mGAF** = modifikovaná verze

Jak GAF používat?

1. Postup od shora dolů.
2. Postupujte na škále dolů, dokud nenajdeme rozsah, který odpovídá závažnosti symptomů nebo úroveň fungování.
3. Zkontrolujte výběr, zda nižší bodové ohodnocení neodpovídá situaci klienta.
4. Určete konkrétní číslo.

Dobrá praxe

- Postupujte podle 4 základních kroků při určení skóre.
- Zvažte u každého pacienta úroveň psychických, sociálních a pracovních funkcí v hypotetickém kontinuu zdraví–nemoc.
- Neberte v úvahu zhoršení funkcí způsobené tělesnými omezeními (nebo vlivem prostředí).
- Nenechte se „strhnout“ jednoduchostí stupnice, jde o pochopení, v jaké situaci se klient nachází.
- Konzultujte s týmem, s blízkými, ostatními profesionály pracujícími s daným klientem.
- Nacvičujte hodnocení společně s týmem (reliabilita).
- Zvolte frekvenci škálování s ohledem na jeho účel.



3.3 AQoL: Assessment of Quality of Life

Mgr. Lucie Kondrátová

Cíle: Seznámení a nácvik administrace nástroje AQoL

Rozsah: 2 hodiny/1 den

Obsah: Měření efektivity služeb, koncept QALY, představení nástroje AQoL (8D), doporučení pro praxi

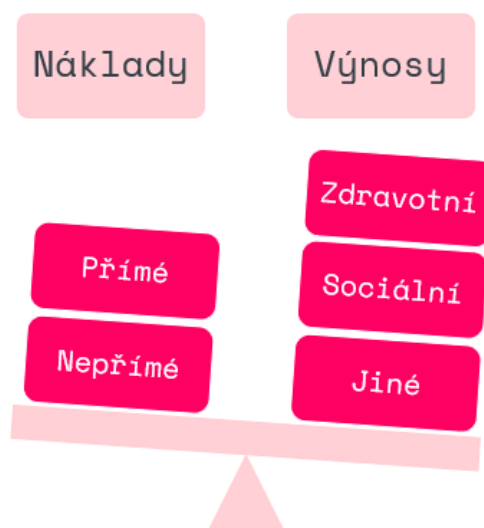
Forma: Práce se screeningovými a výzkumnými nástroji

Lektor: Lektor s výzkumnou či klinickou zkušeností s nástrojem AQoL

Měření efektivity služeb:

- **psychopatologie – symptomy obecně,**
- **disabilita,**
- **globální a sociální fungování,**
- **potřeby,**
- **kvalita života – obecně,**
- **kvalita života související se zdravím – QALY,**
- **kvalita života související s duševním zdravím,**
- **sociální kontakty,**
- **spokojenost se službami,**
- **sebestigmatizace,**
- **důsledky pro rodinu,**
- **zotavení.**

Domény pro hodnocení efektivity služeb péče o duševní zdraví





QALY: Quality Adjusted Life Year (Kvalitou vážený rok života)

- Používá se:
 - k hodnocení preventivních a terapeutických intervencí,
 - jako měřítko získaných roků života díky preventivní intervenci nebo nové léčebné metodě,
 - jako hlavní indikátor při rozhodování o financování péče (např. Velká Británie).
- QALY nabývá hodnot 0–1 (0 = smrt; 1 = rok života v plném zdraví).
- Existují pouze 3 nástroje, které QALY měří

AQoL: Assessment of quality of life

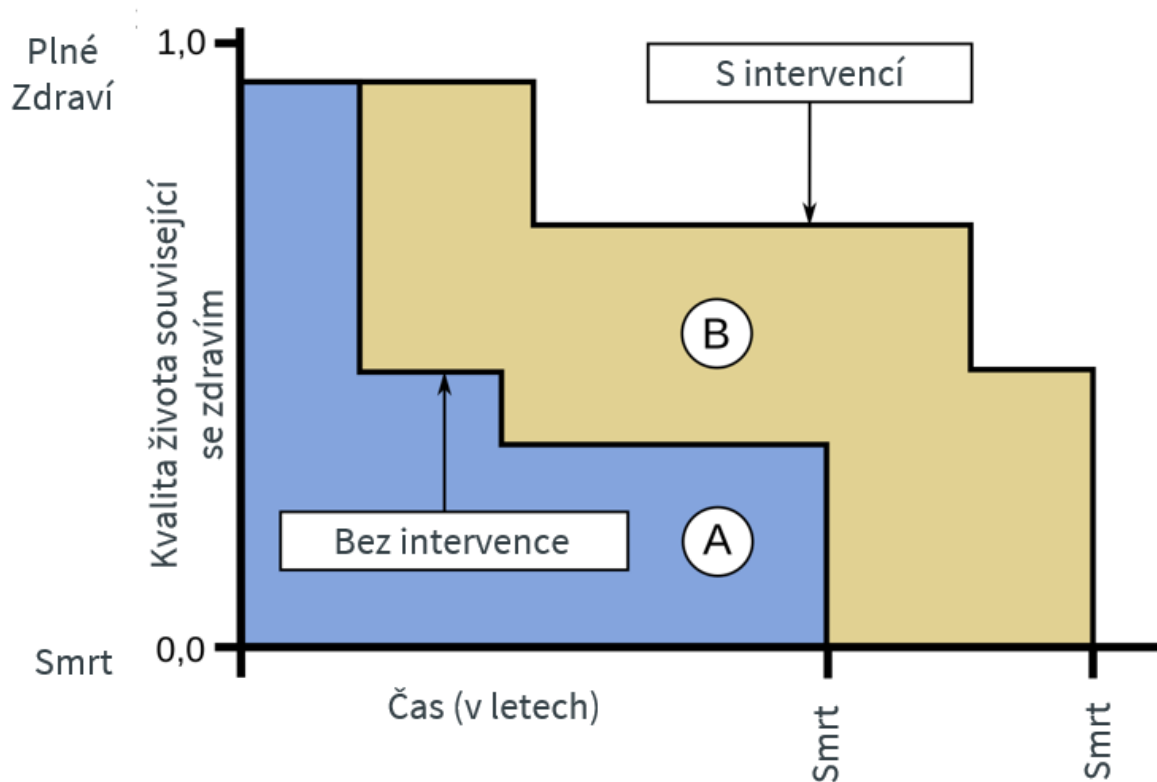
- Dotazník zaměřující se na kvalitu života související se zdravím.
- Dostupný v několika verzích (AQoL 4D/6D/8D). Verze AQoL-8D zahrnuje oblast fyzickou i psychosociální, proto je vhodná pro použití ve studiích zaměřujících se na duševní zdraví.
- **Ověřený ve výzkumech** – AQoL-8D má vyšší senzitivitu ke změně než ostatní nástroje měřící QALY (zejména v oblasti psychosociální) díky zahrnutí oblastí „štěstí“ a „vlastní hodnoty“.
- Možnost použití i v **běžné populaci** – AQoL lze použít pro srovnání kvality života u různých skupin pacientů i u zdravé populace.
- Dostupný pro plošné použití **zdarma**.
- Pokud není uvedeno jinak, hodnocení se zaměřuje **na poslední týden**.

AQoL-8D

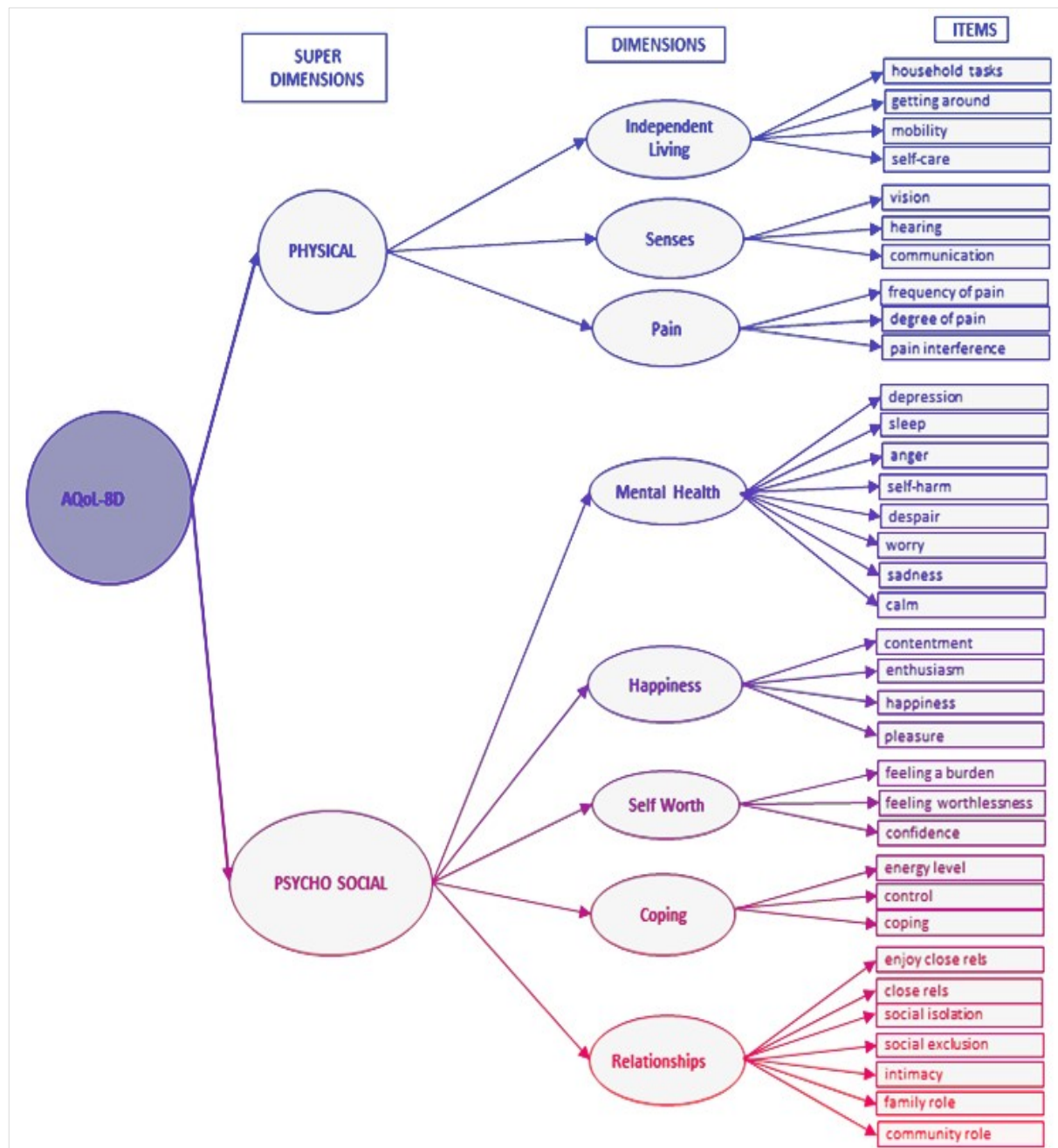
- 35 otázek,
- 8 dimenzí, které je možné sledovat v čase: samostatné bydlení, vztahy, duševní zdraví, smysly, bolest, zvládání, štěstí, vlastní hodnota,
- 5–10 minut vyplnění (pro zdravou populaci),
- **klient/pacient vyplňuje samostatně**,
- tazatel může asistovat.



Vyhodnocení škály AQoL: přehled položek a dimenzí



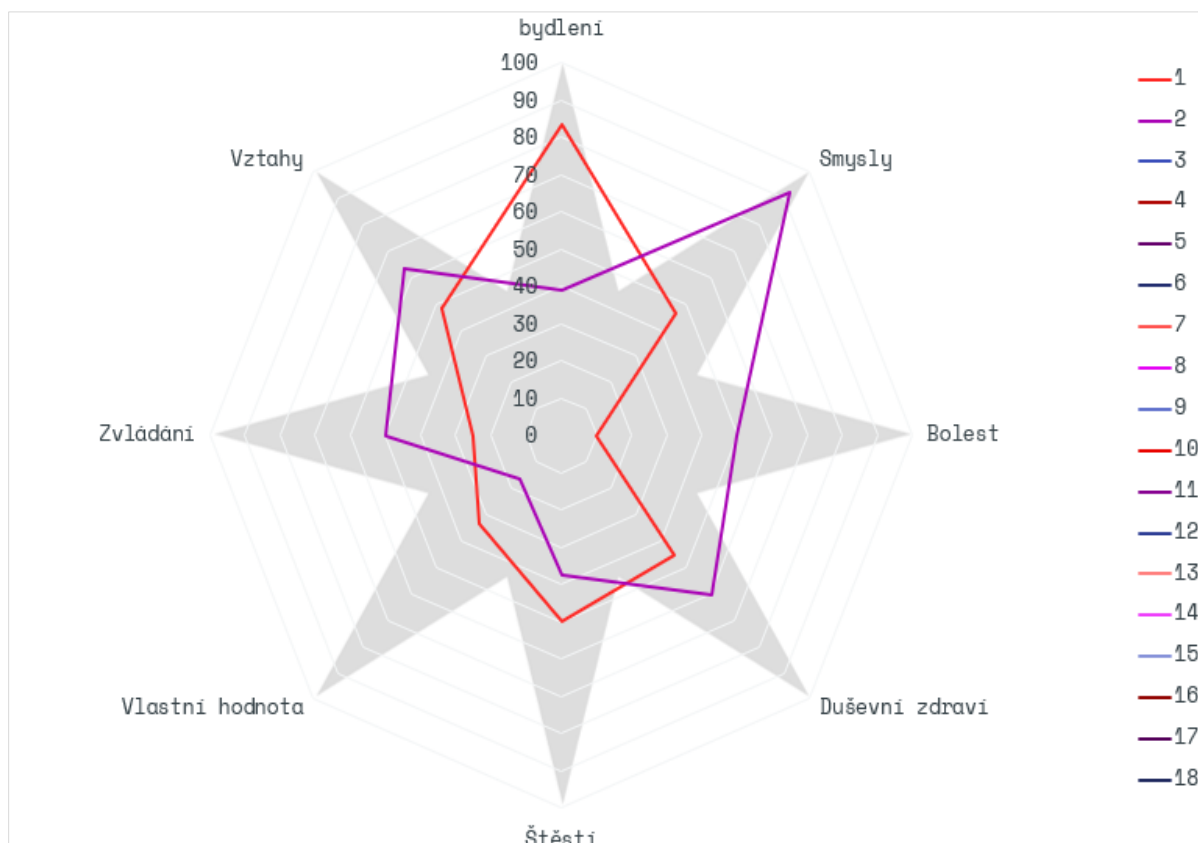
Vyhodnocení škály AQoL: přehled položek a dimenzí



Administrace

1. **Klient vyplňuje samostatně do předem vytisknutého dotazníku**, v případě potřeby je možné, aby při vyplňování asistoval pracovník.
2. **Pracovník hodnoty vyplněné klientem vyplní do vyhodnocovacího formuláře.** Číselné hodnocení zadejte podle pořadí nabízené odpovědi u dané otázky v dotazníku (tj. první odpověď pod otázkou je skórována jako „1“, druhá odpověď pod otázkou jako „2“ atd.).
3. **Vyhodnocení dotazníku.** Skóry pro jednotlivé dimenze: skóre vyjadřuje, nakolik si daný respondent vede v dané dimenzi (vyjádřeno v procentech: 100 % je nejlepší výsledek, respondent nemá v této oblasti žádný problém).
4. **Grafické zpracování vyhodnocení dotazníku.** Graf umožňuje sledovat vývoj respondenta v čase (srovnání jednotlivých měření).

Ilustrace výstupů



Doporučení

- V případě zhoršených kognitivních funkcí respondenta je možné použít i kratší verzi AQoL-6D (20 položek), která ovšem neobsahuje domény štěstí a vlastní hodnota.
- **Výstup z hodnocení vložit do používané databáze k danému klientovi.**



3.4 SKPS: Soupis klientem přijatých služeb (CSRI, Client Service Recipient Inventory)

Mgr. Lucie Kondráťová

- Cíle:** Seznámení a nácvik administrace nástroje SKPS
- Rozsah:** 2 hodiny/1 den
- Obsah:** Představení nástroje SKPS, nácvik administrace
- Forma:** Práce se screeningovými a výzkumnými nástroji
- Lektor:** Lektor s výzkumnou či klinickou zkušeností s nástrojem SKPS

SKPS

- (z angl. CSRI, Client Service Recipient Inventory) je výzkumný nástroj na monitoring konzumace služeb.
- Dotazník umožňuje sledovat konzumaci služeb:
 - v průběhu hospitalizace,
 - v komunitě (ambulantní služby, sociální služby).
- Primárně je určen pro osoby se schizofrenií.
- Použití dotazníku vyžaduje před zahájením sběru proškolení pracovníků, kteří s nástrojem budou pracovat.

Vývoj dotazníku

- Cíl: vytvoření dotazníku shromažďujícího data o konzumaci služeb (typ služby, frekvence) a ostatních ekonomických činitelích, který bude využitelný pro ekonomické analýzy v oblasti duševního zdraví.
- Přizpůsobení CSRI českému prostředí.
- Přizpůsobení dotazníku, aby byl uživatelsky přívětivý pro klienty i pro profesionály v oblasti duševního zdraví (nesledovali jsme takovou úroveň detailu jako originální verzi dotazníku).
- Přizpůsobení položek dotazníku reálným možnostem kalkulace jednotkových nákladů na jednotlivé služby.

Sledované oblasti

Podle CSRI-EU:

- socioekonomická situace (vč. bydlení, práce, příjmu, čerpání sociálních dávek),
- konzumace zdravotních služeb,
- konzumace sociálních služeb,
- užívané léky,
- kontakt s trestněprávními institucemi.





3.5 CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk Mental State

MUDr. Pavel Knytl, MUDr. Patrik Švancer

- Cíle:** Představení a nácvik užití nástroje CAARMS
- Rozsah:** 3 hodiny/1 den
- Obsah:** Struktura a nácvik hodnoticího nástroje
- Forma:** Práce se screeningovými a hodnotícími nástroji, nácvik
- Lektor:** Lektor s klinickou zkušeností s použitím nástroje CAARMS

Nomenklatura:

- bazální symptom,
- at risk mental state – **ultra high risk** (clinical high risk),
- high risk,
- prodromy.

Identifikace ARMS (UHR kritéria):

- vulnerabilní skupina,
- oslabená psychóza (attenuated psychosis) – nedosahuje intenzity nebo frekvence, může být indukována návykovou látkou, ale ne v intoxikaci,
- intermitentní psychotické příznaky – kratší než týden,
- práh psychózy/práh pro zahájení léčby antipsychotiky.

Prediktory konverze do psychózy:

- doba symptom,
- špatné fungování,
- negativní příznaky,
- self-disturbance, neurokognitivní deficit, alterace přední cingulární kůry.

Struktura CAARMS

- Rodinná anamnéza schizofrenie nebo schizotypální porucha pacienta
- 1.1 Neobvyklý myšlenkový obsah
- 1.2 Nebizarní bludy
- 1.3 Poruchy vnímání
- 1.4 Dezorganizovaná řeč
- 5.4 Agrese/nebezpečné chování
- 7.3 Sebevražednost a sebepoškození.
- SOFAS (C-GAS).





Užitečné otázky

- Jak často se to děje?
- Kdy se to stalo naposledy?
- Znemožňuje vám to něco udělat?
- Kdy bylo to nejhorší?
- Jaké to bylo v nejhorším bodě?
- Co na to říkají vaši přátelé a rodina?
- Jak moc vystresovaný jste byl?
- Jak dlouho to trvá?
- Vidí to jiní lidé stejným způsobem?
- Můžete mi k tomu dát konkrétní příklad?
- Změnilo to vaše chování v nějakém směru?

Frekvence příznaků

0	žádný
1	méně než 1× za měsíc
2	1× za měsíc až 2× do týdne – méně než hodinu trvající událost
3	1× za měsíc až 2× do týdne – více než hodinu trvající událost NEBO 3–6× za týden – méně než hodinu trvající událost
4	3–6× za týden – více než hodinu trvající událost NEBO denně – méně než hodinu trvající událost
5	denně – více než hodinu trvající událost NEBO několikrát za den
6	neustále

KAZUISTIKA: Neobvyklý myšlenkový obsah

Už zhruba půl roku mám pocit, že se něco stalo. Něco kolem se změnilo, lidi, věci, já. Nevím. Vždycky když se dostanu s kamarádama ven, tak mám pocit, že si s nima nerozumím tolik jako dřív. Fakt nevím, co to způsobilo. Chtěl bych, aby to bylo jako dřív. Jako by na mě něco působilo. Ne myšlenky jsou moje a mám je pod kontrolou. Nikdo mě nekontroluje ani mi nic nepřikazuje.

Tipy a triky: neobvyklý myšlenkový obsah

- Neobvyklý myšlenkový obsah vs. nebizarní bludy:
 - neobvyklý myšlenkový obsah – vztahovačnost v rámci symbolického myšlení bez podezřívavosti,
 - nebizarní bludy – vztahovačnost spojená s podezřívavostí.
- Začátek symptomu – od kdy začal symptom dosahovat zaznamenané závažnosti.





KAZUISTIKA: Nebizarní bludy

Čas od času mám pocit, že na mě ve třídě chce někdo něco ušít. Nevím proč, ale někdy se mi to dere do hlavy. To není takový to popichování, co se děje, na mě si prostě zasedli, jenom na mě. Tak divně po mně pokukují. Je mi z toho nepříjemně. Takový pocity jsem nikdy dřív neměl, začalo to v tomhle ročníku, fakt nevím, čím to může být. Do školy chodím, to jo, ale někdy je to fakt s nechutí, jestli se to zase nebude dít. Není to tak, že bych ty pocity měl denně, ale napadne mě to tak jednu maximálně dvakrát do týdne. Mluvil jsem o tom s jedním kamarádem mimo školu a uvědomil jsem si, že to je blbost. Vlastně nevím, proč vám to vyprávím, je to hloupost. U nás ve třídě nikdy nebyla šikana ani nic podobného.

Tipy a triky: nebizarní bludy

- Neobvyklý myšlenkový obsah vs. nebizarní bludy:
 - neobvyklý myšlenkový obsah – vztahovačnost v rámci symbolického myšlení bez podezřívavosti,
 - nebizarní bludy – vztahovačnost spojená s podezřívavostí.
- Více symptom:
 - hodnocení podle symptomu, který splňuje UHR kritéria,
 - nejtěžší symptom.
- Odlišení reality – objektivní anamnéza.

KAZUISTIKA: Poruchy vnímání

Poslední dobou nechodím s klukama na pivo tak jako dřív, nějak mě to neláká. Když jdu, tak spíše z povinnosti, aby věděli, že vůbec žiju. Tak jsme tam tak seděli v pátek a nějak jsem neměl co říkat, tak jsem spíš poslouchal, o čem si povídají, ani jsem nepil. Tak jsem se zaposlouchal, že jsem měl najednou pocit, že lidi vedle u stolu si šeptají... dal bych ruku do ohně za to, že mluví o nás. Myslím, že jsem dokonce slyšel svoje jméno... ale zdálo se, že kluci to neslyšej, tak jsem nad tím mávnul rukou. Nikdy předtím jsem podobnej zážitek neměl... vlastně několikrát do měsíce se mi doma stane, že těsně před usnutím slyším takový ševlení, ale nic konkrétního, to si myslím má každý.

Tipy a triky: poruchy vnímání

- Intoxikace:
 - nezahrnujeme symptomy spojené s akutní intoxikací,
 - zohledňujeme symptomy, které mohou být indukované,
 - THC je výjimka – zohledňujeme vždy.
- Hypnagogické a hypnopompické prožitky – hodnotíme ≤ 2 .

Kazuistika: Dezorganizovaná řeč

Jak vypadá můj běžný den? No, ráno vstanu, dám si čaj a jogurt, kupuju si hodně často Monte, mám ho moc ráda. Poprvé jsem mi ho koupila mamka, když jsme bydleli ještě v Prachaticích. Tam to bylo fajn, chodila jsem na... ehh... teď si to slovo nevybavím. Sakra, ale vy jste chtěl vědět, jak vypadá můj běžný den. Kde jsme to byli... Pomozte mi... tohle se mi někdy stane. Úplně se ztratím... Jo už vím... po snídani jdu do školy, tam je to většinou opruz...





Tipy a triky: dezorganizovaná řeč

- Objektivně pozorovatelné změny řeči ≥ 3 .
- Subjektivně pozorované změny řeči ≤ 2 .

KAZUISTIKA: Agrese/nebezpečné chování

Od té doby, co jsem začala chodit s Miladou, se na mě ostatní koukají divně. Přijde mi, že mi závidí, je to na nich vidět. Furt se tak hloupě ptaj, pak jsem naštvaná a vyjedu na ně. Děje se mi to skoro pořád, každý den vypěním. Furt se s holkama hádám. My jsme se nikdy nepopraly, to ne, ale občas dojde i na to že s něčím praštím, hodím učebnice o lavici a tak... Takhle jsem si rozbila i mobil. Nechtěla jsem to udělat, to bylo omylem. Abych vychladla, tak raději odejdu. Pak se zase bavíme normálně.

KAZUISTIKA: Sebevražednost a sebepoškozování

Problémy mám dlouho, už něco přes rok. Jak se začali hádat rodiče. Někdy je to nesnesitelné a opravdu si v těch chvílích přeju, abych tady nebyl. Někdy mě to prostě napadá, nebýt. Jaký to asi je? Nevím, jak by se to dalo udělat, nad tím jsem nepřemýšlel. Slyšel jsem, že jeden kluk z gymplu se zastřelil... Divný zastřelit se, kde člověk sebere zbraň, asi by byly i jednodušší způsoby. Jenže pak jsou zase chvíle, kdy na to vůbec nemyslím. Je to se mnou jako na houpačce.





3.6 PANSS: Positive and Negative Symptom Scale

Prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

- Cíle:** Praktický nácvik škálování nástrojem PANSS
- Rozsah:** 5 hodin/1 den
- Obsah:** Struktura a nácvik užití hodnoticího nástroje
- Forma:** Práce se screeningovými a hodnotícími nástroji, nácvik
- Lektor:** Lektor s klinickou zkušeností s použitím nástroje PANSS

PANSS

- Strukturované klinické interview zaměřující se na pozitivní a negativní příznaky schizofrenie.
- Obsahuje celkově 30 otázek, rozdělených na 3 části:
 - pozitivní příznaky (7 otázek),
 - negativní (7 otázek),
 - celková psychopatologie (16 otázek).
- Měření probíhá na škále od 1 (nepřítomno) až 7 (extrémně), přičemž je zapotřebí dojít ke shodě, za jaké období (standardně 1 týden zpětně).
- Hodnocena je výpověď klienta, včetně projevů, které lze pozorovat; případně je možné doplnit výpověďmi nejbližších klienta.
- Administrace trvá cca 30–40 minut.
- Česká verze.
- Dostupné zdarma.
- Hojně využíváno v klinickém prostředí.

Je nutné, aby administraci prováděl klinický pracovník – psychiatr nebo psycholog. Ostatní členové týmu jej mohou využít; je však zapotřebí, aby dílčí položky konzultovali s klinikem. Zároveň je nutné školení pro užití nástroje PANSS.





Vyhodnocení výcviku

Speciálně sestaveným výcvikem pro ED/EI týmy prošlo celkově 12 profesionálů, kteří v současné době fungují v pilotním provozu ve třech regionech České republiky.

Reflexe výcviku

Po poslední výcvikové lekci proběhlo zhodnocení absolventy výcviku. Byla využita tzv. focus group, tedy skupinová diskuse, která byla členěna do čtyř dílčích kategorií: (a) obsah, (b) využití, (c) struktura a (d) zlepšení. Záměrem závěrečné diskuse bylo zhodnotit celkovou strukturu výcviku, včetně časové dotace, harmonogramu lekcí a celkové užitečnosti pro praxi. Prostor byl taktéž věnován návrhům na zlepšení výcviku.

Výcvik byl jeho absolventy hodnocen jako komplexní, dobře stavěný, časově i obsahově vyvážený, plný příkladů dobré praxe. Za obohacující bylo označováno množství odborníků z různých oblastí. Za významnou zkušenost označili účastníci zahraniční stáže, praktické zkušenosti přednášejících lektorů a propojení teorie s příklady z praxe. Zároveň účastníci oceňovali úzkou skupinu, která se výcviku účastnila a díky níž mohli více diskutovat a interagovat s ostatními. Výcviková setkání zároveň sloužila jako tzv. teambuilding k poznání ostatních členů, se kterými vytvořili regionální multidisciplinární tým.

Nejistí se po absolvování výcviku cítili účastníci v užití výzkumných a screeningových nástrojů a jejich vyhodnocování. Uvítali by více času pro trénink škálování a jejich vyhodnocování. Zároveň by účastníci výcviku ocenili představení běžících služeb v oblasti psychiatrie a více informací o terénní práci. Dále by kvitovali pořízení videozáznamů dílčích lekcí, zejména pro situace, kdy nebyli daného výcvikového setkání účastni.

„Nejvíc mi dala ta stáž. Úplně nejvíc.“

„To, že tu jsme různé profese, je klíčové pro dobrou praxi.“





Závěr

Struktura výcviku byla sestavena na základě zahraničních zkušeností s ED/EI službami, zkušeností z praktických stáží na odborných pracovištích a zkušeností tuzemských a zahraničních expertů. V rámci speciálně sestaveného výcviku bylo proškoleno 12 profesionálů z různých oblastí. Jednalo se o psychiatry, psychiatrické/zdravotní sestry, psychology/psycholožky a sociální pracovníky/pracovnice. Celkem obsahoval výcvik 16 tematických setkání s celkovou dotací 136 hodin. Takto proškolení pracovníci tvoří 3 regionální týmy projektu VIZDOM, které pracují multidisciplinárně a od dubna 2019 poskytují služby včasné detekce a včasné intervence na Blanensku, v Plzni a v Praze 8.





Seznam příloh

Příloha 1: HoNOS.....	113
Příloha 2: m-GAF	119
Příloha 3: AQoL-8D	122
Příloha 4: AQoL-6D	128
Příloha 5: SKPS	132
Příloha 6: CAARMS.....	139
Příloha 7: PANSS.....	154
Příloha 8: Odhad DUP	157





Přílohy

Příloha 1: HoNOS

Přehled pokynů k hodnocení

1. Ohodnoťte každou položku v pořadí od 1 do 12.
2. Neberte v úvahu informace hodnocené v předešlých položkách kromě položky 10, která představuje celkové hodnocení.
3. Hodnoťte NEJZÁVAŽNĚJŠÍ problém, který se vyskytl během hodnoceného období.
4. Všechny položky jsou hodnocené na škále, která má tuto podobu:

- 0 = žádný problém,
- 1 = malý problém, který nevyžaduje žádné opatření,
- 2 = mírný problém, jehož existence je však zřejmá,
- 3 = středně vážný problém,
- 4 = vážný až velmi vážný problém.

Pokud není známo, hodnoťte jako 9.

Glosář

1. Nadměrně aktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování

Patří sem tento typ chování, ať už vznikl z jakékoliv příčiny (např. drogy, alkohol, demence, psychóza, deprese atd.).

Nepatří sem bizarní chování hodnocené v položce 6.

- 0 = Žádný problém tohoto typu během hodnoceného období.
- 1 = Podrážděnost, hádky, neklid apod., nejsou třeba žádná opatření.
- 2 = Patří sem agresivní posunky, omezování a obtěžování ostatních, výhrůžky nebo verbální útoky; drobné škody na majetku (např. rozbitý šálek nebo okno); zřetelná hyperaktivita nebo rozrušení.
- 3 = Fyzická agresivita vůči lidem nebo zvířatům (v menší míře, než vyjadřuje hodnocení 4), výhrůžné chování; závažnější hyperaktivita nebo poškozování majetku.
- 4 = Nejméně jeden případ vážného fyzického napadení lidí nebo zvířat; ničení majetku (např. zakládání požárů); vážné hrozby nebo obscénní chování.

2. Úmyslné sebepoškozování

Nepatří sem neúmyslné sebepoškození (v důsledku např. demence nebo těžkého mentálního postižení); kognitivní potíže se hodnotí v položce 4 a poranění v položce 5.

Nepatří sem nemoc nebo poranění jako přímý důsledek užívání drog nebo alkoholu, které se hodnotí na škále 3 (např. cirhóza jater nebo úraz jako následek řízení v opilosti se hodnotí v položce 5).





0 = Žádný problém tohoto typu během hodnoceného období.

1 = Občasné myšlenky na skoncování se vším, avšak malé riziko během období hodnocení; žádné sebepoškození.

2 = Mírné riziko během hodnoceného období; zahrnuje sebepoškození, které není nebezpečné (např. povrchové pořezání zápěstí).

3 = Střední až vážné riziko úmyslného sebepoškození během hodnoceného období; patří sem přípravná fáze (např. shromažďování tablet).

4 = Vážný sebevražedný pokus nebo vážné úmyslné sebepoškození během hodnoceného období.

3. Problémy s alkoholem nebo užíváním drog

Nepatří sem agresivní nebo destruktivní chování v důsledku užívání alkoholu nebo drog, které se hodnotí v položce 1.

Nepatří sem tělesná nemoc nebo nezpůsobilost v důsledku užívání alkoholu nebo drog, která se hodnotí v položce 5.

0 = Žádný problém tohoto typu během hodnoceného období (případně občasná mírná konzumace alkoholu).

1 = Občasná nadměrná konzumace, ale v rámci sociálních norem.

2 = Ztráta sebekontroly v důsledku užívání alkoholu nebo drog, ale ne vážná závislost.

3 = Zřetelná touha nebo závislost na alkoholu nebo drogách s častou ztrátou kontroly, rizikové chování pod vlivem alkoholu nebo drog.

4 = Ztráta schopnosti normálně fungovat v důsledku problémů s alkoholem nebo drogami.

4. Kognitivní problémy

Patří sem problémy s pamětí, orientací a chápáním spojené s jakoukoli poruchou: mentální retardací, demencí, schizofrenií atd.

Nepatří sem přechodné problémy (např. kocovina), které jsou důsledkem užívání drog nebo alkoholu a hodnotí se v položce 3.

0 = Žádný problém tohoto typu během hodnoceného období.

1 = Malé problémy s pamětí nebo chápáním (např. občas zapomíná jména).

2 = Mírný, ale zjevný problém (např. zabloudil na známém místě nebo nepoznal známou osobu); občas má potíže činit jednoduchá rozhodnutí.

3 = Zřetelná dezorientace v čase, prostoru nebo osobě; zmatený z běžných událostí; řeč je občas nesouvislá; duševně zpomalený.

4 = Vážná dezorientace (např. není schopen poznat příbuzné); nebezpečí úrazů; nesrozumitelná řeč; zastřené vědomí, stupor.





5. Tělesná nemoc nebo postižení

Patří sem nemoc nebo postižení z jakékoli příčiny, která omezuje nebo znemožňuje pohyb, nebo zhoršuje zrak nebo sluch, nebo jinak zasahuje do běžného života.

Patří sem vedlejší účinky léků; účinky drog nebo alkoholu, tělesné postižení zapříčiněné úrazy nebo sebepoškozením souvisejícím s kognitivními problémy, řízení v opilosti atd.

Nepatří sem duševní poruchy nebo poruchy chování hodnocené v položce 4.

Žádný tělesný zdravotní problém během hodnoceného období.

1 = Malé zdravotní problémy během hodnoceného období (např. nachlazení, pád bez závažných důsledků atd.).

2 = Tělesný zdravotní problém způsobující mírné omezení pohyblivosti a aktivity.

3 = Střední stupeň omezení aktivity v důsledku tělesného zdravotního problému.

4 = Vážné nebo úplné zneschopnění (ztráta schopnosti normálně fungovat) v důsledku tělesného zdravotního problému.

6. Problémy spojené s halucinacemi a bludy

Patří sem halucinace a bludy bez ohledu na diagnózu.

Patří sem zvláštní a bizarní chování spojené s halucinacemi a bludy.

Nepatří sem agresivní, destruktivní nebo hyperaktivní chování, které lze přičíst halucinacím nebo bludům a které se hodnotí v položce 1.

0 = Žádné známky halucinací nebo bludů během hodnoceného období.

1 = Určité zvláštní nebo výstřední představy, které nejsou v souladu s kulturními normami.

2 = Bludy nebo halucinace (např. hlasy, vidiny) jsou přítomné, vedou však jen k mírnému znepokojení pacienta nebo mírným projevům netypického chování; tj. jsou klinicky přítomné, avšak mírné.

3 = Zřetelná zaujatost bludy nebo halucinacemi, která způsobuje velké znepokojení nebo se projevuje zřejmým bizarním chováním, tj. středně vážný klinický problém.

4 = Duševní stav a chování je vážně a nepříznivě ovlivněno bludy nebo halucinacemi, s vážným dopadem na pacienta.

7. Problémy s depresivní náladou

Nepatří sem nadměrná aktivita nebo neklid, které se hodnotí v položce 1.

Nepatří sem sebevražedné myšlenky nebo pokusy, které se hodnotí v položce 2.

Nepatří sem bludy nebo halucinace, které se hodnotí na škále 6.

0 = Žádný problém spojený s depresivní náladou během hodnoceného období.

1 = Sklíčenost nebo malé změny nálady.

2 = Mírná, avšak zjevná deprese a úzkost (např. pocity viny; ztráta sebedůvěry).

3 = Deprese s nepřiměřeným sebeobviňováním; nadměrně se zabývá pocity viny

4 = Těžká nebo velmi těžká deprese s pocity viny nebo sebeobviňováním.





8. Jiné psychické problémy a poruchy chování

Hodnoťte pouze nejzávažnější klinický problém, který není zohledněn v položkách 6 a 7. Upřesněte typ problému vyplněním příslušného písmene: A = fobický; B = úzkostný; C = obsedantně kompulzivní; D = duševní napětí, tenze; E = disociativní; F = somatoformní; G = příjem potravy; H = spánek; I = sexuální; J = jiné – upřesněte.

- 0 = Žádné známky jakéhokoli z těchto problémů během hodnoceného období.
- 1 = Pouze malé problémy.
- 2 = Problém je klinicky přítomen v nízké míře (např. pacient má nad ním určitý stupeň kontroly).
- 3 = Občasný prudký záchvat nebo zhoršení stavu se ztrátou kontroly (např. musí se vyhýbat situacím způsobujícím úzkost, zavolat souseda na pomoc atd.); tj. středně závažný problém.
- 4 = Závažný problém, který výrazně ovlivňuje většinu činností.

9. Problémy se vztahy

Hodnoťte pacientův nejzávažnější problém spojený se stažením se ze sociálních vztahů nebo problém s nepříznivými, destruktivními nebo sebepoškozujícími vztahy.

- 0 = Žádný významný problém během hodnoceného období.
- 1 = Malý problém, nemá klinickou povahu.
- 2 = Určitý problém v navazování nebo udržování podpůrných vztahů, pacient si stěžuje nebo jsou problémy zjevné pro okolí.
- 3 = Přetrvávající závažné problémy kvůli aktivnímu nebo pasivnímu vyhýbání se sociálním vztahům nebo kvůli vztahům, které neposkytují dostatečné uspokojení nebo podporu.
- 4 = Závažná a těžce snášená sociální izolace kvůli neschopnosti komunikovat s lidmi nebo kvůli vyhýbání se sociálním vztahům.

10. Problémy s každodenními činnostmi

Hodnoťte celkovou úroveň provádění každodenních činností (např. problémy se základními činnostmi sebeobsluhy jako je jídlo, umývání, oblékání, chození na toaletu; rovněž komplexní dovednosti, jako je vycházení s penězi, hledání bydlení, zaměstnání a rekreace, mobilita a používání dopravních prostředků, nakupování, vlastní rozvoj atd.).

Patří sem jakýkoli nedostatek motivace využívat příležitostí pomoci si vlastními silami, což přispívá k celkově nižší úrovni.

Nepatří sem nedostatek příležitostí k procvičování neporušených schopností a dovedností, což se hodnotí v položce 11 a 12.

- 0 = Žádný problém během hodnoceného období; dobrá schopnost fungovat ve všech oblastech.
- 1 = Pouze malé problémy (např. nepořádkost, špatná organizace).
- 2 = Přiměřená péče o sebe, ale vážný nedostatek ve vykonávání jedné nebo více komplexních dovedností (viz výše).





3 = Větší problém v jedné nebo více oblastech péče o sebe (jídlo, umývání, oblékání, používání toalety), stejně jako větší neschopnost vykonávat několik komplexních dovedností.

4 = Závažná neschopnost nebo nezpůsobilost ve všech nebo téměř ve všech oblastech péče o sebe a komplexních dovednostech.

11. Problémy s podmínkami bydlení

Hodnoťte celkovou závažnost problémů s kvalitou podmínek bydlení a běžným každodenním životem.

Jsou splněny základní životní potřeby (teplo, světlo, hygiena)? Pokud ano, je k dispozici pomoc, aby se pacient vyrovnal se svým postižením a má nabídku možností, jak využívat své schopnosti a rozvíjet nové?

Nehodnoťte míru neschopnosti provádět činnosti, která se hodnotí v položce 10.

Pozn.: Hodnoťte prostředí, ve kterém je pacient obvykle ubytován. Pokud je na akutním oddělení, hodnoťte jeho bydlení doma. Pokud nejsou informace k dispozici, hodnoťte jako 9.

0 = Bydlení a životní podmínky jsou přijatelné; v těchto podmínkách mají problémy hodnocené v položce 10 minimální dopad, podmínky podporují svépomoc.

1 = Bydlení je celkem přijatelné, přestože existují menší nebo přechodné problémy (např. umístění bytu není ideální, přál si něco jiného, nechutná mu strava atd.).

2 = Výrazný problém s jedním nebo více aspekty ubytování nebo režimem (např. omezené rozhodování; personál nebo členové domácnosti neví, jak zlepšit soběstačnost).

3 = Zatěžující četné problémy s bydlením (např. chybí základní životní nezbytnosti); domácí prostředí má minimální nebo žádné vybavení pro zvýšení pacientovy nezávislosti.

4 = Ubytování je nepříjemné (např. nedostatek základních životních nezbytností, pacientovi hrozí vystěhování nebo nemá „střechu nad hlavou“ nebo jsou životní podmínky jiným způsobem nesnesitelné), což zhoršuje pacientovy problémy.

12. Problémy se zapojením se a dalšími činnostmi

Hodnoťte celkovou míru problémů s kvalitou denního prostředí. Existuje pomoc, aby se pacient vyrovnal se svým postižením, a příležitosti k udržení nebo zlepšení pracovních a rekreačních schopností a činností?

Zohledněte faktory, jako je stigma, nedostatek kvalifikovaného personálu, přístup k podpůrným zařízením (např. personální zajištění a vybavení denních center, dílny, společenské kluby atd.).

Nehodnoťte míru neschopnosti provádět činnosti, která se hodnotí v položce 10.

Pozn.: Hodnoťte pacientovu obvyklou situaci. Pokud je na akutním oddělení, hodnoťte jeho činnosti během období před přijetím. Pokud nejsou informace k dispozici, hodnoťte jako 9.

0 = Pacientovo denní prostředí je přijatelné; v tomto prostředí mají problémy hodnocené v položce 10 minimální dopad, prostředí podporuje svépomoc.

1 = Drobné nebo dočasné problémy (např. dostává pozdě dávky); k dispozici jsou přiměřená zařízení, ne však vždy v požadovanou dobu atd.





2 = Omezený výběr aktivit; nedostatek přiměřené tolerance (např. nespravedlivě odmítnutý přístup do veřejné knihovny nebo bazénu atd.); znevýhodněn, protože nemá trvalé bydliště nebo nedostatečnou pečovatelskou službu nebo profesionální podporu, nebo je vhodné denní zařízení k dispozici, avšak pouze na velmi omezený čas.

3 = Zřetelný nedostatek odborných služeb, které by pomohly minimalizovat úroveň stávající nezpůsobilosti; žádné příležitosti k využití neporušených schopností nebo získání nových; obtížný přístup k laické pomoci.

4 = Nedostatek jakýchkoli příležitostí k denním aktivitám zhoršuje pacientovy problémy.

Text hodnotících kritérií byl převzat z publikace Pěč, O.; Šelepová, P.; Čechová, D.; Pěčová, J.; Dragomírecká, E.; Probstová, V.; Bubela, M.: HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu (Péče o duševní zdraví – Metody hodnocení). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2007. ISBN 978-80-254-1182-7 za laskavého svolení jejích autorů





Příloha 2: m-GAF

Škálovací kritéria m-GAF (R)

Použijte kritéria níže k určení současného funkčního stavu jednotlivce.

90 Příznaky chybějí nebo jsou minimální, není zhoršené fungování.

Kritéria skupiny H:

- Absence nebo minimum příznaků (např. malá úzkost před zkouškou).
- Fungování ve všech oblastech života a spokojenost se životem.
- Zájem a zapojení do široké škály činností.
- Sociální zdatnost.

88–90 Žádné psychologické příznaky a žádné potíže ve fungování v běžném životě.

84–87 Minimum příznaků a bez potíží ve fungování v běžném životě.

81–83 Minimum příznaků a některé potíže ve fungování v běžném životě.

80 Přechodné mírné příznaky nebo dočasné mírné potíže ve fungování.

Kritéria skupiny G:

- Jsou přítomny mírné příznaky, ale jsou přechodné a očekávatelné jako reakce na psychosociální zátěž (např. potíže se soustředěním po rodinné hádce).
- Mírné obtíže ve fungování v sociálních kontaktech, v práci nebo ve škole (např. přechodné vynechávání docházky do školy nebo práce).

78–80 BUĎ mírný/mírné příznak/příznaky, NEBO lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

74–77 Mírné zhoršení ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní).

71–73 PŘÍTOMNOST mírných příznaků A lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

70 Trvalé mírné příznaky nebo trvalé mírné potíže ve fungování

Kritéria skupiny F:

- Mírné příznaky, které NEJSOU předpokladatelnou reakcí na psychosociální zátěž (např. mírná nebo zhoršená deprese a/nebo mírná nespavost).
- Přetrvávající potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování (např. občasné záškoláctví, krádeže v rodině nebo opakované selhávání výkonnosti ve škole nebo v práci).
- ALE klient má nějaké smysluplné mezilidské vztahy.

68–70 BUĎ mírné přetrvávající příznaky, NEBO mírné obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

64–67 Mírné přetrvávající obtíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní).

61–63 Přetrvávají mírné příznaky A jsou přítomny potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

60 Středně těžké příznaky nebo středně těžké poškození ve fungování





Kritéria skupiny E:

- Středně těžké příznaky (např. častá středně těžká depresivní nálada a nespavost a/nebo středně těžká nerozhodnost (ulpívavost) a obsese (neodbytné myšlenky) nebo příležitostné úzkostné ataky, nebo plochá afektivita nebo nepřiléhavá řeč, nebo problémy se stravováním (ohrožení podvýživou) bez přítomnosti deprese.

58–60 BUĎ projevy středně těžké depresivní nálady, NEBO středně těžké obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

54–57 Středně těžké potíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní).

51–53 PŘÍTOMNOST středně závažných příznaků A středně závažné selhávání v sociální, pracovní nebo školní oblasti.

50 Vážné příznaky nebo vážné poškození fungování

Kritéria skupiny D:

- Vážné selhávání v práci, ve škole nebo v domácnosti (pokud je klient žena/muž v domácnosti), např. neschopnost udržet si práci nebo studium, selhávání ve škole nebo neschopnost starat se o rodinu a domácnost.
- Časté problémy se zákonem (např. časté krádeže, zatčení) nebo příležitostné agresivní chování.
- Vážné selhávání ve vztazích s přáteli (např. žádní nebo málo přátel nebo „ohrožující přátelé“).
- Vážné poškození v úsudku (zahrnuje neschopnost učinit rozhodnutí, zmatenost, dezorientace).
- Vážné poškození v myšlení (zahrnuje rigidní myšlenky s neschopností změnit postoj učení, zkreslené vnímání vlastního těla, vztahovačnost).
- Vážné zhoršení nálady (zahrnuje setrvalou depresivní náladu s pocity bezmoci a beznaděje nebo agitovanost /neklid nebo manickou náladu).
- Vážné selhávání v důsledku úzkosti (panické ataky, ochromující úzkost).
- Další příznaky: halucinace, bludy, těžké nutkavé rituály.
- Pasivní sebevražedné myšlenky (bez tendence a plánů k jejich realizaci).

48–50 1 kritérium ze skupiny D

44–47 2 kritéria ze skupiny D

41–43 3 kritéria ze skupiny D

40 Výrazné zhoršení v několika oblastech fungování

Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“

38–40 4 kritéria ze skupiny D

34–37 5 kritérií ze skupiny D

31–33 6 kritérií ze skupiny D

30 Neschopnost fungovat téměř ve všech oblastech.

Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“ +

- Pasivní sebevražedné myšlenky (bez tendence a plánů k jejich realizaci) nebo mírné sebepoškozování (např. poranění zápěstí), které nevyžaduje lékařské ošetření.





Kritéria skupiny C:

- BUĎ neodbytné myšlenky na sebevraždu, NEDO sebevražedné myšlenky s přípravou realizace,
- NEBO chování výrazně ovlivněné bludy a halucinacemi,
- NEBO vážné zhoršení v komunikaci (někdy nesouvislé, nepatřičně působící, NEBO hluboce depresivně stuporózní – nereagující na okolí).

28–30 7 kritérií ze skupiny D

24–27 8 kritérií ze skupiny D

20–23 9 kritérií ze skupiny D

21 1 kritérium ze skupiny C

20 Utrpení z nedostatku péče nebo nebezpečí poranění (poškození) sebe nebo druhých.

Kritéria skupiny B:

- Sebevražedné pokusy bez jasného záměru zemřít.
- Vážné násilné chování či sebepoškozování.
- Závažné manické rozrušení či významná agitovanost (neklid) a impulzivita.
- Výpadky v udržování i té minimální osobní hygieny (např. průjmy v důsledku užití projímadel, zašpinění od výkalů)
- Naléhavé/akutní přijetí na psychiatrii.
- Ohrožení v důsledku tělesných potíží (např. vážná anorexie či bulimie a spontánní zvracení nebo nadměrné užívání projímadel, močopudných léků či přípravků na hubnutí, ale bez srdečního nebo ledvinového selhávání, dehydratace nebo dezorientace).

18–20 1–2 kritéria ze skupiny B

14–17 3–4 kritéria ze skupiny B

11–13 5–6 kritérií ze skupiny B

10 Bezprostřední nebezpečí ze zanedbání péče nebo sebepoškození

Kritéria skupiny A:

- Vážné sebevražedné chování s jasným záměrem zemřít (např. pobodání se, pokus o zastřelení se či oběšení nebo předávkování bez očekávání, že jej někdo nalezne).
- Četné vážné násilí vůči druhým nebo sebemrzačení.
- Extrémní manické rozrušení či extrémní agitovanost (neklid) a impulzivita (např. divoce křičí, rozpáře matrace).
- Přetrvávající neschopnost zajistit minimální hygienu.
- Naléhavé/akutní přijetí na psychiatrii.
- Bezprostřední a vážné ohrožení v důsledku tělesných potíží (např. anorexie či bulimie se srdečním nebo ledvinovým selháním).

8–10 1–2 kritéria ze skupiny A

4–7 3–4 kritéria ze skupiny A 1–3

0 5–6 kritérií ze skupiny A

m-GAF (R) – převzato v roce 2004 Florida DCF Functional Assessment Workgroup z S. Caldecott-Hazard & R.C.W. Hall, 1995.





Příloha 3: AQoL-8D

AQoL-8D – Assessment of Quality of Life

Hodnocení kvality života související se zdravím

Dotazník AQoL mohou klienti vyplnit na počítači nebo v tištěné formě.

Vyberte odpověď, která nejlépe charakterizuje vaši situaci **v posledním týdnu**

1 Kolik energie máte na činnosti, kterým se chcete věnovat?

- ☐ Vždy jsem plný/á energie
- ☐ Většinou jsem plný/á energie
- ☐ Někdy jsem plný/á energie
- ☐ Většinou jsem unavený/á a bez energie
- ☐ Vždy jsem unavený/á a bez energie

2 Jak často se cítíte vyloučený/á ze společnosti nebo opomenutý/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Vždy

3 Jak snadné či obtížné je pro vás pohybovat se samostatně mimo váš domov (např. jít na nákupy, na návštěvu)?

- ☐ Pohybovat se samostatně mimo domov je příjemné a snadné
- ☐ Nemám žádné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Mám mírné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Mám střední obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Mám výrazné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Bez cizí pomoci se nemohu samostatně pohybovat mimo domov

4 Ovlivňuje zdraví vaše role v komunitě (např. v místě vašeho bydliště, ve sportovních, církevních či kulturních aktivitách)?

- ☐ Moje role v komunitě nejsou ovlivněny mým zdravím
- ☐ Některé své role v komunitě nemohu vykonávat
- ☐ Mnoho svých rolí v komunitě nemohu vykonávat
- ☐ Žádné své role v komunitě nemohu vykonávat

5 Jak často se cítíte smutný/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Obvykle
- ☐ Téměř vždy





6 Jak často cítíte silnou bolest?

- ☐ Velmi zřídka
- ☐ Méně než jednou týdně
- ☐ Jednou či dvakrát týdně
- ☐ Tříkrát či čtyřikrát týdně
- ☐ Téměř neustále

7 Jak moc si důvěřujete?

- ☐ Zcela
- ☐ Velmi
- ☐ Středně
- ☐ Trochu
- ☐ Vůbec

8 Cítíte se obvykle klidný/á a v pohodě, nebo rozrušený/á?

- ☐ Jsem vždy klidný/á a v pohodě
- ☐ Jsem obvykle klidný/á a v pohodě
- ☐ Jsem někdy klidný/á a v pohodě, někdy rozrušený/á
- ☐ Jsem obvykle rozrušený/á
- ☐ Jsem vždy rozrušený/á

9 Ovlivňuje Vaše zdraví vztahy s rodinou?

- ☐ Moje role v rodině nejsou ovlivněny mým zdravím
- ☐ Některé své role v rodině nemohu vykonávat
- ☐ Mnoho svých rolí v rodině nemohu vykonávat
- ☐ Žádné své role v rodině nemohu vykonávat

10 Jak uspokojivé jsou vaše blízké vztahy (s přáteli a rodinou)?

- ☐ Velmi uspokojivé
- ☐ Uspokojivé
- ☐ Ani uspokojivé, ani neuspokojivé
- ☐ Neuspokojivé
- ☐ Nepříjemné
- ☐ Velmi nepříjemné

11 Jak dobře dokážete komunikovat s ostatními (mluvení, znaková řeč, posílání zpráv, vzájemné pochopení)?

- ☐ Nemám žádné problémy být pochopen
- ☐ Mám určité obtíže být pochopen lidmi, kteří mě neznají
- ☐ Chápou mě pouze lidé, kteří mě znají
- ☐ Nejsem schopen dobře komunikovat s ostatními





12 Jak často máte potíže se spánkem?

- ☐ Nikdy
- ☐ Téměř nikdy
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Vždy

13 Jak často se cítíte bezcenný/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Téměř nikdy
- ☐ Občas
- ☐ Obvykle
- ☐ Neustále

14 Jak často se cítíte rozzlobený/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Téměř nikdy
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále

15 Jak snadný nebo obtížný je pro vás pohyb (s využitím jakýchkoli pomůcek nebo zařízení, které potřebujete, například vozík, chodítko nebo hůl)?

- ☐ Jsem velmi pohyblivý/á
- ☐ Nemám žádné obtíže s pohybem
- ☐ Pohyb mi trochu činí obtíže (například chůze do kopce)
- ☐ Pohyb mi činí obtíže, ujdu pouze krátkou vzdálenost
- ☐ Pohyb mi činí velké obtíže, potřebuji pomoc ostatních
- ☐ Jsem upoután/a na lůžko

16 Máte někdy nutkání si ublížit?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále

17 Jak moc pociťujete nadšení?

- ☐ Nesmírně
- ☐ Velmi
- ☐ Trochu
- ☐ Ne moc
- ☐ Vůbec





18 Jak často jste měl/a obavy v uplynulých 7 dnech?

- ☐ Nikdy
- ☐ Příležitostně
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále

19 Jak obtížné je pro vás se umýt, jít na toaletu, obléci se, najíst se nebo pečovat o svůj zevnějšek?

- ☐ Vykonávat tyto činnosti je pro mě velmi snadné
- ☐ Nemám skutečné potíže vykonávat tyto činnosti
- ☐ Vykonávat některé z těchto činností je pro mě obtížné, ale zvládám je sám/sama
- ☐ Mnoho z těchto činností je pro mě obtížných a potřebuji s nimi pomoc
- ☐ Vůbec tyto činnosti nemohu vykonávat sám/sama

20 Jak často se cítíte šťastný/á?

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Občas
- ☐ Téměř nikdy
- ☐ Nikdy

21 Jak moc si myslíte, že se dokážete vypořádat s životními problémy?

- ☐ Zcela
- ☐ Většinou
- ☐ Částečně
- ☐ Velmi málo
- ☐ Vůbec

22 Jak velkou bolest či nepohodlí pociťujete?

- ☐ Žádnou/é
- ☐ Mám mírné bolesti
- ☐ Trpím silnými bolestmi
- ☐ Trpím nesnesitelnými bolestmi

23 Jak moc si užíváte vztahy s blízkými (rodinou a přáteli)?

- ☐ Nesmírně
- ☐ Velmi
- ☐ Trochu
- ☐ Nemnoho
- ☐ Nesnesu je





24 Jak často bolest zasahuje do Vašich běžných aktivit?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Vždy

25 Jak často cítíte potěšení?

- ☐ Neustále
- ☐ Obvykle
- ☐ Občas
- ☐ Téměř nikdy
- ☐ Nikdy

26 Jak moc se cítíte být přítěží pro ostatní?

- ☐ Vůbec
- ☐ Trochu
- ☐ Středně
- ☐ Velice
- ☐ Naprosto

27 Jak spokojený/á jste se svým životem?

- ☐ Naprosto
- ☐ Převážně
- ☐ Středně
- ☐ Trochu
- ☐ Vůbec

28 Jak dobře vidíte (při využití brýlí či kontaktních čoček, pokud je potřebujete)?

- ☐ Mám výborný zrak
- ☐ Vidím normálně
- ☐ Mám určité potíže vidět věci ostře (např. malé písmo, objekty v dálce nebo při sledování televize)
- ☐ Mám velké potíže vidět věci ostře
- ☐ Vidím jenom obrysy
- ☐ Jsem úplně slepý/á

29 Jak často cítíte, že máte svůj život pod kontrolou?

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Občas
- ☐ Jen někdy
- ☐ Nikdy





30 Kolik pomoci potřebujete s domácími pracemi (například příprava jídla, úklid, údržba zahrady)?

- ☐ Zvládám tyto činnosti zcela snadno bez jakékoli pomoci
- ☐ Zvládám tyto činnosti poměrně snadno bez jakékoli pomoci
- ☐ Zvládám tyto činnosti bez pomoci jen velmi pomalu
- ☐ Nezvládám většinu z těchto činností, pokud mi někdo nepomůže
- ☐ Nezvládám bez pomoci žádnou z těchto činností

31 Jak často se cítíte osamocený?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále

32 Jak dobře slyšíte (i s použitím naslouchátka, pokud jej potřebujete)?

- ☐ Mám výborný sluch
- ☐ Slyším normálně
- ☐ Mám určité potíže slyšet nebo neslyším jasně (například když je v pozadí hluk)
- ☐ Mám potíže slyšet věci jasně. Často nerozumím tomu, co bylo řečeno. Většinou se neúčastním konverzací, protože neslyším, o čem se mluví
- ☐ Slyším velmi špatně
- ☐ Jsem úplně hluchý/á

33 Jak často se cítíte depresivně?

- ☐ Nikdy
- ☐ Téměř nikdy
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Velmi často
- ☐ Neustále

34 Jak moc jste šťastný/á ve svých blízkých a intimních vztazích?

- ☐ Velmi šťastný/á
- ☐ Celkově šťastný/á
- ☐ Ani šťastný/á ani nešťastný/á
- ☐ Celkově nešťastný/á
- ☐ Velmi nešťastný/á

35 Jak často jste se v uplynulých sedmi dnech cítil/a zoufalý/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Příležitostně
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále





Příloha 4: AQoL-6D

AQoL-6D – Assessment of Quality of Life

Hodnocení kvality života související se zdravím

Dotazník AQoL mohou klienti vyplnit na počítači nebo v tištěné formě.

Vyberte odpověď, která nejlépe charakterizuje vaši situaci **v posledním týdnu**

1 Kolik pomoci potřebujete s domácími pracemi (například příprava jídla, úklid, údržba zahrady)?

- ☐ Zvládám tyto činnosti zcela snadno bez jakékoli pomoci
- ☐ Zvládám tyto činnosti poměrně snadno bez jakékoli pomoci
- ☐ Zvládám tyto činnosti bez pomoci jen velmi pomalu
- ☐ Nezvládám většinu z těchto činností, pokud mi někdo nepomůže
- ☐ Nezvládám bez pomoci žádnou z těchto činností

2 Jak snadné či obtížné je pro vás pohybovat se samostatně mimo váš domov (např. jít na nákupy, na návštěvu)?

- ☐ Pohybovat se samostatně mimo domov je příjemné a snadné
- ☐ Nemám žádné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Mám mírné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Mám střední obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Mám výrazné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- ☐ Bez cizí pomoci se nemohu samostatně pohybovat mimo domov

3 Jak snadný nebo obtížný je pro vás pohyb (s využitím jakýchkoli pomůcek nebo zařízení, které potřebujete, například vozík, chodítko nebo hůl)?

- ☐ Jsem velmi pohyblivý/á
- ☐ Nemám žádné obtíže s pohybem
- ☐ Pohyb mi trochu činí obtíže (například chůze do kopce)
- ☐ Pohyb mi činí obtíže, ujdu pouze krátkou vzdálenost
- ☐ Pohyb mi činí velké obtíže, potřebuji pomoc ostatních
- ☐ Jsem upoután/a na lůžko

4 Jak obtížné je pro vás se umýt, jít na toaletu, obléci se, najíst se nebo pečovat o svůj zevnějšek?

- ☐ Vykonávat tyto činnosti je pro mě velmi snadné
- ☐ Nemám skutečné potíže vykonávat tyto činnosti
- ☐ Vykonávat některé z těchto činností je pro mě obtížné, ale zvládám je sám/sama
- ☐ Mnoho z těchto činností je pro mě obtížných a potřebuji s nimi pomoc
- ☐ Vůbec tyto činnosti nemohu vykonávat sám/sama

5 Jak moc jste šťastný/á ve svých blízkých a intimních vztazích?

- ☐ Velmi šťastný/á
- ☐ Celkově šťastný/á
- ☐ Ani šťastný/á ani nešťastný/á
- ☐ Celkově nešťastný/á
- ☐ Velmi nešťastný/á





6 Ovlivňuje Vaše zdraví vztahy s rodinou?

- ☐ Moje role v rodině nejsou ovlivněny mým zdravím
- ☐ Některé své role v rodině nemohu vykonávat
- ☐ Mnoho svých rolí v rodině nemohu vykonávat
- ☐ Žádné své role v rodině nemohu vykonávat

7 Ovlivňuje zdraví vaše role v komunitě (např. v místě vašeho bydliště, ve sportovních, církevních či kulturních aktivitách)?

- ☐ Moje role v komunitě nejsou ovlivněny mým zdravím
- ☐ Některé své role v komunitě nemohu vykonávat
- ☐ Mnoho svých rolí v komunitě nemohu vykonávat
- ☐ Žádné své role v komunitě nemohu vykonávat

8 Jak často jste se v uplynulých sedmi dnech cítil/a zoufalý/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Příležitostně
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále

9 Jak často jste měl/a obavy v uplynulých 7 dnech?

- ☐ Nikdy
- ☐ Příležitostně
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Neustále

10 Jak často se cítíte smutný/á?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Obvykle
- ☐ Téměř vždy

11 Cítíte se obvykle klidný/á a v pohodě, nebo rozrušený/á?

- ☐ Jsem vždy klidný/á a v pohodě
- ☐ Jsem obvykle klidný/á a v pohodě
- ☐ Jsem někdy klidný/á a v pohodě, někdy rozrušený/á
- ☐ Jsem obvykle rozrušený/á
- ☐ Jsem vždy rozrušený/á





12 Kolik energie máte na činnosti, kterým se chcete věnovat?

- ☐ Vždy jsem plný/á energie
- ☐ Většinou jsem plný/á energie
- ☐ Někdy jsem plný/á energie
- ☐ Většinou jsem unavený/á a bez energie
- ☐ Vždy jsem unavený/á a bez energie

13 Jak často cítíte, že máte svůj život pod kontrolou?

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Občas
- ☐ Jen někdy
- ☐ Nikdy

14 Jak moc si myslíte, že se dokážete vypořádat s životními problémy?

- ☐ Zcela
- ☐ Většinou
- ☐ Částečně
- ☐ Velmi málo
- ☐ Vůbec

15 Jak často cítíte silnou bolest?

- ☐ Velmi zřídka
- ☐ Méně než jednou týdně
- ☐ Jednou či dvakrát týdně
- ☐ Třikrát či čtyřikrát týdně
- ☐ Téměř neustále

16 Jak velkou bolest či nepohodlí pociťujete?

- ☐ Žádnou/é
- ☐ Mám mírné bolesti
- ☐ Trpím silnými bolestmi
- ☐ Trpím nesnesitelnými bolestmi

17 Jak často bolest zasahuje do Vašich běžných aktivit?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka
- ☐ Občas
- ☐ Často
- ☐ Vždy





18 Jak dobře vidíte (při využití brýlí či kontaktních čoček, pokud je potřebujete)?

- ☐ Mám výborný zrak
- ☐ Vidím normálně
- ☐ Mám určité potíže vidět věci ostře (např. malé písmo, objekty v dálce nebo při sledování televize)
- ☐ Mám velké potíže vidět věci ostře
- ☐ Vidím jenom obrysy
- ☐ Jsem úplně slepý/á

19 Jak dobře slyšíte (i s použitím naslouchátka, pokud jej potřebujete)?

- ☐ Mám výborný sluch
- ☐ Slyším normálně
- ☐ Mám určité potíže slyšet nebo neslyším jasně (například když je v pozadí hluk)
- ☐ Mám potíže slyšet věci jasně. Často nerozumím tomu, co bylo řečeno. Většinou se neúčastním konverzací, protože neslyším, o čem se mluví
- ☐ Slyším velmi špatně
- ☐ Jsem úplně hluchý/á

20 Jak dobře dokážete komunikovat s ostatními (mluvení, znaková řeč, posílání zpráv, vzájemné pochopení)?

- ☐ Nemám žádné problémy být pochopen
- ☐ Mám určité obtíže být pochopen lidmi, kteří mě neznají
- ☐ Chápou mě pouze lidé, kteří mě znají
- ☐ Nejsem schopen dobře komunikovat s ostatními





Příloha 5: SKPS

Identifikační údaje respondenta

1. Rodinný stav:

Svobodná/ý bez stálého partnera /partnerky	0
Svobodná/ý se stálým partnerem /partnerkou	1
Vdaná/Ženatý	2
Rozvedená/ý	3
Vdova/Vdovec	4

Instrukce pro tazatele: Rozvedený se stálým partnerem kódujte jako 1.

2. Národnost:

Česká	0
Slovenská	1
Ukrajinská	2
Vietnamská	3
Jiná	4

Bydlení a práce

3. Kde/v jakém typu zařízení v současné době bydlíte? Uveďte nejčastější.

Vlastní byt/dům	0	Domov pro seniory	8
V bytě/domě příbuzných/známých	1	Domov pro osoby se zdravotním postižením	9
Nájem od soukromé osoby	2	Ubytovna	10
Nájem obecního bytu	3	Noclehárna	11
Chráněné bydlení	4	Bez domova	12
Azylový dům	5	Dlouhodobá hospitalizace (více než 1 rok)	13
Domov se zvláštním režimem	6	Sociální bydlení (včetně podpory samostatného bydlení)	14
Dům na půli cesty	7		
Jiné (uveďte):			15

Instrukce pro tazatele: Čerpání podpory sociálního pracovníka je podmínka sociálního bydlení, není to např. startovací byt nebo „sociální“ byt apod., které některé obce také už leta mají; mezi „jiné“ uvádějte např. sociální rehabilitace – pobytová forma, tréninkový byt v rámci PN, sociální lůžka.





4. Aktuální situace v pracovní oblasti:

Dobrovolnická činnost	0	Chráněný pracovní trh + otevřený trh (méně než 20 hodin týdně)	6
Chráněný pracovní trh	1	Dobrovolnická činnost + otevřený trh (více než 20 hodin týdně)	7
Otevřený trh (méně než 20 hodin týdně)	2	Chráněný pracovní trh + otevřený trh (více než 20 hodin týdně)	8
Otevřený trh (více než 20 hodin týdně)	3	Dobrovolnická činnost + chráněný pracovní trh + otevřený trh (méně než 20 hodin týdně)	9
Dobrovolnická činnost + chráněný pracovní trh	4	Dobrovolnická činnost + chráněný pracovní trh + otevřený trh (více než 20 hodin týdně)	10
Dobrovolnická činnost + otevřený trh (méně než 20 hodin týdně)	5	Bez dobrovolnické či pracovní činnosti	11

5. Uveďte celkový počet odpracovaných hodin za uplynulé 3 kalendářní měsíce (týká se výdělečné práce, nikoli dobrovolnictví):

Vypište: _____

6. Jaký byl Váš celkový čistý měsíční příjem za uplynulý kalendářní měsíc?

0 – 2 500 Kč	0	15 001 – 20 000 Kč	4
2 501 – 5 000 Kč	1	20 001 – 25 000 Kč	5
5 001 – 10 000 Kč	2	25 001 – 30 000 Kč	6
10 001 – 15 000 Kč	3	30 001 Kč a více	7

7. Zahrnuje Vámi uvedený čistý příjem nějaký mimořádný příjem (např. zisk z prodeje/investice, zpětně vyplacené dávky, jednorázový sociální příspěvek)?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8a. Čerpal jste v uplynulém měsíci starobní důchod?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---





8b. Čerpal jste v uplynulém měsíci invalidní důchod?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8c. Čerpal jste v uplynulém měsíci podporu v nezaměstnanosti?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8d. Čerpal jste v uplynulém měsíci nemocenskou?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8e. Čerpal jste v uplynulém měsíci příspěvek na živobytí?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8f. Čerpal jste v uplynulém měsíci příspěvek na péči?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8g. Čerpal jste v uplynulém měsíci příspěvek na bydlení?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8h. Čerpal jste v uplynulém měsíci příspěvky na dítě?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8i. Čerpal jste v uplynulém měsíci doplatek na bydlení?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

8j. Čerpal jste v uplynulém měsíci mimořádnou okamžitou pomoc?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---





Příjem služeb

9. Kolik dní jste byl v posledních 90 dnech hospitalizován/a v některém z následujících typů zařízení?

	Počet dní
A) Psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice	
B) Psychiatrická léčebna/nemocnice – příjmové oddělení (včetně center krizové intervence)	
C) Psychiatrická léčebna/nemocnice – oddělení následné péče	
D) Všeobecná nemocnice z důvodu psychiatrické diagnózy	

10.–27. Využil/a jste v posledních 30 dnech některé z následujících forem péče a služeb?

	Kolikrát za posledních 30 dní	Jak dlouho tato intervence průměrně trvala (v minutách)
10. Individuální intervence psychologa v rámci hospitalizace		
11. Individuální intervence psychologa v rámci komunitní péče		
12. Individuální intervence psychiatra v rámci hospitalizace		
13. Individuální intervence psychiatra v rámci komunitní péče		
14. Individuální intervence sociálního pracovníka v rámci hospitalizace – poradenství, případové vedení		
15. Individuální intervence sociálního pracovníka v rámci komunitní péče – poradenství, případové vedení		
16. Jiná individuální práce v rámci hospitalizace – fyzioterapie, kinezioterapie, tréninkové aktivity, nácviky		
17. Jiná individuální práce v rámci komunitní péče – fyzioterapie, kinezioterapie, tréninkové aktivity, nácviky		
18. Skupinová práce v rámci hospitalizace – komunity, terapeutické skupiny, psychoedukace, nácvikové dílny, sociální rehabilitace		





19. Skupinová práce v rámci komunitní péče – denní stacionář, centrum denních aktivit, sociálně-terapeutické dílny		
20. Krizová intervence, včetně telefonické a chatové (online) krizové intervence, v rámci hospitalizace		
21. Krizová intervence, včetně telefonické a chatové (online) krizové intervence, v rámci komunitní péče		
22. Výjezd asertivního multidisciplinárního týmu		
23. Neformální péče rodiny		
24. Neformální péče církevní instituce apod.		
25. Pečovatelská služba		
26. Svépomocná skupina		
27. Volnočasové a společenské aktivity (divadlo, koncert, výstava, skupinový výlet aj.)		

Kontakt s trestně právními institucemi

28. Kolikrát jste byl/a v posledních 30 dnech v kontaktu s Policií ČR?

Vypište: _____

29. Kolikrát jste v posledních 30 dnech strávil noc na Protialkoholní záchytné stanici?

Vypište: _____

30. Kolikrát jste byl/a v posledních 30 dnech v kontaktu s Probační a mediační službou ČR (PMS ČR)?

Vypište: _____

31. Kolikrát jste v posledních 30 dnech strávil noc ve vazbě nebo vězení?

Vypište: _____

32. Kolikrát jste byl/a v posledních 30 dnech na stání u soudu?

Vypište: _____

Užívané léky

33. Užíváte v současné době depotní léky?

Instrukce pro tazatele: Uveďte do poznámky na konci dotazníku název léku, množství účinné látky v mg a interval užívání léku v týdnech.

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

34. Užíváte v současné době nedepotní psychiatrické léky?

Instrukce pro tazatele: Uveďte do poznámky název léku a celkovou denní dávku v mg.

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---





Jiná onemocnění

Trpíte v současné době některou z následujících chorob?

Tím myslíme, že Vám lékař řekl, že trpíte touto chorobou a že se s touto chorobou v současné době léčíte nebo že Vás tato choroba sužuje.

35a. Kardiovaskulární onemocnění (infarkt, vysoký krevní tlak, mozková mrtvice aj.)?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35b. Onemocnění pohybové soustavy?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35c. Onemocnění trávicí soustavy?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35d. Onemocnění dýchacích cest?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35e. Porucha metabolismu (vysoká hladina cholesterolu aj.)?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35f. Diabetes?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35g. Porucha štítné žlázy?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

35h. Jiná chronická choroba? (uvést do poznámky)

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

Historie duševního onemocnění

36. Prvohospitalizace pro F dg. v posledních 3 letech (od prvního kontaktu):

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

37. Zahájení užívání antipsychotik v posledních 3 letech (od prvního kontaktu):

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---





38. Byl někdo z Vaší rodiny z prvního kolene (rodiče, sourozenci) diagnostikován pro psychózu?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

39. Byl někdo z Vaší rodiny z druhého kolene (ostatní příbuzní) léčen pro psychiatrickou nemoc?

Ano	1	Ne	0
-----	---	----	---

Verze SKPS byla vyvinuta v rámci projektu MERRPS.



Příloha 6: CAARMS

Comprehensive Assessment of At Risk Mental States

THE PACE CLINIC

University of Melbourne, Department of Psychiatry

Iniciály vyšetřovaného:	ID vyšetřovaného:
Datum:	Hodnotil:
Typ vyšetření: Baseline, po KBT, Monitorovací vizita č.	

Přehled CAARMS

Cíle

- Určit, zda daná osoba splňuje kritéria pro „rizikový duševní stav“.
- Vyloučit nebo potvrdit kritéria pro akutní psychózu.
- Mapovat rozsah psychopatologie a funkčních faktorů v průběhu času u mladých lidí ve velmi vysokém riziku psychózy.

Struktura

- Hodnocení se provádí na celé řadě subškál, zaměřuje se na různé oblasti psychopatologie a fungování. Z těchto hodnocení je poté možné získat informace týkající se výše uvedených cílů.

Přehled symptomů a fungování

Dlouhodobá změna:

- Při prvním rozhovoru (nikoli při následných vyšetřeních) je cílem CAARMS získat obecný přehled o historii změn od premorbidní úrovně u respondenta. Využity by měly být všechny dostupné informace.
- Zapište čas prvních zaznamenaných změn a věk respondenta v letech:
Datum:
Věk:
- Zapište první příznaky, které se objevily:
- Přehled průběhu od začátku – na časové ose (e.g.)
- Současná časová osa:





- Rodinná anamnéza psychózy u příbuzných prvního stupně? Ano Ne
Pokud ano, uveďte, kdo:
- Používání léků (v současnosti nebo v minulosti)?

Poznámka: Pro skupinu BLIPS datum ZAČÁTKU a KONCE musí být zaznamenáno pro každou epizodu zvlášť (nikoliv pouze první nástup potíží a poslední datum jejich ústupu), aby se bylo možné je posoudit podle kritérií BLIPS, příznaky nemohou trvat více než týden najednou.

Užitečné otázky

Jak často se to děje?
Kdy se to stalo naposledy?
Znemožňuje vám to něco udělat?
Kdy bylo to nejhorší?
Jaké to bylo v nejhorším bodě?
Co na to říkají vaši přátelé a rodina?
Jak moc vystresovaný jste byl?
Jak dlouho to trvá?
Vidí to jiní lidé stejným způsobem?
Můžete mi k tomu dát konkrétní příklad?
Změnilo to vaše chování v nějakém směru?





1. POZITIVNÍ SYMPTOMY

1.1 Neobvyklý myšlenkový obsah

Bludné ladění a zmatenost („nekrytalizované bludy“)

- Měl/a jste někdy pocit, že se děje něco zvláštního, co nedokážete vysvětlit? Co to bylo?
- Je něco, co Vám nejde na rozum? Jeví se vám dobře známé okolí podivně?
- Máte pocit, že jste se v něčem změnil/a?
- Máte pocit, že se svět nebo ostatní lidé v něčem změnili?

Bizarní bludy („krytalizované bludy“)

- **Vytvořené myšlenky, pocity, nutkání:** Máte pocit, že někdo nebo něco ovládá Vaše myšlenky, pocity, jednání či potřeby? Máte nutkání nebo pocity, které se nezdají být Vaše vlastní?
- **Prožitky pasivity:** Máte nějaké zvláštní tělesné pocity? Víte, co je způsobuje? Mohlo by to být kvůli ostatním lidem nebo vnějším silám?
- **Vkládání myšlenek:** Máte pocit, že Vám jsou vkládány do hlavy myšlenky nebo nápady, které nejsou Vaše vlastní? Jak víte, že nejsou vaše vlastní? Odkud pocházejí?
- **Odnímání myšlenek:** Měl/měla jste někdy pocit, že Vám jsou myšlenky odnímány z Vaší mysli? Jak se to děje?
- **Vysílání myšlenek:** Jsou Vaše myšlenky vysílány tak, že ostatní lidé mohou vědět, co si myslíte?
- **Čtení myšlenek:** Mohou Vám ostatní lidé číst myšlenky?

Vztahovačné myšlení (NE ve vztahu k podezřívavosti a perzekučním bludům)

- **Vztahovačné myšlení:** Máte pocit, že věci, které se dějí kolem Vás, mají nějaký zvláštní význam, nebo že se Vám ostatní lidé snaží předat zprávu? Jak to vypadá? Jak to začalo?





Stupnice hodnocení závažnosti

0 = nikdy	Žádný neobvyklý myšlenkový obsah.
1 = diskutabilní	Mírné rozpracování obvyklých představ přijatých částí populace.
2 = lehký	Vágní pocit, že něco je jinak, nebo že něco není správně. Pociť, že věci se změnily, ale bez schopnosti zřetelně jej vyjádřit. Pacient není touto zkušeností znepokojen.
3 = střední	Pocit zmatenosti. Silnější pocit nejistoty vztahující se k myšlenkám než u 2.
4 = středně těžký	Vztahovačné myšlenky, že některé objekty nebo lidé mají zvláštní význam. Pociť, že prožívání může pocházet zvenčí. Přesvědčení není nevyvratitelné, pacient je schopen jej zpochybnit. Nemá za následek změnu v chování. Může být asociováno s mírnou tísní.
5 = těžký	Neobvyklé myšlenky, které mají zcela originální a vysoce nepravděpodobný obsah. Pacient může zpochybňovat (nejsou pevná bludná přesvědčení), nebo nevěří celou dobu. Může mít za následek malé změny v chování.
6 = psychotický a těžký	Neobvyklé myšlenky se zcela originálním a vysoce nepravděpodobným obsahem s bludným přesvědčením. Může mít velký vliv na chování. Může vzbuzovat velkou tíseň.

Podklad pro hodnocení? _____

Datum počátku: _____ Datum ústupu: _____

Frekvence a trvání

0	žádný
1	méně než 1× za měsíc
2	1× za měsíc až 2× do týdne – méně než hodinu trvající událost
3	1× za měsíc až 2× do týdne – více než hodinu trvající událost NEBO 3–6× za týden – méně než hodinu trvající událost
4	3–6× za týden – více než hodinu trvající událost NEBO denně – méně než hodinu trvající událost
5	denně – více než hodinu trvající událost NEBO několikrát za den
6	neustále

Užíváte alkohol? A/N Užíváte drogy? A/N - Schéma symptomů?

0	1	2
nezaznamenán žádný vztah k užívání návykových látek	symptomy se objevují ve vztahu k užívání návykových látek	zaznamenáno pouze ve vztahu k užívání návykových látek

Míra tísně (ve vztahu k symptomům)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0
žádná tíseň

100
extrémní tíseň



1.2 Nebizarní bludy

Nebizarní bludy („krystalizované“)

- **Podezřívavost, perzekuční bludy** (může obsahovat vztahovačné myšlenky): Snaží se Vám někdo ublížit? Máte pocit, že o Vás lidé mluví, smějí se Vám nebo Vás pozorují? Jak to probíhá? Jak to víte?
- **Pocity viny:** Máte pocit, že si zasloužíte trest za něco, co jste udělal/a špatně?
- **Tělesné prožitky:** Máte pocit, že se s Vaším tělem děje něco zvláštního, co nedokážete vysvětlit? Co to je? Máte pocit, že se Vaše tělo nějakým způsobem změnilo, nebo že máte problém s tělesnými proporcemi?
- **Nihilistické bludy:** Měl/a jste někdy pocit, jako byste Vy (nebo nějaká Vaše část) neexistoval, nebo byl mrtvý? Měl/a jste někdy pocit, jako by svět neexistoval?
- **Religiózní bludy:** Jste velmi věřící? Máte nějaké náboženské zkušenosti?
- **Bludy velikášství:** Myslíte, že jste něčím obzvláště výjimečný, nebo že máte nějaké zvláštní schopnosti, které ostatní nemají?
- **Erotomanické bludy:** Je do Vás někdo zamilovaný? Jak to víte? Opětujete jeho/její city?
- **Žárlivecké bludy:** Jste žárlivá osoba? Bojíte se vztahů Vašeho partnera/Vaší partnerky s ostatními lidmi?



Stupnice hodnocení závažnosti

0 = nikdy	Žádné nebizarní bludy.
1 = diskutabilní	Nepatrné změny, které mohou být založené na realitě. Např. velmi nesmělý.
2 = lehký	Větší rozpačitost. Nebo pocit zvýšené důležitosti vlastní osoby. Pacient je schopen pochybovat. Např. pocit, že ostatní se na pacienta dívají nebo o něm mluví.
3 = střední	Zvláštní nebo neobvyklé myšlenky, jejichž obsah ale není zcela nevěrohodný – mohou mít nějaké logické vysvětlení. Lepší vysvětlení než u 4. Nemusí vyvolávat tíseň nebo změny v chování. Obsah myšlenek není originální, např. žárlivecké bludy, lehká paranoia
4 = středně těžký	Jasně idiosynkratické myšlenky, které, ačkoliv jsou „možné“, vznikly bez logického vysvětlení. Méně důkazů než u 3. Např. myšlenky, že ostatní si přejí pacientovi ublížit, což může být lehce vyloučeno. Myšlenky, že pacient má speciální schopnosti, což může být lehce vyloučeno. Může být asociováno s mírnou tísní.
5 = těžký	Neobvyklé myšlenky, o kterých může mít pochybnosti (nejsou pevná bludná přesvědčení), nebo kterým pacient nevěří celou dobu. Může mít za následek malé změny v chování. Může vzbuzovat hrůzu nebo tíseň.
6 = psychotický a těžký	Neobvyklé myšlenky se zcela originálním a vysoce nepravděpodobným obsahem s bludným přesvědčením (žádné pochybnosti). Může mít velký vliv na chování. Může vzbuzovat velkou tíseň.

Podklad pro hodnocení? _____

Datum počátku: _____

Datum ústupu: _____

Frekvence a trvání

0	žádný
1	méně než 1× za měsíc
2	1× za měsíc až 2× do týdne – méně než hodinu trvající událost
3	1× za měsíc až 2× do týdne – více než hodinu trvající událost NEBO 3–6× za týden – méně než hodinu trvající událost
4	3–6× za týden – více než hodinu trvající událost NEBO denně – méně než hodinu trvající událost
5	denně – více než hodinu trvající událost NEBO několikrát za den
6	neustále

Schéma symptomů?

0	1	2
nezaznamenán žádný vztah k užívání návykových látek	symptomy se objevují ve vztahu k užívání návykových látek	zaznamenáno pouze ve vztahu k užívání návykových látek



Míra tísně (ve vztahu k symptomům)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0

žádná tíseň

100

extrémní tíseň

1.3. Poruchy vnímání

Zrakové změny vnímání

- **Iluze:** Nastala nějaká změna v tom, jak se Vám věci jeví? Vypadají nějak jinak nebo zvláštně? Jsou barevnější nebo jasnější? Mají jinou velikost nebo jiné tvary? Vypadají, jako by se hýbaly?
- **Halucinace:** Máte vize, nebo vidíte věci, které ve skutečnosti nemohou být pravé? Vidíte někdy věci, které ostatní nevidí? Co vídáte? V tom okamžiku, kdy je vidíte, jak reálně vypadají? Uvědomujete si v tom okamžiku, že nejsou skutečné, nebo si to uvědomíte až později?

Sluchové změny vnímání

- **Iluze:** Nastala nějaká změna v tom, jak Vám zní zvuky? Zní věci jinak nebo neobvykle? Je Váš sluch více citlivý? Je Váš sluch utlumený nebo méně citlivý?
- **Halucinace:** Slyšel jste někdy věci, které nebyly skutečné? Slýcháte někdy věci, které ostatní neslyší (jako zvuky nebo hlasy)? Co slýcháte? V tom okamžiku, kdy je slyšíte, jak opravdově zní? Uvědomujete si v tom okamžiku, že nejsou skutečné, nebo si to uvědomíte až později?

Čichové změny vnímání

- **Iluze:** Zdá se Vám, že se nějak změnilo Vaše čichové vnímání, že je méně, nebo naopak více intenzivní?
- **Halucinace:** Cítíte někdy pachy, které ostatní lidé necítí? Vypadají si v tom okamžiku, že jsou skutečné? Uvědomujete si v tom okamžiku, že nejsou skutečné, nebo si to uvědomíte až později?

Chut'ové změny vnímání

- **Iluze:** Zdá se Vám, že se nějak změnilo Vaše vnímání chuti, že je méně, nebo naopak více intenzivní?
- **Halucinace:** Cítíte někdy v ústech podivné chutě? V tom okamžiku, kdy je cítíte, jak opravdově chutnají? Uvědomujete si v tom okamžiku, že nejsou skutečné, nebo si to uvědomíte až později?



Taktilní změny vnímání

- **Iluze, halucinace:** Míváte někdy zvláštní pocity na kůži nebo pod ní? V tom okamžiku, kdy je cítíte, jak skutečně se jeví? Uvědomujete si v tom okamžiku, že nejsou skutečné, nebo si to uvědomíte až později?

Somatické změny

- **Iluze:** Míváte někdy podivné pocity ve svém těle (např. cítíte, že se některé části Vašeho těla určitým způsobem změnilo, nebo že fungují jinak)? Cítíte/myslíte si, že je nějaký problém s celým Vaším tělem nebo některou jeho částí, např. že je nějak jiné, nebo se ostatním jeví jinak? Jak skutečný tento pocit je?
- **Halucinace:** Zaznamenal/a jste nějakou změnu ve vnímání Vašich tělesných pocitů,

Stupnice hodnocení závažnosti

0 = nikdy	Žádné poruchy vnímání.
1 = diskutabilní	Diskutabilní změny vnímání.
2 = lehký	Zvýšené nebo utlumené vnímání, zkreslení, iluze (např. světlo/stíny). Nevyvolává tíseň. Hypnagogní/hypnopompní prožitky.
3 = střední	Více nepochopitelné prožitky: více intenzivní/vividní distorze/iluze, nezřetelné šelesty atd. Pacient si není jistý původem prožitků. Schopen zpochybnit. Nevyvolává tíseň.
4 = středně těžký	Jasnější prožitky než u 3, např. slyší volat své jméno, slyší zvonit telefon atd., ale mohou být pomíjivé/přechodné. Pacient je schopen podat přesvědčivé vysvětlení prožitku. Může být asociováno s mírnou tísní.
5 = těžký	Pravé halucinace, např. slyší hlasy nebo konverzace, cítí doteky na těle. Pacient je s vynaložením úsilí schopen zpochybňovat prožitky. Může vzbuzovat hrůzu nebo tíseň. Může mít za následek malé změny v chování.
6 = psychotický a těžký	Pravé halucinace, kterým pacient věří, že jsou pravdivé v okamžiku prožívání i poté. Může vzbuzovat velkou tíseň. Může mít velký vliv na chování.

Podklad pro hodnocení? _____

Datum počátku: _____ Datum ústupu: _____

Frekvence a trvání

0	žádný
1	méně než 1× za měsíc
2	1× za měsíc až 2× do týdne – méně než hodinu trvající událost
3	1× za měsíc až 2× do týdne – více než hodinu trvající událost NEBO 3–6× za týden – méně než hodinu trvající událost
4	3–6× za týden – více než hodinu trvající událost NEBO denně – méně než hodinu trvající událost
5	denně – více než hodinu trvající událost NEBO několikrát za den
6	neustále

Schéma symptomů?

0	1	2
nezaznamenán žádný vztah k užívání návykových látek	symptomy se objevují ve vztahu k užívání návykových látek	zaznamenáno pouze ve vztahu k užívání návykových látek

Míra tísně (ve vztahu k symptomům)

[illegible]

0
žádná tíseň

100
extrémní tíseň

1.4 Dezorganizovaná řeč

Subjektivní změna

- Všiml/a jste si nějakých obtíží s Vaší řečí nebo schopností komunikovat s ostatními?
- Máte potíže s hledáním správných výrazů v patřičný moment?
- Použil/použila jste někdy slova, která nejsou úplně přesná nebo jsou dokonce zcela irelevantní?
- Přistihl/přistihla jste se, že v řeči zabíháte, když mluvíte a nemůžete se dostat k pointě? Je to nedávná změna?
- Jste si vědom/vědoma toho, že mluvíte o irelevantních věcech nebo že zabíháte?
- Zdá se někdy, že ostatní lidé mají potíže pochopit to, co se snažíte říct/potíže dostat Vaše poselství?
- Přistihl/přistihla jste se někdy, že opakuje slova druhých?
- Musíte někdy použít gesto nebo výraz obličeje v komunikaci v důsledku problémů předat Vaše sdělení? Jak zlé to je?
- Nutí Vás to někdy, že chcete zůstat zticha a neříkat nic?

[illegible]

Objektivní hodnocení dezorganizované řeči

- Je obtížné čas od času sledovat, co subjekt říká v důsledku použití nesprávných slov, zabíhavosti nebo rozbíhavosti v myšlení?
- Je subjekt vágní, příliš abstraktní nebo konkrétní? Daly by se jeho odpovědi zestručnit?



- Zabíhají často mimo téma a ztrácejí se ve svých slovech? Zdá se, _____
že mají problém s nalezením správných slov?
- Opakují slova, která jste použili nebo užívají podivná slova _____
(nebo „ne-slova“) v průběhu běžné konverzace? _____

Stupnice hodnocení závažnosti

0 = nikdy, nepřítomno	Normální logická řeč, žádná dezorganizace, žádné problémy v komunikaci a být pochopen
1 = sporné	Sporné změny v řeči
2 = lehká	Slabé subjektivní obtíže Např. problém předat sdělení Nezaznamenáno ostatními
3 = střední	Poněkud vágní, nějaké známky zabíhavosti nebo nepřesnosti v řeči Pocit nepochopenosti
4 = středně závažné	Jasný důkaz o mírné diskontinuitě řeči a myšlenkového procesu. Spojení mezi myšlenkami je spíše tangenciální. Zvýšený pocit frustrace během rozhovoru
5 = závažné	Zaznamenána zabíhavost a tangencialita v myšlení, ale odpovídá na strukturované interview. Může se uchylovat ke gestům nebo mimice, aby mu lidé rozuměli.
6 = závažné a psychotické	Nedostatek koherentnosti, nesrozumitelná řeč, jasné obtíže v udržení myšlenkové linie. Rozvolněné asociace v řeči.

Podklad pro hodnocení? _____

Datum počátku: _____ Datum ústupu: _____

Frekvence a trvání

0	nepřítomný
1	méně než 1× za měsíc
2	1× za měsíc až 2× do týdne – méně než hodinu při každé příležitosti
3	1× za měsíc až 2× do týdne – více než hodinu při každé příležitosti NEBO 3–6× za týden, ale méně než hodinu při každé příležitosti
4	3–6× za týden – více než hodinu při každé příležitosti NEBO denně méně než hodinu při každé příležitosti
5	denně – více než hodinu při každé příležitosti NEBO několikrát za den
6	nepřetržitě

Schéma výskytu?

0	1	2
nezaznamenán žádný vztah k užívání návykových látek	Symptomy se objevují ve vztahu k užívání návykových látek	zaznamenáno pouze ve vztahu k užívání návykových látek

Míra tísně (ve vztahu k symptomům)

0									100
žádná tíseň									extrémní tíseň



7.3 Sebevražednost a sebepoškozování

- Měl/a jste poslední dobou nějaké myšlenky na to si ublížit nebo se zabít? Jak často jste to takto cítil/cítila?
- Přemýšlel/a jste někdy jak toho dosáhnout?
- Jednal/jednala jste v souladu s těmito myšlenkami? Co se stalo?

Stupnice hodnocení závažnosti

0	nepřítomno
1	sporné
2	Příležitostné myšlenky na únavu životem Příležitostné myšlenky na sebepoškození Bez sebevražedných myšlenek a plánů
3	Pocit, že je lepší být mrtvý Suicidální myšlenky s vágními plány Možnost odpoutání od myšlenek při určité snaze NEBO Malé akty sebepoškození (např. lehké škrábance)
4	Častější myšlenky na sebevraždu spojené s plánem Může vážněji zvažovat suicidální pokus konkrétním plánem NEBO Impulzivní pokus použitím non-letálních metod či s vědomím, že je možnost být nalezen
5	Jasná proklamace, že se chce zabít NEBO Potencionálně vážný nebo smrtící pokus s vědomím, že je možná záchrana.
6	Specifický plán a pokus NEBO Vážný pokus, který mohl být jasně fatální

Datum začátku: _____

Datum konce: _____

Frekvence a trvání

0	nepřítomny
1	méně než 1× za měsíc
2	1× za měsíc až 2× do týdne – méně než hodinu při každé příležitosti
3	1× za měsíc až 2× do týdne – více než hodinu při každé příležitosti NEBO 3–6× za týden, ale méně než hodinu při každé příležitosti
4	3–6× za týden – více než hodinu při každé příležitosti NEBO denně méně než hodinu při každé příležitosti
5	denně – více než hodinu při každé příležitosti NEBO několikrát za den
6	nepřetržitě



Schéma výskytu?

0	1	2
nezaznamenán žádný vztah k užívání návykových látek	symptomy se objevují ve vztahu k užívání návykových látek	zaznamenáno pouze ve vztahu k užívání návykových látek

SOFAS

(pokud je respondent mladší než 16 let, použijte, prosím, C-GAS)

Při skórování posuzujte sociální a pracovní fungování respondenta na kontinuu od excelentního fungování k hrubě narušenému fungování. Berte v úvahu i narušení ve fungování z důvodu omezení fyzického zdraví či vnějších faktorů. Narušení musí být přímým následkem psychických a/nebo fyzických zdravotních problémů, aby mohla být započítána. Vliv nedostatku příležitostí či jiná omezení stran vnějších vlivů nejsou brána v úvahu.

Legenda	Pozn.: Používejte i střední skóry, pokud je to potřeba, např. 45, 68, 72.
100 91	Úspěšné fungování v široké škále aktivit.
90 81	Dobré fungování ve všech oblastech; pracovně i sociálně efektivní.
80 71	Ne větší než nepatrná zhoršení v sociálním, pracovním, nebo školním fungování (např. nepravidelné interpersonální konflikty, dočasné zaostávání ve školních povinnostech).
70 61	Určité potíže v sociálním, pracovním, nebo školním fungování, ale obvykle funguje dobře, udržuje smysluplné interpersonální vztahy.
60 51	Mírné potíže v sociálním, pracovním, nebo školním fungování (např. pouze pár přátel, konflikty s vrstevníky či spolupracovníky).
50 41	Vážná narušení v sociálním, pracovním nebo školním fungování (např. žádní přátelé, neschopnost udržet si zaměstnání).
40 31	Převažující narušení v sociálním, pracovním, nebo školním fungování, rodinné vztahy (např. depresivní člověk vyhýbající se přátelům, zanedbává rodinu, je neschopen pracovat; dítě často napadá mladší děti, je doma vzdorovité, selhává ve škole).
30 21	Neschopnost fungovat téměř ve všech oblastech (např. zůstává celý den v posteli, bez zaměstnání, domova, či přátel).
20 11	Příležitostně selhává v dodržování minimální osobní hygieny; neschopen fungovat nezávisle.
10 1	Přetrvávající neschopnost dodržovat minimální osobní hygienu. Neschopen fungovat, aniž by nepoškozoval sebe či ostatní, nebo bez značné vnější podpory (např. pečovatelská služba a dohled).
0	Nedostačující informace



Poznámka: Hodnocení všeobecného psychického fungování na stupnici 0–100 bylo provedeno Luborským v Health-Sickness Rating Scale. (Luborsky L. Clinicians' Judgments of Mental Health. Archives of General Psychiatry 1962;7:407–417). Spitzer a kolegové vyvinuli revizi Health-Sickness Rating Scale, která se jmenuje Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al.. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. Archives of General Psychiatry 1976;33:766–771). The SOFAS je odvozený od GAS a jeho vývoj je popsán v Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. American Journal of Psychiatry 1992;149:1148–1156.

Copyright © 2008 American Psychiatric Publishing, Inc. All Rights Reserved.

Nejvyšší skóre v posledním roce NEBO výchozí skóre / poslední vyšetření			SKÓRE A	
Současné skóre			SKÓRE B	
Rozdíl mezi Skóre A a Skóre B			SKÓRE C	
Výpočet procent	SKÓRE C	x 100	÷ SKÓRE A	= %

Výsledek

Prosíme zaškrtněte

30 % propad v SOFAS skóre od premorbidní úrovně, trvající měsíc, objeveno v posledních 12 měsících	
KRITERIA pro chronicky zhoršené fungování = SOFAS skóre 50 nebo menší udržované po 12 měsíců nebo déle	



8 Zařazovací kritéria

CHECKLIST kritérií

Skupina 1: ARMS vulnerabilní skupina

Toto kritérium identifikuje mladé lidi, kterým hrozí psychóza, a to z důvodu kombinace trait risk factor a významného zhoršení duševního stavu a/nebo fungování.

	Ano	Ne
Rodinná anamnéza psychózy u příbuzných prvního stupně NEBO schizotypální porucha u pacienta		
PLUS 30% pokles SOFAS skóre z premorbidní úrovně, trvale měsíc NEBO skóre SOFAS 50 nebo méně po 12 měsících nebo déle		
Splněna kritéria pro Skupinu 1 – Vulnerabilní skupina		

Skupina 2: ARMS oslabená psychóza (attenuated psychosis) (2a nebo 2b)

Toto kritérium identifikuje mladé lidi, kterým hrozí psychóza, kvůli podprahovému psychotickému syndromu. To znamená, že mají příznaky, které nedosahují prahových hodnot pro psychózu kvůli oslabené intenzitě (příznaky nejsou dostatečně závažné) nebo mají psychotické příznaky, ale na oslabené frekvenci (symptomy se neobjevují dost často).

2a) Podprahová intenzita	Ano	Ne
Stupnice hodnocení závažnosti: 3–5 pro subškálu Neobvyklý myšlenkový obsah; 3–5 pro subškálu Nebizarní bludy, 3–4 pro subškálu Poruchy vnímání; 4–5 pro subškálu Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS		
+ Stupnice hodnocení frekvence: 3–6 pro subškály Neobvyklý myšlenkový obsah, Nebizarní bludy, Poruchy vnímání, Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS ... alespoň týden		
2b) Podprahová frekvence		
Stupnice hodnocení závažnosti: 6 pro subškálu Neobvyklý myšlenkový obsah; 6 pro subškálu Nebizarní bludy, 5–6 pro subškálu Poruchy vnímání; 6 pro subškálu Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS		
+ Stupnice hodnocení frekvence: 3 pro subškály Neobvyklý myšlenkový obsah, Nebizarní bludy, Poruchy vnímání, Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS + (pro obě kategorie skupiny 2) Symptomy jsou přítomny v posledním roce		
+ (pro obě kategorie Skupiny 2) 30% pokles SOFAS skóre z premorbidní úrovně, trvale měsíc NEBO skóre SOFAS 50 nebo méně po 12 měsících nebo déle		
Splněna kritéria pro Skupinu 2 – Oslabená psychóza (attenuated psychosis)		



Skupina 3: ARMS BLIPS skupina

Toto kritérium identifikuje mladé lidi, kterým hrozí psychóza kvůli nedávné historii frank psychotic symptoms, které se vyřešily spontánně (bez antipsychotické medikace) do jednoho týdne.

	Ano	Ne
Stupnice hodnocení závažnosti: 6 pro subškálu Neobvyklý myšlenkový obsah; 6 pro subškálu Nebizarní bludy, 5–6 pro subškálu Poruchy vnímání nebo 6 pro subškálu Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS		
+ Stupnice hodnocení frekvence: 4–6 pro subškály Neobvyklý myšlenkový obsah, Nebizarní bludy, Poruchy vnímání nebo Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS		
+ Každá epizoda příznaků je přítomna méně než jeden týden a příznaky se spontánně pominou při každé příležitosti.		
+ Symptomy jsou přítomny v posledním roce		
+ 30% pokles SOFAS skóre z premorbidní úrovně, trvale měsíc NEBO skóre SOFAS 50 nebo méně po 12 měsících nebo déle		
Splněna kritéria pro skupinu 3 – BLIPS		

9 Práh psychózy/práh pro zahájení léčby antipsychotiky

	Ano	Ne
Stupnice hodnocení závažnosti: 6 pro subškálu Neobvyklý myšlenkový obsah; 6 pro subškálu Nebizarní bludy, 5–6 pro subškálu Poruchy vnímání nebo 6 pro subškálu Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS		
+ Stupnice hodnocení frekvence 4 nebo výše pro subškály Neobvyklý myšlenkový obsah, Nebizarní bludy, Poruchy vnímání nebo Dezorganizovaná řeč v rámci CAARMS		
+ Symptomy jsou přítomny déle než týden		
Splněna kritéria pro psychózu		

Český překlad škály podle Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. Mapping the onset of psychosis – the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). ANZJP. 2005;39:964–971.



Příloha 7: PANSS

ŠKÁLA POZITIVNÍCH A NEGATIVNÍCH PŘÍZNAKŮ SCHIZOFRENIE

P1: Bludy

Domněnky, které jsou nepodložené, nerealistické a výstřední.

ZPH (základem pro hodnocení): Myšlenky obsažené a vyjádřené během rozhovoru a jejich vliv na sociální vztahy a chování.

1. **Nepřítomno**
2. **Velmi slabě**: Sporná patologie, která se může objevit při horní hranici normálu.
3. **Slabě**: Přítomnost jednoho nebo dvou bludů, které jsou vágní, nevykrytalizované a neupevněné. Bludy nenarušují myšlení, sociální vztahy a chování.
4. **Středně**: Přítomnost nestabilních, špatně formovaných bludů nebo malého množství dobře formovaných bludů, které příležitostně narušují myšlení, sociální vztahy a chování.
5. **Středně silně**: Přítomny početné, dobře formované bludy, které jsou upevněné a příležitostně zasahují do myšlení, sociálních vztahů a chování.
6. **Silně**: Přítomno stabilní množství bludů, které jsou vykrytalizované, mohou být systemizované, upevněné a jasně zasahují do myšlení, sociálních vztahů a chování.
7. **Extrémně**: Přítomno stabilní množství bludů, které jsou buď vysoce systemizované nebo velmi početné. Způsobují nevhodné a nezodpovědné činy, které mohou ohrozit bezpečnost pacienta nebo jeho okolí.

P2: Konceptuální dezorganizace

Dezorganizovaný proces myšlení, který je charakterizován rozkolem cíleného sledování, rozvlácností, neschopností držet se tématu, ztrátou asociací, velkou nelogičností nebo myšlenkovým zárazem.

ZPH: Kognitivně verbální proces, který je pozorován během rozhovoru.

1. **Nepřítomno**
2. **Velmi slabě**: Sporná patologie, která se může objevit při horní hranici normálu.
3. **Slabě**: Myšlení je obšírné, tangenciální nebo paralogické. Pro pacienta je poněkud obtížné uspořádat cíleně své myšlenky a při zátěži se může objevit ztráta asociací.
4. **Středně**: Schopnost soustředit myšlenky, je-li komunikace stručná a strukturovaná, ale při minimální zátěži nebo komplexnější komunikaci se stává nepřesnou a irelevantní.
5. **Středně silně**: Celkové obtíže s organizováním myšlenek, čehož je dokladem častý výskyt irelevancí, nesouvislostí nebo ztráta asociací, a to i bez přítomného tlaku.
6. **Silně**: Myšlení je vážně vykojené a vnitřně nekonzistentní, čehož výsledkem je celková irelevantnost a rozkol v myšlenkovém procesu.
7. **Extrémně**: Myšlenky jsou roztržité do té míry, že je pacient inkoherentní. Je přítomna výrazná ztráta asociací, což způsobuje selhání komunikace, např. slovní salát nebo mutismus.



P3: Halucinační chování

Lze usuzovat, že slovní sdělení nebo chování nevyplyvá ze zevních podnětů. Toto se může projevit v oblasti sluchové, zrakové, čichové nebo somatické.

ZPH: Slovní sdělení a tělesná manifestace během rozhovoru, stejně jako informace o chování pacienta od nejbližších ošetřujících a rodiny.

1. **Nepřítomno**
2. **Velmi slabě:** Sporná patologie, která se může objevit při horní hranici normálu.
3. **Slabě:** Jedna nebo dvě jasně formované, ale málo často se vyskytující halucinace nebo množství vágních, abnormních percepcí, které nevyplyvají ze zkresleného myšlení nebo chování.
4. **Středně:** Halucinace se objevují často, ale ne stále a pacientovo chování a myšlení je postiženo pouze minimálně.
5. **Středně silně:** Halucinace jsou časté, mohou zahrnovat více než jednu senzickou modalitu, mají sklon ovlivňovat myšlení a/nebo narušovat chování. Pacient může bludně interpretovat tyto zážitky a reagovat na ně emocionálně, příležitostně i verbálně.
6. **Silně:** Halucinace jsou přítomny prakticky stále, vyvolávají rozvrat v chování i myšlení. Pacient je zpracovává jako reálně vjemy a jeho činnosti často překáží časté emocionální a verbální reakce na ně.
7. **Extrémně:** Pacient je prakticky úplně pod vlivem halucinací, které dominují myšlení i chování. Halucinace způsobují bludnou interpretaci a provokují reakce jak verbální, tak v chování, včetně podrobování se imperativním halucinacím.

N1: Citová oploštělost

Snížení emoční odpovědi, což je charakterizováno redukcí výrazů obličeje modulací pocitů a komunikativních gestikulací.

ZPH: Pozorování tělesné manifestace afektivního napětí a emočních odpovědí během rozhovoru.

1. **Nepřítomno**
2. **Velmi slabě:** Sporná patologie, která se může objevit při horní hranici normálu.
3. **Slabě:** Změny výrazu obličeje a komunikačních gest se zdají být snížené, usilovné, umělé a nedostatečně modulované.
4. **Středně:** Omezený počet výrazů obličeje a málo expresivních gest, z čehož vyplývá pacientův přihloupý výraz.
5. **Středně silně:** Afektivita je celkově chudá s pouze příležitostnými změnami ve výrazu obličeje a nedostatkem komunikačních gest.
6. **Silně:** Významná oploštělost a úbytek emocí. Mohou být přítomny nemodulované extrémní afektivní změny, jako excitace, vztek nebo nevhodný nekontrolovaný smích.
7. **Extrémně:** Zcela chybí změny obličejové mimiky a komunikačních gest. Pacient má stále sterilní nebo „dřevěný“ výraz.



N4: Pasivní/apatické sociální stažení

Zmenšení zájmu a iniciativy o sociální interakce, způsobené pasivitou, apatií, anergií a abulií. Toto vede ke snížení osobní angažovanosti a zanedbávání denních aktivit.

ZPH: Informace o sociálním chování od nejbližších terapeutů a rodiny.

1. **Nepřítomno**
2. **Velmi slabě:** Sporná patologie, která se může objevit při horní hranici normálu.
3. **Slabě:** Příležitostný zájem o sociální aktivity, ale je přítomna pouze slabá iniciativa. Obvykle je upoután jinými, jen když se na něj obrátí.
4. **Středně:** Pasivně se účastní většiny aktivit, avšak zcela bez zájmu a mechanicky. Stahuje se do pozadí.
5. **Středně silně:** Pasivně se účastní minima aktivit a nevykazuje vlastně žádnou iniciativu či zájem. Minimum času tráví s jinými.
6. **Silně:** Směřuje k apatii a izolaci, velmi zřídka se účastní sociálních aktivit a příležitostně zanedbává osobní potřeby. Má velmi málo spontánních sociálních kontaktů.
7. **Extrémně:** Pacient je hluboce apatický, sociálně izolovaný a osobně zanedbaný.

N6: Ztráta spontaneity a plynulé konverzace

Úbytek plynulé komunikace sdružený s apatií, abulií, obranami nebo kognitivním deficitem. Toto se projevuje zmenšením fluidity a produktivity verbálně interakčních procesů.

ZPH: Pozorování verbálně kognitivních procesů během rozhovoru.

1. **Nepřítomno**
2. **Velmi slabě:** Sporná patologie, která se může objevit při horní hranici normálu.
3. **Slabě:** Během konverzace se objevuje pouze malá iniciativa, pacientovy odpovědi směřují ke stručnosti, jsou chudé a vyžadují přímé a naváděcí dotazy.
4. **Středně:** Konverzace ztrácí volný průběh a objevuje se nevyváženost nebo zárazy. Naváděcí otázky jsou často potřebné k tomu, aby byly získány adekvátní odpovědi a mohlo se postoupit v rozhovoru.
5. **Středně silně:** Pacient vykazuje zřetelnou ztrátu spontaneity a otevřenosti. Odpovídá na tazatelské dotazy pouze jednou nebo dvěma větami.
6. **Silně:** Pacientovy odpovědi jsou většinou limitovány několika slovy nebo krátkými frázemi tak, aby se vyhnul nebo zkrátil konverzaci (např. nevím, nedovolím si říct). Konverzace je vážně narušena a rozhovor je neproduktivní.
7. **Extrémně:** Verbální výkon je omezen většinou na příležitostné projevy, které konverzaci znemožňují.

Skóre pozitivní příznaky (tj. součet položek P1, P2 a P3): _____

Skóre negativní příznaky (tj. součet položek N1, N4 a N6): _____

Celkové skóre (součet všech položek): _____



Příloha 8: Odhad DUP

Vodítka pro odhad doby neléčené psychózy

Doba neléčené psychózy označuje období (v měsících) mezi prvním projevem jasně psychotických symptomů a přijetím do léčby z důvodu psychotického stavu.

Jsou posuzovány symptomy uvedené níže (bludy, dezorganizace myšlení a halucinační chování). Trvání doby neléčené psychózy je stanoveno od chvíle, kdy kterýkoli z uvedených symptomů dosáhl alespoň minimální intenzity podle příslušného vodítka a končí přijetím do léčby z důvodu psychotického stavu.

Postup: U níže uvedených symptomů odhadněte datum dosažení stanovené minimální intenzity. Tento údaj odečtete od data přijetí do léčby z důvodu psychotického stavu a získáte údaj o odhadované době neléčené psychózy. Pracujte, co nejpřesněji, výsledkem může být i doba v necelých měsících.

Bludy

Domněnky, které jsou nepodložené, nerealistické a výstřední. Základem pro hodnocení jsou informace o obsahu myšlení v daném období a jejich vlivu na sociální vztahy a chování vyjádřené během rozhovoru případně z jiných relevantních zdrojů.

Minimální intenzita: Přítomnost nestabilních, špatně formovaných bludů nebo malého množství formovaných bludů, které příležitostně narušují myšlení, sociální vztahy a chování. Stav trvá nepřetržitě několik dní, nebo se projevuje vícekrát během jednoho týdne, ale zároveň není omezen pouze na krátké okamžiky.

Datum, kdy symptom dosáhl minimální intenzity:

Měsíc: _____ Rok: _____

Dezorganizace myšlení

Dezorganizovaný proces myšlení, který je charakterizován zabíhavostí a rozvlácností, asociačními přeskoky, výraznou nepřiléhavostí odpovědí, značnou nelogičností nebo myšlenkovým zárazem. Základem pro hodnocení jsou informace o kognitivně-verbálním procesu v daném období, které jsou zprostředkovány během rozhovoru, případně z jiných relevantních zdrojů.

Minimální intenzita: Schopnost soustředit myšlenky, je-li komunikace stručná a strukturovaná, ale při minimální zátěži nebo komplexnější komunikaci se stává nepřesnou a irelevantní. Stav trvá nepřetržitě několik dní, nebo se projevuje vícekrát během jednoho týdne, ale zároveň není omezen pouze na krátké okamžiky.

Datum, kdy symptom dosáhl minimální intenzity:

Měsíc: _____ Rok: _____



Halucinační chování

Lze usuzovat, že slovní sdělení nebo chování nevyplyvá ze zevních podnětů. Toto se může projevit v oblasti sluchové, zrakové, čichové nebo somatické. Základem pro hodnocení jsou informace o daném období získané během rozhovoru, stejně jako sdělení o chování pacienta od nejbližších ošetřujících a rodiny případně z jiných relevantních zdrojů.

Minimální intenzita: Halucinace se objevují často, ale ne stále a pacientovo chování a myšlení je postiženo pouze minimálně. Stav trvá nepřetržitě několik dní, nebo se projevuje vícekrát během jednoho týdne, ale zároveň není omezen pouze na krátké okamžiky.

Datum, kdy symptom dosáhl minimální intenzity:

Měsíc: _____ Rok: _____

Doba neléčené psychózy = datum přijetí do léčby z důvodu p. s. – nejdřívejší datum dosažení minimální intenzity

Nejdřívejší datum dosažení minimální intenzity:

Měsíc: _____ Rok: _____

Datum přijetí do léčby z důvodu p. s.:

Měsíc: _____ Rok: _____

Doba neléčené psychózy v měsících: _____



Seznam zkratk

AP	antipsychotikum
AAP	atypické antipsychotikum
ACT	Assertive Community Treatment
AQoL	Assessment Of Quality of Life
ARMS	At Risk Mental State
BLIPS	Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms
CAARMS	Comprehensive Assessment of at Risk Mental State
C-GAS	Children Global Assessment Scale
CM	Case Management
COS	Childhood Onset Schizophrenia
CSRI	Client Service Receipt Inventory
ED	Early Detection
EI	Early Intervention
EOS	Early Onset Schizophrenia
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
GAF	Global Assessment of Functioning
HoNOS	Health of the National Outcome Scale
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
ICM	Intensive Case Management
IPS	Individual Placement and Support
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	orgán sociálně-právní ochrany dětí
OZP	osoba se zdravotním postižením
PACT	Psychiatric Assertive Community Treatment
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
QALY	Quality-Adjusted Life Year
SKPS	soupis klientem přijatých služeb
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
UHR	Ultra High Risk
VEOS	Very Early-Onset Schizophrenia
WHO	World Health Organization



Reference

- Addington, J., Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, G. (2017). Canadian treatment guidelines for individuals at clinical high risk of psychosis. *Can J Psychiatry*, 62(9), 656–661.
- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a ge-netically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*, 168(1), 65–72.
- Audini, B., Marks, I. M., Lawrence, R. E., Connolly, J., & Watts, V. (1994). Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness: phase II of a controlled study. *Br J Psychiatry*, 165(2), 204–210.
- Baštecká, B. (2004). *Komunitní psychiatrie v praxi – MATRA III*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- Bechdorf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., ... Klosterkotter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry*, 200(1), 22–29.
- 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. *Br J Psychiatry*, 197(5), 350–356.
- Brady, J. P. (1984). Social skills training for psychiatric patients. I: concepts, methods, and clinical results. *Am J Psychiatry*, 141(3), 333–340.
- Brewer, W. J., Pantelis, C., Anderson, V., Velakoulis, D., Singh, B., Copolov, D. L., & McGorry, P. D. (2001). Stability of olfactory identification deficits in neuroleptic-naïve patients with first-episode psychosis. *Am J Psychiatry*, 158(1), 107–115.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R. M., & Poulton, R. (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 59(5), 449–456.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., ... Heinssen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry*, 65(1), 28–37.
- Cannon, T. D., Yolken, R., Buka, S., Torrey, E. F., & Collaborative Study Group on the Perinatal Origins of Severe Psychiatric, D. (2008). Decreased neurotrophic response to birth hypoxia in the etiology of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 64(9), 797–802.
- Carlson, G. A., & Fish, B. (2005). Longitudinal course of schizophrenia spectrum symptoms in offspring of psychiatrically hospitalized mothers. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15(3), 362–383.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social Perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Caton, C. L. (1981). The new chronic patient and the system of community care. *Hosp Community Psychiatry*, 32(7), 475–478.



- Clark, K., Narr, K. L., O'Neill, J., Levitt, J., Siddarth, P., Phillips, O., ... Caplan, R. (2012). White matter integrity, language, and childhood onset schizophrenia. *Schizophr Res*, 138(2–3), 150–156.
- Clemmensen, L., Vernal, D. L., & Steinhausen, H. C. (2012). A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12, 150.
- CRPDZ. (2017). Metodika časných intervencí v multidisciplinárních týmech. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- de la Serna, E., Baeza, I., Andres, S., Puig, O., Sanchez-Guistau, V., Romero, S., ... Castro-Fornieles, J. (2011). Comparison between young siblings and offspring of subjects with schizophrenia: clinical and neuropsychological characteristics. *Schizophr Res*, 131(1–3), 35–42.
- Dorazilová, A., Humpolíček, P., Mohr, P., & Rodriguez, M. (2018). Bazální symptomy a prodromální fáze schizofrenie. *Psychiatrie*, 22(2), 68–74.
- Fenton, W. S., Mosher, L. R., Herrell, J. M., & Blyler, C. R. (1998). Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*, 155(4), 516–522.
- Fisher, H. L., Caspi, A., Poulton, R., Meier, M. H., Houts, R., Harrington, H., ... Moffitt, T. E. (2013). Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychol Med*, 43(10), 2077–2086.
- Fisher, H. L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafo, M. R., Lewis, G., & Wolke, D. (2013). Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophr Bull*, 39(5), 1045–1055.
- Freeman, D., Freeman, J., & Garety, P. (2015). *Podezřívavost a paranoidní myšlenky*. Praha: Portál.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdorf, A., Addington, J., Riecher-Rossler, A., Schultze-Lutter, F., ... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107–120.
- Fusar-Poli, P., Frascarelli, M., Valmaggia, L., Byrne, M., Stahl, D., Rocchetti, M., ... McGuire, P. (2015). Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study. *Psychol Med*, 45(6), 1327–1339.
- Fusar-Poli, P., Valmaggia, L., & McGuire, P. (2007). Can antidepressants prevent psychosis? *Lancet*, 370(9601), 1746–1748.
- 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. *Br J Psychiatry*, 188, 37–45.
- Garner, B., Pariente, C. M., Wood, S. J., Velakoulis, D., Phillips, L., Soulsby, B., ... Pantelis, C. (2005). Pituitary volume predicts future transition to psychosis in individuals at ultra-high risk of developing psychosis. *Biol Psychiatry*, 58(5), 417–423.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., ... Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*, 2(10), 861–863.
- Giedd, J. N., Jeffries, N. O., Blumenthal, J., Castellanos, F. X., Vaituzis, A. C., Fernandez, T., ... Rapoport, J. L. (1999). Childhood-onset schizophrenia: progressive brain changes during adolescence. *Biological Psychiatry*, 46(7), 892–898.
- Gogtay, N. (2008). Cortical brain development in schizophrenia: insights from neuro-imaging studies in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Bull*, 34(1), 30–36.



- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., ... Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 101(21), 8174–8179.
- Gogtay, N., Hua, X., Stidd, R., Boyle, C. P., Lee, S., Weisinger, B., ... Thompson, P. M. (2012). Delayed white matter growth trajectory in young nonpsychotic siblings of patients with childhood-onset schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 69(9), 875–884.
- Gogtay, N., Lu, A., Leow, A. D., Klunder, A. D., Lee, A. D., Chavez, A., ... Thompson, P. M. (2008). Three-dimensional brain growth abnormalities in childhood-onset schizophrenia visualized by using tensor-based morphometry. *Proc Natl Acad Sci USA*, 105(41), 15979–15984.
- Greenstein, D., Lerch, J., Shaw, P., Clasen, L., Giedd, J., Gochman, P., ... Gogtay, N. (2006). Childhood onset schizophrenia: cortical brain abnormalities as young adults. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(10), 1003–1012.
- Gur, R. E. (2014). Early Detection of Psychosis: challenges and opportunities. *Cur Behav Neurosci Rep*, 1(2), 117–124.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br J Clin Psychol*, 44(Pt 2), 181–191.
- Haroun, N., Dunn, L., Haroun, A., & Cadenhead, K. S. (2006). Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr Bull*, 32(1), 166–178.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*, 35(4), 639–665.
- Howes, O. D., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelop-mental-cognitive model. *The Lancet*, 383(9929), 1677–1687.
- Huber, G., & Gross, G. (1989). The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog Med*, 80(12), 646–652.
- Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., ... Vaglum, P. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 51(1), 39–46.
- Joy, C. B., Adams, C. E., & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD001087.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Život samá pohroma*. Příbram: Jan Melvil Publishing.
- Karp, D. A., & Tanarugsachock, V. (2000). Mental illness, caregiving, and emotion management. *Qual Health Res*, 10(1), 6–25.
- Kazdin, A. E. (1982). The token economy: a decade later. *J Appl Behav Anal*, 15(3), 431–445.
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med*, 42(9), 1857–1863.
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *Br J Psychiatry*, 193(5), 378–382.
- Keshavan, M., Montrose, D. M., Rajarethinam, R., Diwadkar, V., Prasad, K., & Sweeney, J. A. (2008). Psychopathology among offspring of parents with schizophrenia: relationship to premorbid impairments. *Schizophr Res*, 103(1–3), 114–120.



- Keskinen, E., Miettunen, J., Koivumaa-Honkanen, H., Maki, P., Isohanni, M., & Jaaskelainen, E. (2013). Interaction between parental psychosis and risk factors during pregnancy and birth for schizophrenia - the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Schizophr Res*, 145(1–3), 56–62.
- Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *Am Psychol*, 37(4), 349–360.
- King, R. (2002). Cognitive therapy of depression [Recenze]. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(2), 272–275.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Klosterkotter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*, 58(2), 158–164.
- Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses I. Diagnostic criteria and classification. *Br J Psychiatry*, 118(545), 381–384.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Hanssen, M., de Graaf, R., Vollebergh, W., Bak, M., & van Os, J. (2005). Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *Br J Clin Psychol*, 44(1), 113–125.
- Kraepelin, E. (1971). *Dementia Praecox and Paraphrenia* (fascimile 1919 edition). Huntington, New York: Robert E. Krieger Publishing.
- Kübler-Rossová, E. (2015). *O smrti a umírání*. Praha: Portál.
- Liu, C. C., Sheu, Y. H., Wu, S. Y., Lai, M. C., & Hwu, H. G. (2010). Rapid response to antipsychotic treatment on psychotic prodrome: implications from a case series. *Psychiatry Clin Neurosci*, 64(2), 202–206.
- 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. *Br J Psychiatry*, 198(4), 256–263.
- Ludewig, K. (2011). *Základy systemické terapie*. Praha: Grada.
- Mason, O., Startup, M., Halpin, S., Schall, U., Conrad, A., & Carr, V. (2004). Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with 'at-risk mental states'. *Schizophr Res*, 71(2–3), 227–237.
- McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T., Woods, S. W., ... Breier, A. (2006). Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry*, 163(5), 790–799.
- McGorry, P. D., Nelson, B., Markulev, C., Yuen, H. P., Schafer, M. R., Mossaheb, N., ... Amminger, G. P. (2017). Effect of omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Young People at Ultrahigh Risk for Psychotic Disorders: The NEURAPRO Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(1), 19–27.
- McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., ... Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 59(10), 921–928.
- Meehl, P. E. (1989). Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiatry*, 46(10), 935–944.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., ... Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 185, 291–297.



- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: The Guildford Press.
- NICE. (2016). *Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Pantelis, C., Velakoulis, D., Wood, S. J., Yucel, M., Yung, A. R., Phillips, L. J., ... McGorry, P. D. (2007). Neuroimaging and emerging psychotic disorders: the Melbourne ultra-high risk studies. *Int Rev Psychiatry*, 19(4), 371–381.
- Pěč, O., Bob, P., Pěč, J., & Hrubcová, A. (2018). Psychodynamic day treatment programme for patients with schizophrenia spectrum disorders: dynamics and predictors of therapeutic change. *Psychol Psychother*, 91(2), 157–168.
- Pěč, O., Čechová, D., Pěčová, J., Dragomirecká, E., Šelepová, P., Probstová, V., & Bubela, M. (2009). HoNOS (Hodnocení zdravotního stavu) – Adaptace nástroje na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných v českých podmínkách a jeho použití. *Čes a slov Psychiatr*, 105(6–8), 245–249.
- Phillips, L. J., Curry, C., Yung, A. R., Yuen, H. P., Adlard, S., & McGorry, P. D. (2002). Cannabis use is not associated with the development of psychosis in an 'ultra' high-risk group. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(6), 800–806.
- Rapp, C. A., & Wintersteen, R. (1989). The Strengths model of case management: results from twelve demonstrations. *Psychosocial Rehabil J*, 13(1), 23–32.
- Rasheed, J. M., Rasheed, M. N., & Marley, J. A. (2011). *Family therapy: models and techniques*. California: SAGE Publications.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: a road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329–339.
- Ruhrmann, S., Bechdolf, A., Kuhn, K. U., Wagner, M., Schultze-Lutter, F., Janssen, B., ... group, L. s. (2007). Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. *Br J Psy-chiatry Suppl*, 51, s88–95.
- Říčan, P., & Stuchlík, J. (2018). *Uplatnění holandského FACT modelu v českých komunitních službách pro duševně nemocné*. 35. Konference sociální psychiatrie, Loučná nad Desnou.
- Shaw, P., Gogtay, N., & Rapoport, J. (2010). Childhood psychiatric disorders as anomalies in neurodevelopmental trajectories. *Hum Brain Mapp*, 31(6), 917–925.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with Undesirable Life Events. In: Garber, J. and Seligman, M.E.P., Eds., *Human Helplessness: Theory and Application*. New York: Academic Press.
- Sledge, W. H., Tebes, J., Wolff, N., & Helminiak, T. W. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part II: service utilization and costs. *Am J Psychiatry*, 153(8), 1074–1083.
- Smyth, M. G., & Hoult, J. (2000). The home treatment enigma. *BMJ*, 320(7230), 305–308.
- Stickley, T., & Basset, T. (2008). *Learning about mental health practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Šoltýsová, M., & Hrdlička, M. (2010). Schizofrenie s velmi časným začátkem u šestiletého chlapce: Klinický obraz a léčba. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(6), 377–380.



- Tanskanen, P., Haapea, M., Veijola, J., Miettunen, J., Jarvelin, M. R., Pyhtinen, J., ... Isohanni, M. (2009). Volumes of brain, grey and white matter and cerebrospinal fluid in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort: an epidemiological approach to analysis. *Psychiatry Res*, 174(2), 116–120.
- Tanskanen, P., Ridler, K., Murray, G. K., Haapea, M., Veijola, J. M., Jaaskelainen, E., ... Isohanni, M. K. (2010). Morphometric brain abnormalities in schizophrenia in a population-based sample: relationship to duration of illness. *Schizophr Bull*, 36(4), 766–777.
- Thompson, A. D., & Broome, M. R. (2005). *Risk Factors for Psychosis: Paradigms, Mechanisms, and Prevention*. London: Academic Press.
- Úlehla, I. (1999). *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- van der Gaag, M., Nieman, D. H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M. C., ... Linszen, D. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull*, 38(6), 1180–1188.
- Volkmar, F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(7), 843–851.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process*, 42(1), 1–18.
- Watsky, R. E., Pollard, K. L., Greenstein, D., Shora, L., Dillard-Broadnax, D., Gochman, P., ... Ordonez, A. E. (2016). Severity of cortical thinning correlates with schizophrenia spectrum symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55 (2), 130–136.
- Wilken, J. P., & Hollander, D. d. (2005). *Rehabilitation and recovery: a comprehensive approach*. Amsterdam: SWP Publishing.
- Wing, J. K., Beever, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. *Br J Psychiatry*, 172, 11–18.
- Wood, S. J., Tarnawski, A. U., Proffitt, T. M., Brewer, W. J., Savage, G. R., Anderson, V., ... Pantelis, C. (2007). Fractionation of verbal memory impairment in schizophrenia and schizophreniform psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(9), 732–739.
- Woods, S. W., Tully, E. M., Walsh, B. C., Hawkins, K. A., Callahan, J. L., Cohen, S. J., ... McGlashan, T. H. (2007). Aripiprazole in the treatment of the psychosis prodrome: an open-label pilot study. *Br J Psychiatry Suppl*, 51, s96–101.
- Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*, 22(2), 353–370.
- Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G., & Cosgrave, E. M. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(2), 118–128.
- Yung, A. R., Nelson, B., Stanford, C., Simmons, M. B., Cosgrave, E. M., Killackey, E., ... McGorry, P. D. (2008). Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultrahigh risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophr Res*, 105(1–3), 10–17.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., & McGorry, P. D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res*, 60(1), 21–32.



Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., ... Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*, 39(11–12), 964–971.