



VČASNÉ INTERVENCE V POČÁTCÍCH PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Stanislav Matoušek, Ph.D

Mgr. Pavel Říčan

Národní ústav duševního zdraví

Workshop

30. 11. 2021



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NUDZ
NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

**VIZ
DOM**

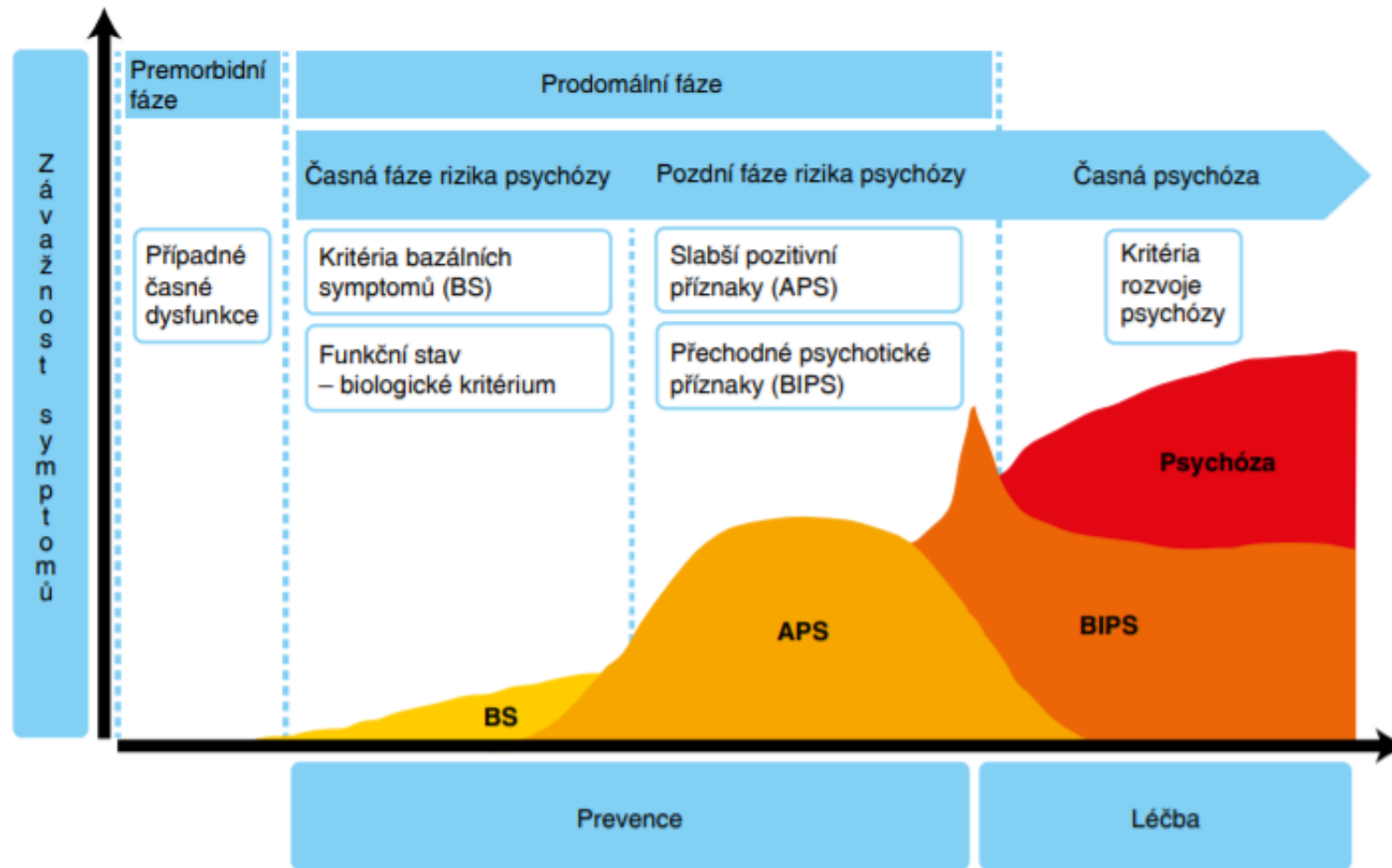


OBSAH

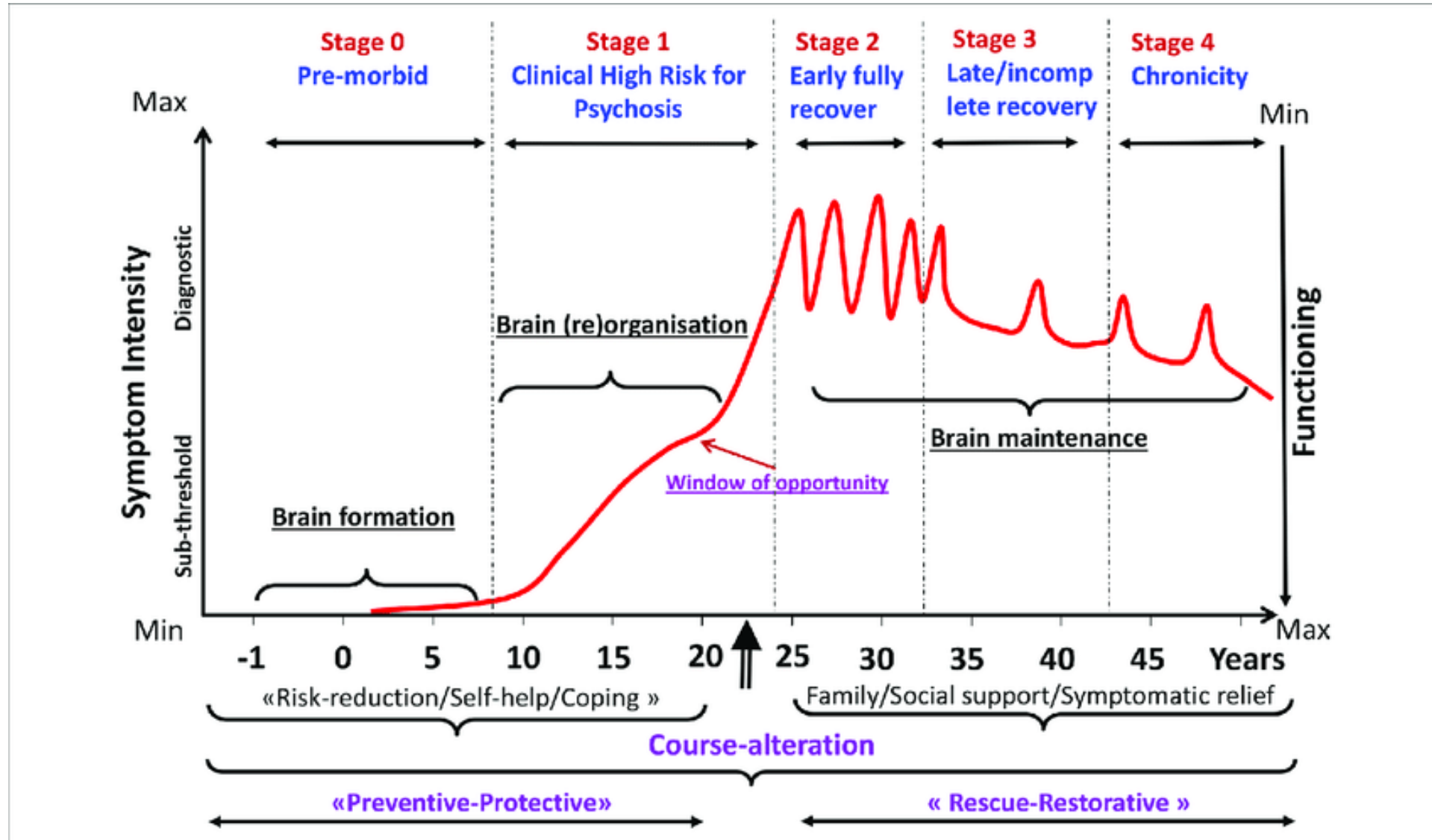
- Proč včasné detekce (ED) a intervence (EI)?
- Ekonomický model
- O projektu
- Nástroje pro posouzení rizika psychózy - CAARMS
- Kazuistiky
- Doporučené postupy léčby psychózy
- Možná implementace v ČR

CO TO JSOU VČASNÉ INTERVENCE?

MODEL ROZVOJE PSYCHÓZY



ROZVOJ PSYCHÓZY



EPIDEMIOLOGICKÁ DATA

- **Incidence F2** (NRHZS data, ÚZIS)
 - 49 osob na 100 000 obyvatel (2018)
- **Prvohospitalizace pro F2** (NRHZS, ÚZIS)
 - 23 osob na 100 000 obyvatel

VČASNÉ DETEKCE A INTERVENCE

Multidisciplinární tým---- rodina ---- ostatní profesionálové

- **Včasná detekce**

- 1) Ohrožení musí přijít ...
- 2) Jak rozeznat opravdu ohrožené?

- **Včasná intervence** - Podpora zpravidla 2 až 5 let

- Case management
- Psychofarmakologická léčba,
- Psychologické a psychosociální intervence,
- Podpora rodiny / rodinná terapie,
- Služba podporovaného zaměstnávání - IPS

EFEKTIVITA ED

- **destigmatizace, edukace**
- **snížení doby neléčené psychózy** (Johannessen, 2001; Lloyd-Evans, 2011)
- **snížení rizika tranzice do psychózy u ARMS** (van der Gaag, 2013)
- **zajištění návaznosti mezi primární a sekundární péčí** (Paolo Fusar-Poli, 2017)

EFEKTIVITA EI

- **snížení míry hospitalizace** (Bird, 2010; Correll, 2018; Marshall & Rathbone, 2011; Randall et al., 2015) **či nedobrovolného přijetí** (Paolo Fusar-Poli, 2017; Joa, Gisselgård, Brønnick, McGlashan, & Johannessen, 2015)
- **snížení rizika relapsu** (Bird, 2010)
- **snížení pozitivních a negativních symptomů** (Bird, 2010; Correll, 2018)
- **snížení rizika sebevraždy** (McCrone, Park, & Knapp, 2010)
- **redukce zátěže komorbiditami**
- **snížení rizika přerušení léčby** (Correll, 2018)
- **zvýšení šance na udržení ve škole či v zaměstnání** (Correll, 2018)

DŮLEŽITÉ PRVKY VČASNÝCH INTERVENCÍ

- Asertivní přístup
- **Zapojení rodiny**
- Trénink sociálních dovedností
- KBT
- Léčba komorbidního nadužívání návykových látek
- Kognitivní remediac
- Podporované zaměstnávání
- Nutriční poradenství
- Fyzická aktivita
- Odvykání kouření
- Starání se o děti

EKONOMICKÝ MODEL PRO ČR

- **Cíl:** Odhadnout náklady na zavedení ED a EI služeb v České republice
- **Roční náklady spojené s běžnou péčí pro osoby v první epizodě psychózy:** 1,2 mld Kč
- **Tyto náklady by mohly být sníženy o:**
 - 25 % v případě zavedení ED služeb (snížení tranzice) 900 mil Kč
 - 33 % v případě zavedení EI služeb 790 mil Kč
 - 40 % v případě zavedení ED i EI služeb. 710 mil Kč

Zahrnuje: náklady na zdravotní péči, náklady na sociální péči, náklady vzniklé ztrátou produktivity

Nezahrnuje: náklady na neformální péči, náklady na justici

PILOTNÍ PROJEKT VIZDOM

VČASNÉ INTERVENCE U ZÁVAŽNÝCH DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

- Složení ED/EI týmů (celkem 3,0 úvazků):

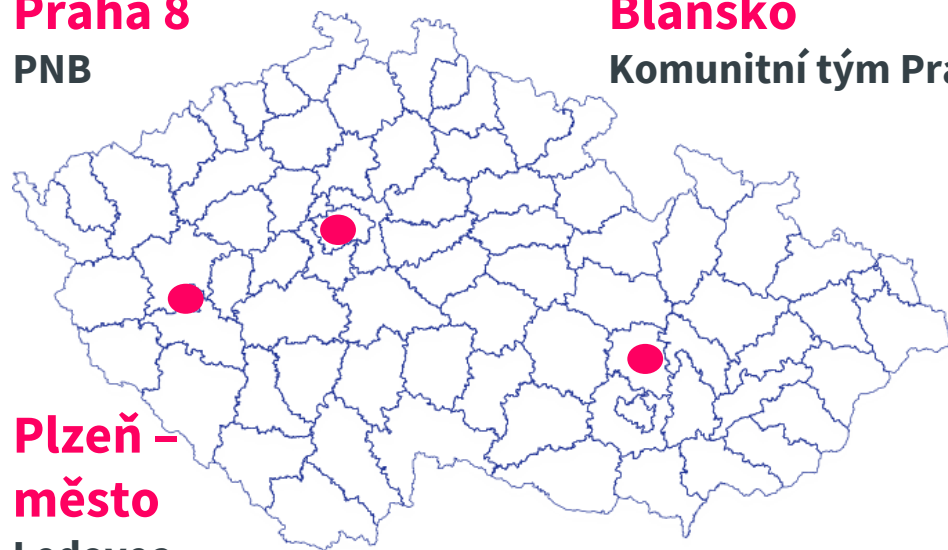
- **Praha** – psycholog (1,0), sociální pracovník (2,0)
- **Plzeň** – psychiatr (0,25), psycholog (0,75), zdravotní sestra (1,0), sociální pracovník (1,0)
- **Blansko** – psychiatr (0,5), psycholog (0,5), zdravotní sestra (1,0), sociální pracovník (1,0)

1. 4. 2019–31. 12. 2021

Praha 8
PNB

Blansko
Komunitní tým Práh

Plzeň – město
Ledovec



- Činnost ED/EI týmů:

CÍLOVÁ SKUPINA

KRITÉRIA PRO ZAŘAZENÍ DO PROGRAMU

Věk: 16–60	Vymezený region
Osoby v riziku rozvoje psychózy (ARMS*) * at risk mental state	CAARMS
Osoby v první episodě psychózy (F2) (FEP**) ** first episode of psychosis	PANSS
Lidé, kteří se léčí s psychózou (F2) méně než 3 roky Léčba = medikace antipsychotiky nebo hospitalizace	Zdravotní záznamy



VÝSLEDKY



PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY GAF, HoNOS a PANSS-6

- Sběr dotazníků: (1) při vstupu do služby; (2) následná kontrola po šesti měsících
- $n = 29$, n očekáváno = přibližně 40
- Metodologie
 - párový t-test
 - Logaritmická transformace dat PANSS-6

Nástroje	Případy	1. měření		2. měření		Porovnání 1 & 2
	počet	M	SD	M	SD	p-hodnota
GAF	29	46.6	17.5	62.3	13.7	< 0.001
HoNOS	29	12.3	5.2	8.3	6.0	< 0.001
PANSS-6	29	15,1	5,8	11,4	4,5	< 0.01

	Kategorie	n
Pohl	Ženy	12
	Muži	17
Dg.	ARMS	4
	1. epizoda	10
	V léčbě	13
	Ostatní	2
Věk	15-18	6
	19-24	7
	25-35	11
	35-50	5

NÁSTROJE PRO POSOUZENÍ RIZIKA PSYCHÓZY



ARMS – RIZIKOVÝ DUŠEVNÍ STAV

- Rodinná anamnéza + potíže v praktickém životě
- Oslabená psychóza
 - Snížená frekvence psychotických příznaků
 - Snížená intenzita psychotických příznaků
- Krátké limitované intermitentní psychotické příznaky (BLIPS)

CAARMS

- Jaké potíže
- Vývoj v čase

1. Neobvyklý myšlenkový obsah

- Bludné ladění, zmatenost
- Bizarní bludy (ovládání, vysílání myšlenek)
- Vztahovačné myšlení

2. Nebizarní bludy

- Paranoidní, nihilistické,
- bludy viny, žárlivecké

3. Poruchy vnímání

- Zvláště sluchové halu

4. Dezorganizace řeči

+ Agrese a sebeagrese

Hodnotím frekvenci v čase a intenzitu

+míru tísně a návyk.látky

Dále praktické fungování -
SOFAS (= +/- GAF)

KAZUISTIKY



KAZUISTIKA 1

- Pan Emil (41 let)
- Poté co mu zkrachovalo podnikání doma
- Neschopen najít práci, 9 let doma - byl to komplot, jsou v tom lékaři a také rodiče mu dávají jedy do pití
- Doba neléčené psychózy 9 let
- Zakázka – pomoci najít práci, změnit život
- Nabídka pomoci při hledání práce, medikace, schůzka v duchu OD s otcem..
- Matka velmi stigmatizační – pod jejím velením přerušují kontakt s EI týmem.

KAZUISTIKA 2 – DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE

- Matka – dítěte 1 rok
- Vdaná, právě dostavěli RD
- Rodinná zátěž– otec alkoholismus †
- Po porodu hospitalizována na psychiatrickém odd. blízke nemocnice – úzkost, deprese, cítila se „mimo a divně“, sebevražedný pokus
- Nyní cítí, že se to vrací
- Doma už to nezvládá, má strach, že ublíží dítěti
- Dobrý kontakt– několik síťových setkání s klientkou a její matkou
- Risk psychózy vyhodnocen pomocí CAARMS– risk není zvýšený - nesplňuje kritéria rizikového stavu
- Předáváme do péče psycholožky v blízke nemocnici – psychoterapie
- Zpětná vazba – psychoterapie opravdu pomáhá/ naši pomoc dále nepotřebuje.

KAZUISTIKA 3 – BLIPS, PRÁCE S RODINOU

- Matka 2 malých dětí
- Kontakt – našla náš leták v čekárně krizového centra
- Nebyla přijata, následně 2 noci v penzionu
- Byla vyděšená, viděla ‘anděly smrti’ místo lidí, signály v letu včel.
- Při kontaktu s námi už o něco lepší, přesto pocity zpomalení času, nefunguje v životě, bojí se sama nakupovat, nespí dobře
- Ve těžkém stresu dobře zafunguje rodinný systém, podpora manžela
- Podpora i mimo náš tým, psychoterapie, ambulantní psychiatra
- 8 síťových setkání, psychiatra předepsala antidepresiva, doporučili jsme rybí olej (omega3)
- Postupné zlepšování stavu, zvládla krizi v domácím prostředí.

KAZUISTIKA 4 – DŮLEŽITOST PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE!?

- Mladík (15 let)
- Pocity ohrožení a sledování na ulici.
- Slyší hlasy několikrát týdně méně než hodinu.
- CAARMS vyšetření mírně za hranou first episode psychosis
- Edukace rodiny, opakovaná síťová setkání
- Medikace cestou PN Velká Bíteš
- Postupné zlepšování stavu, nyní zcela bez potíží, spokojen, funguje.

KAZUISTIKA 5 – LIMITOVANÉ MOŽNOSTI

- Muž (27 let) z menší vesnice
- Konflikty doma, floridně psychotický – schémata ovlivňování, sítě, změny barvy očí
- Během síťových setkání s rodinou – potřeba hospitalizace
- Návrat, komunikuje s týmem, samovolně vysazuje medikaci, znovu začíná abusus kannabisu
- Náročné období doma, smrt otce
- Postupné zlepšování stavu – zastavili jsme ho před nejhorším, „hulit ale bude dál, měl to z toho hubnutí“
- Před měsícem opět zhoršení – rozhodl se brát léky

SHRNUTÍ, ODBORNÁ DOPORUČENÍ



DOPORUČENÉ POSTUPY EVROPSKÉ PSYCHIATRICKÉ ASOCIACE

- **Včasná intervence** u pacientů s klinicky vysokým rizikem (CHR) psychózy by neměla být zaměřena pouze na **prevenci první epizody** afektivní nebo neafektivní psychotické poruchy, ale také na **sociální, vzdělanostní či profesní deficit**.
- CHR posouzen v plném souladu s pokyny EPA o včasné detekci psychózy
- **Psychologické, zejména KBT, stejně jako farmakologické intervence** jsou schopny zabránit nebo alespoň oddálit první psychotickou epizodu
- Model **odstupňované intervence s nejméně restriktivním přístupem služeb**
- **Řešit** aktuální individuální potřeby a **komorbiditu**, depresi, úzkost. Důkladně posuzovat a pravidelně sledovat ..

Obecně:

- **Včasná intervence obecně významně snížila míru konverze** po 6 až 48 měsících sledování ve srovnání s kontrolními podmínkami.
- Pokud jde o typ intervence, **psychologické i farmakologické intervence** měly významný vliv na míru konverze, ale ne na funkční výsledek ve vztahu ke kontrolním podmínkám.
- Včasná intervence u vzorků mladých lidí byla obecně méně účinná než u vzorků převážně dospělých.

RODINNÁ INTERVENCE - DÁNSKÁ DOPORUČ.

- Efekty rodinné intervence na:
 - míra relapsu
 - snížení doby hospitalizace
 - kvalita života
 - spokojenost uživatelů a pečovatелů
- **Rodinná intervence by měla být rutinně nabízena** pacientům se schizofrenií s poruchou fungování
(Baandrup et al., Nordic Journal of Psychiatry, 2017)



Kniha: **The psychoeducational multifamily groups** (William McFarlane and Anne Fjell)

DOPORUČENÍ EPA K LÉČBĚ NEGATIVNÍCH SYMPTOMŮ

Doporučení

- **Nácvik sociálních dovedností** by měl být nabídnut pacientům s negativními příznaky, ale nelze poskytnout žádné konkrétní doporučení pro pacienty s primárními negativními příznaky. Dostupné důkazy navíc neumožňují doporučit jeden konkrétní program pro nácvik sociálních dovedností.
- **Existují důkazy, že služby včasné intervence mohou zlepšit negativní symptomy.** Nelze však formulovat žádné konkrétní doporučení s ohledem na typ intervenčního programu a cílovou populaci s primárními a přetrvávajícími negativními příznaky.

(Galderisi, Mucci, Dollfus, Kaiser, Bitter, Nordentoft, Falkai, Giordano, Nielsen, Sabé, Vandavelde, Pezzella, Glenthoei)

SHRNUTÍ

- **Včasná detekce (ED) a včasná intervence (EI)** - postupy založené na důkazech
- VIZDOM - **první implementace v ČR**
- Paradigma, principy ED a EI je možné uplatnit v široké škále služeb
- Možné varianty implementace (CDZ...)

IMPLEMENTACE EI A ED V ČR

VARIANTA	VÝHODY +	NEVÝHODY -
Samostatné týmy v celé ČR	• Nejlépe vyzkoušený model v zahraničí (UK, Austrálie, Dánsko..) • Bude zajištěna pozornost na včasnou detekci a včasnou intervenci	• Paralelní síť s CDZ • Nutnost předávání příjemců péče mezi týmy • Nedostatek profesionálů (zvláště psychiatrů) pro vybudování celé sítě
Týmy přidružené k psychiatrickým oddělením všeobecných nemocnic	• Model úspěšně fungující ve Švýcarsku • Dobré propojení na potřebná vyšetření (MRI aj.) • Návaznost v případě potřeby hospitalizace	• Paralelní síť s CDZ • Psychiatrická oddělení nejsou ve všech okresech • Čistě zdravotnické týmy • V ČR nebylo testováno
Součást CDZ	• Existující legislativní ukotvení (zdravotní + sociální část) • Napojení na stávající detekční a intervenční postupy CDZ • Kódy zdravotnických pojišťoven • Možnost předávání příjemců péče v rámci jednoho týmu	• Riziko ztráty zaměření (požadavky na řešení krizí a osoby propouštěné z lůžkové péče) • Velikost týmu CDZ

EI A ED SOUČÁSTÍ CDZ

VARIANTA	VÝHODY	NEVÝHODY
Jako subtým CDZ	• Práce v malém jasně vymezeném subtýmu	• Organizační těžkosti • Dvojitá identita
Specialisté v rámci CDZ	• Další specializace v rámci týmu: • Peer konzultant • IPS specialista • Specialista na duální problematiku • Specialista EI (nejméně 3?)	• Velký tým • Riziko ztráty zaměření

OČEKÁVATELNÉ PRAKTICKÉ PROBLÉMY

- Jak hradit práci s rodinou pokud služba nepracuje zároveň s klientem?
- Jak hradit nutné detekční aktivity?
- Vykazování osob „at risk“ a financování jejich podpory
- Bude potřeba společné stanovisko CDZ, vyjednávání se zdravotními pojišťovnami. Výsledky představeného projektu mohou přinést nutnou argumentaci.

DOTAZY A DISKUSE

MUDr. Stanislav Matoušek, Ph.D.

Psychiatr v týmu včasné intervence

stanislav.matousek@nudz.cz

Mgr. Pavel Říčan

Metodik

rican@cmhcd.cz



POUŽITÉ ZDROJE

- **Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010).** Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- **Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., . . . Guloksuz, S. (2018).** Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6), 555-565.
- **Dorazilova, A., Humpolicek, P., Mohr, P., Rodriguez, M. (2018).** Bazální symptomy a prodromální fáze schizofrenie. *Psychiatrie*. 2018, 22 (2), 68-74.
- **Fusar-Poli, P. (2017).** Extending the benefits of indicated prevention to improve outcomes of first-episode psychosis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 667-668.

POUŽITÉ ZDROJE

- **Joa, I., Gisselgård, J., Brønnick, K., McGlashan, T., & Johannessen, J. O.** (2015). Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-9.
- **Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK, Horneland M, Joa I, Mardal S, et al.** (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res.*; 51:39-46.
- **Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling S, Hobbs L, Hinton M, et al.** (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 198:256-63
- **Marshall, M., & Rathbone, J.** (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD004718. doi:10.1002/14651858.CD004718.pub3
- **McCrone, P., Park, A.-L., & Knapp, M.** (2010). Economic evaluation of early intervention (EI) services: Phase IV report.
- **Mohr, P., Galderisi, S., Boyer, P., Wasserman, D., Arteel, P., Ieven, A., . . . Winkler, P.** (2018). Value of schizophrenia treatment I: The patient journey. *European Psychiatry*, 53, 107-115.

POUŽITÉ ZDROJE

- **Randall, J. R., Vokey, S., Loewen, H., Martens, P. J., Brownell, M., Katz, A., . . . Chateau, D.** (2015). A Systematic Review of the Effect of Early Interventions for Psychosis on the Usage of Inpatient Services. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1379-1386. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbv016>
- **Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Meneghelli A, Nordentoft M, Marshall M, Morrison A, Raballo A, Klosterkötter J, Ruhrmann S.** (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. 30(3):388-404. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.013. PMID: 25749390.
- **ÚZIS** (2021). Incidence duševních onemocnění. Dostupné na: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/indikatory/> [staženo 24. 1. 2021]
- **van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., . . . Cuijpers, P.** (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*, 149(1-3), 56-62. doi:10.1016/j.schres.2013.07.004
- **Winkler, Petr, et al.** (2018). "Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic." *European Psychiatry* 53, 116-122.