

Včasná intervence u osob se závažným duševním onemocněním

Metodika práce terénních týmů

Ondřej Krupčík, Lucie Kondráťová, Marie Kuklová,
Pavel Říčan, Hana Tomášková, Stanislav Matoušek,
Matěj Kučera

NU^DZ

NÁRODNÍ ÚSTAV
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Včasná intervence u osob se závažným duševním onemocněním

Metodika práce terénních týmů

Ondřej Krupčík, Lucie Kondrátová, Marie Kuklová,
Pavel Říčan, Hana Tomášková, Stanislav Matoušek,
Matěj Kučera

NU^DZ

NÁRODNÍ ÚSTAV
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

VČASNÁ INTERVENCE U OSOB SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Metodika práce terénních týmů

Kolektiv autorů:

Mgr. Bc. Ondřej Krupčík

Mgr. Lucie Kondráťová

RNDr. Marie Kuklová

Mgr. Pavel Říčan

Hana Tomášková, MSc.

MUDr. Stanislav Matoušek, Ph.D.

MUDr. Matěj Kučera

Editor:

MUDr. Jan Lorenc

Odborné připomínky / konzultace:

MUDr. Miroslav Pastucha

Jazykové korektury:

Mgr. Lucie Maršíková

Grafické úpravy / obálka:

BcA. Tereza Vašků

Národní ústav duševního zdraví

Veřejné duševní zdraví – výzkumný program

Projekt VIZDOM

Topolová 748

250 67 Klecany

Tato kniha vznikla v rámci projektu

Včasné Intervence u osob se Závažným Duševním Onemocněním (VIZDOM)

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009304

ISBN 978-80-87142-48-6

2022

Úvod / 7

1 Koncept včasné intervence / 9

- 1.1 Programy včasné intervence / 9
- 1.2 Psychotická onemocnění / 10
- 1.3 Průběh psychotických onemocnění / 12

2 Cílová skupina / 17

- 2.1 Kategorie podle typu onemocnění / 17
- 2.2 Okolnosti vylučující vstup do služby / 20
- 2.3 Specifické případy / 21

3 Tým včasné intervence / 22

- 3.1 Složení týmu / 22
- 3.2 Výcvik a fungování týmu / 25

4 Publicita, osvěta a spolupráce / 27

- 4.1 Aktivity zaměřené na veřejnost / 27
- 4.2 Spolupráce se školami / 39
- 4.3 Osvěta ve zdravotnické a sociální sféře / 41
- 4.4 Další příležitosti spolupráce a propagace / 47
- 4.5 Kategorizace diseminačních opatření v projektu VIZDOM / 48

5 Včasná detekce / 50

- 5.1 Klinické mapování / 50
- 5.2 Neurokognitivní testování / 53
- 5.3 Neurozobrazovací nástroje a laboratorní vyšetření / 54
- 5.4 Psychologická diagnostika / 55

6 Včasná intervence / 58

- 6.1 Principy včasné intervence / 58
- 6.2 Jednání se zájemcem o službu / 64
- 6.3 Typické situace při práci s klientem / 67

- 6.4 Specifické postupy práce podle typu onemocnění / 77
- 6.5 Individuální a krizové plánování / 84
- 6.6 Intervence zaměřené na zdravý životní styl / 87
- 6.7 Etické aspekty poskytování služby / 92
- 6.8 Zahraniční programy zaměřené na práci s rodinou / 94
- 6.9 Kategorizace intervencí v projektu VIZDOM / 100

7 Evaluace služby / 105

- 7.1 Nástroje a sběr dat / 105
- 7.2 Hodnocení standardu / 109

8 Zavádění služeb do praxe / 112

- 8.1 Výzvy při zavádění služeb / 112
- 8.2 Devět kroků pro zavedení služeb do praxe / 117
- 8.3 Doporučení pro realizaci / 119

Souhrn / 124

Literatura / 125

Přehled použitých zkratk / 141

Seznam tabulek / 143

Seznam obrázků / 143

Seznam grafů / 143

Seznam příloh / 144

Přílohy / 145

Realizační tým projektu / 161

Tato metodika byla vytvořena jako součást projektu Včasné Intervence u osob se Závažným Duševním Onemocněním (akronym VIZDOM). Projekt byl realizován Národním ústavem duševního zdraví v rámci reformy psychiatrické péče. Cílem projektu bylo v letech 2018–2022 pilotně vybudovat a evaluovat služby včasné detekce (Early Detection, zkráceně ED) a včasné intervence (Early Intervention, zkráceně EI) v českém prostředí. Pilotáž probíhala na základě práce tří multidisciplinárních terénních týmů v Plzni, v Blansku a na Praze 8.

Metodika vznikala průběžně v projektu VIZDOM a její účel je dvojitý:

- 1. Poskytnout vodítka pro práci intervenčních týmů pracujících v projektu VIZDOM.*
- 2. Popsat specifickou metodu včasné detekce a včasné intervence, která bude moci být využita v rámci multidisciplinárních týmů v ČR.*

Části publikace se prolínají příběhy Reného a Nikol. Kazuistiky vycházejí z konkrétních zkušeností intervenčních týmů, jsou však pozměněny z důvodů ochrany soukromí klientů. Mají za úkol ilustrovat na konkrétních lidských osudech, jak se jednotlivé teoretické aspekty práce promítají do praxe.

V zahraničí se programy včasné detekce a včasné intervence ukazují ve srovnání s běžnou péčí o osoby v rané fázi duševního onemocnění jako efektivní opatření, která u klientů snižují riziko hospitalizace, riziko relapsu a riziko sebevraždy, detekují výskyt pozitivních a negativních symptomů onemocnění, napomáhají k udržení studia a zaměstnání [1–4]. Při včasné zásahu také snižují potenciál rozvoje psychózy u osob v riziku [5; 6].

V mnoha zemích proto existují specializované služby včasné detekce a včasné intervence, příkladem mohou být služby včasné intervence ve Velké Británii, které jsou zastřešeny metodickým plánem na národní úrovni [7], detekční program TIPS v Norsku [8] nebo dánský komunitní program včasné intervence OPUS [9]. V České republice zatím takové specializované programy nebyly zavedeny. Přestože probíhá reforma psychiatrické péče, v systému hrají stále důležitou roli psychiatrické nemocnice a komunitní služby nejsou široce dostupné [10].

KONCEPT VČASNÉ INTERVENCE

Programy včasné detekce (Early detection – ED) a včasné intervence (Early intervention – EI) pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění jsou součástí reformy ve zdravotnických službách v řadě západních zemí. Oba pojmy (ED i EI) nelze považovat za jednoznačně definovaný pojem, neboť jednotlivé programy se v různých zemích či na různých pracovištích liší [11]. Služby včasné detekce se zaměřují na identifikaci a případně asertivní vyhledávání osob s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění či v jeho rané fázi. Služby včasné intervence poskytují lidem z cílové skupiny kontinuální podporu, která nejen umožňuje zotavení, ale především usiluje o to, aby klient nevypadl ze svých předchozích sociálních rolí. Intervence poskytované v rámci služby tedy nekončí včasnou detekcí, ale zahrnují komplexní podporu, a to zpravidla po dobu prvních dvou až pěti let od rozvoje onemocnění. Programy včasné detekce a včasné intervence poskytují ve srovnání s běžnou péčí vyšší standard ve smyslu snížení rizika hospitalizace, snížení výskytu symptomů nemoci, ekonomických nákladů či zvýšení kvality života.

1.1 PROGRAMY VČASNÉ INTERVENCE

Mezi hlavní průkopníky specializovaných ED a EI služeb patří zejména Velká Británie a skandinávské země (Norsko, Dánsko, Finsko). Příkladem dobré praxe jsou programy LEO (*Lam-beth Early Onset*), COAST (*Croydon Outreach and Assertive Support Team*) a ETHOS (*The Early Treatment and Home-based Outreach Service*), které byly zavedeny do praxe v jižní části Londýna; z oblasti Skandinávie pak dánský program OPUS a norský TIPS (*Treatment and Intervention in Psychosis*). V rámci situační analýzy byl identifikován také program OTP (*Optimal Treatment Programme*), který vychází z mezinárodní studie zahrnující 21 zemí, a vůbec první služba včasné intervence – australská EPPIC (*Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*), která inspirovala zbytek mezinárodních programů. Dále je relevantní americká služba NAVIGATE a finský „otevřený dialog“. Historie

těchto programů a služby, které jsou v rámci daného programu poskytovány, a také informace o efektivitě jsou shrnuty v uveřejněné situační analýze [11].

Služby včasné detekce a včasné intervence se zaměřují na lidi v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění nebo v jeho rané fázi. Obecně lze definovat tři různé cílové skupiny, jednotlivé programy se pak mohou lišit mimo jiné tím, zda zahrnují osoby ze všech tří skupin či jen některé z nich, případně v jakém poměru. První skupinou intervencí jsou intervence určené klientům, u kterých se vyskytly *prodromální nebo rizikové příznaky*. Druhou cílovou skupinou včasných intervencí jsou lidé *v první atace* závažného duševního onemocnění. Třetí typ intervence je cílen na osoby *v remisi po první atace* onemocnění a zahrnuje následnou několikaletou péči [12]. Podrobnému vymezení cílové skupiny projektu VIZDOM je věnována druhá kapitola tohoto textu.

Služby včasné detekce a včasné intervence jsou založeny na kooperaci multidisciplinárního týmu s různými subjekty, jako jsou rodiny lidí a praktičtí lékaři [7] nebo jiná zdravotnická zařízení, školy, správní instituce, bezpečnostní složky atp. Služby mohou zahrnovat různé způsoby práce 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 [1; 13].

V rámci deinstitucionalizačních snah psychiatrické reformy probíhající v České republice jsou služby včasné detekce a včasné intervence preventivním opatřením pro hospitalizaci lidí s onemocněním z okruhu psychotických onemocnění.

1.2 PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Podle dostupných údajů je roční incidence psychotických onemocnění (diagnostický okruh F2 podle Mezinárodní klasifikace nemocí, zkráceně MKN–10) v České republice 6 073 osob (rok 2013) [14], což odpovídá incidenci 58 osob na 100 tisíc obyvatel. Analýza dat z Národního registru hospitalizovaných ukazuje, že v roce 2014 bylo v ČR do lůžkového zařízení přijato 2 220 pacientů s primární diagnózou z okruhu psychotických onemocnění, kteří zároveň nebyli hospitalizováni pro diagnózu z okruhu F (podle MKN–10) během let 1994 a 2013 [15]. V rámci projektu VIZDOM byla vypracována

situační analýza [11], která ukazuje, že místem prvního záchytu je u klientů komunitních služeb s psychotickým onemocněním zpravidla lůžkové zařízení [16; 17].

Psychotické stavy představují velký zdravotní problém. Člověk zažívá během psychotické epizody ohromný stres a může být nebezpečný sobě nebo okolí. Zátěž vyplývající z psychózy je značná. Nástup většiny psychotických poruch v pozdní adolescenci či rané dospělosti vážně narušuje schopnost dosahovat vývojových milníků. Sociální a vzdělávací či pracovní aktivity, intimní vztahy jsou ohroženy, stejně jako dosažení osobní nezávislosti, stálé identity a pevných hodnot. Rodinné vztahy jsou často vážně narušené a jedinci zažívající psychózu jsou náchylní k dalším psychopatologickým problémům, viktimizaci, chudobě a zvýšeným zdravotním problémům [18].

Podle Světové zdravotnické organizace připadají na schizofrenii a bipolární poruchu asi 2 % všech zkrácených let života v důsledku nemoci (*Disability-Adjusted Life Years, DALY*) a průměrná délka života postižených se zkracuje asi o 10 let [19]. Přibližně 40 % mužů a 25 % žen s těmito poruchami, kteří žijí v západních zemích vykazuje přetrvávající středně těžké až těžké postižení [20].

1.2.1 KLASIFIKACE

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) můžeme většinu psychotických onemocnění zařadit do kategorie F20–F29, tedy „*schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*“. Týmy včasné intervence se často setkávají především s psychózami schizofrenního okruhu (po první hospitalizaci), popřípadě akutními a přechodnými psychotickými poruchami (trvají-li symptomy méně než jeden měsíc). Dále je uveden přehled některých diagnóz z této skupiny [21]:

Schizofrenie

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o klientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky.

Schizotypální porucha

Porucha je charakterizována výstředním chováním a poruchami myšlení a afekty, které jsou podobné schizofrenním, ale určité a charakteristické symptomy se nevyskytnou v žádném stadiu. Moment vzniku poruchy nelze přesně určit, vývoj a průběh jsou podobné jako u poruch osobnosti.

Poruchy s trvalými bludy

Porucha charakterizovaná rozvojem buď jednoho, nebo více vzájemně souvisejících bludů, které přetrvávají často i celý život. Obsah bludu nebo bludů je velmi různý.

Akutní a přechodné psychotické poruchy

Heterogenní skupina poruch charakterizovaných náhlým výskytem psychotických symptomů, jako jsou bludy, halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování. Akutní porucha je definována poměrně rychlým rozvojem patologického klinického obrazu během dvou týdnů nebo kratší doby. Kompletní uzdravení se objevuje většinou během několika měsíců, ale i týdnů a dní.

Indukovaná porucha s bludy

Porucha s bludy, kterou trpí dvě nebo více osob, které jsou v těsné emoční vazbě. Pouze jedna z nich však trpí pravou psychotickou poruchou. Bludy u druhé osoby jsou indukovány a obvykle zmizí, když jsou obě osoby od sebe odděleny.

Schizoafektivní poruchy

Jsou to epizodické poruchy, které mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují k diagnóze ani schizofrenie, ani depresivní či manické epizody.

1.3 PRŮBĚH PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

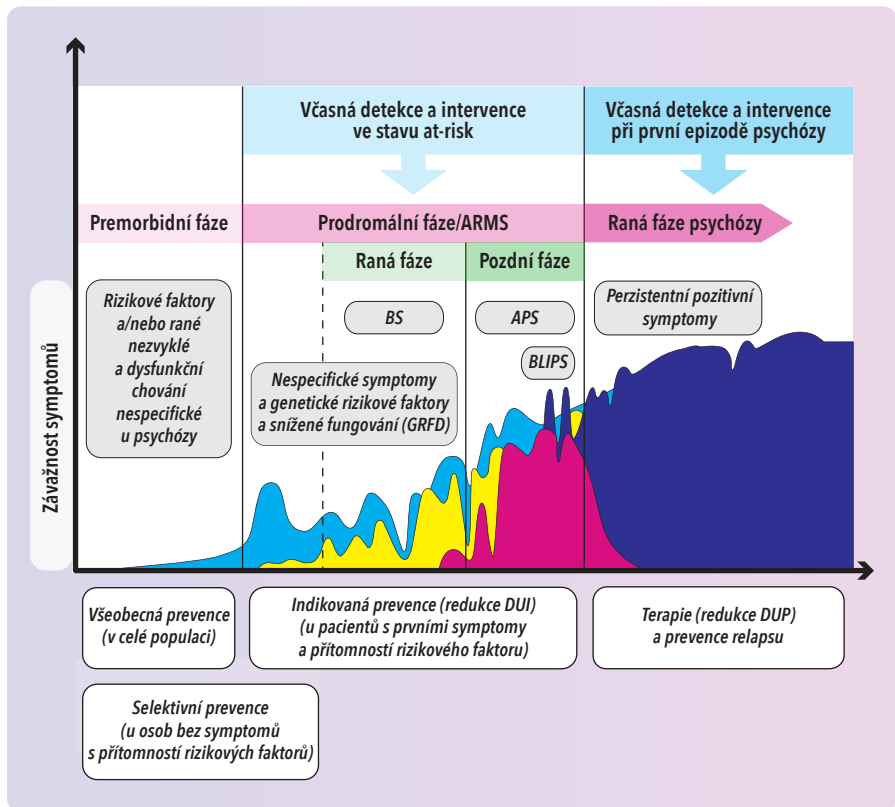
Společným znakem psychotických onemocnění je stav, při kterém dochází k poruše základních psychických funkcí, jako je vnímání a myšlení, respektive rozvíjí se tzv. pozitivní symptomy, jako jsou halucinace, bludy a poruchy myšlení [22].

Pro většinu psychóz je typické, že se pro okolí projevují ve formě akutní ataky, charakterizované pozitivní symptomatologií a propukající náhle

a nečekaně. V posledních 20 letech se výrazně pokročilo v poznání mechanismů a pomalu postupujících změn trvajících několik let, během kterých se riziko floridní psychózy postupně zvyšuje. Po odeznění akutní fáze nastává postupná, často neúplná remise [23].

Obrázek 1: Hypotetický časný průběh psychózy ve vztahu k primárním a sekundárním preventivním přístupům

Zdroj: Článek *Early Detection and Treatment of Psychosis: The Bern Child and Adolescent Psychiatric Perspective* [24]



BS: bazální symptomy; **APS:** slabší psychotické symptomy; **BLIPS:** přechodné, časově omezené a nepravidelně se vyskytující psychotické symptomy; **DUP:** doba neléčené psychózy; **DUI:** trvání neléčené nemoci.

1.3.1 PREMORBIDNÍ FÁZE

Premorbidní fáze označuje období před vypuknutím nemoci. Projevuje se zprvu nenápadným sníženým fungováním a výkonem v neuropsychologických testech [25]. Drobné odlišnosti v motorickém a sociálním vývoji mohou být zachyceny již během dětství. Tyto odchylky se mohou projevovat sociálním stažením či poruchami pozornosti [26].

1.3.2 PRODRAMÁLNÍ FÁZE

Prodromální fáze předchází rozvinutí psychózy. Jde o období nepohody, rozladění či rozrušení, které představují odchylku od předchozí zkušenosti a obvyklého chování jedince. Jedná se o stav vysokého rizika rozvoje psychotického onemocnění neboli „at risk mental state“ (ARMS). Prodromální fázi lze diagnostikovat pouze zpětně, tj. po rozvinutí floridních příznaků psychózy. Termín prodromální může být použit k popisu období jak před první epizodou psychózy (počáteční prodrom), tak i před relapsem (prodrom relapsu) [18].

Prodromální období lze rozdělit na fázi raného a pozdního rizika. V rámci rané fáze jsou z pohledu symptomatologie přítomny tzv. bazální symptomy. Jedná se o první subjektivně vnímané psychopatologické manifestace neurobiologických narušení, která v mozku tvoří základ pro rozvoj psychózy. Typicky jde o méně výrazné změny v percepci, subjektivní kognitivní potíže (například vybavení běžných slov), změny v emotivitě nebo sníženou toleranci vnějších stresorů [27]. Může docházet k narušení schopnosti prisuzovat původ myšlenkám a jednání [28; 29] nebo ke změnám v prožitku vlastního já [30]. Závažnost těchto symptomů zároveň nedosahuje úrovně pro stanovení diagnózy psychotického stavu. Příznaky raného stadia psychózy můžeme rozdělit do šesti kategorií:

Změny osobnosti

- ✓ *neklid, nervozita, podrážděnost*
- ✓ *zvýšená citlivost, přecitlivělost*
- ✓ *nespavost, nechutenství*
- ✓ *zanedbávání péče o sebe*
- ✓ *ztráta zájmu, iniciativy, energie, elánu*

Afektivní změny

- ✓ *depresivita, emoční oploštělost nebo labilita*
- ✓ *úzkost, pocit ohrožení*

Změny výkonnosti

- ✓ snížená odolnost, především vůči stresu
- ✓ ztráta koncentrace pozornosti, zvýšená roztržitost
- ✓ pokles výkonnosti

Sociální změny

- ✓ podezřívavost
- ✓ sociální stažení, izolace
- ✓ problémy se vztahy

Změny zájmů

- ✓ náhlý a iracionální zájem o náboženství, ezoteriku, parapsychologii, magii atp.

Změny ve vnímání a prožívání

- ✓ výstřední přesvědčení, neobvyklé zážitky
- ✓ neobvyklé vjemy (např. zesílené nebo změněné zvuky/barvy, změněné prožívání sebe/prostředí)
- ✓ neobvyklé zrakové nebo sluchové vjemy (zejména pokud nikdo/nic není v okolí, bez jasné příčiny)
- ✓ nadměrná vztahovačnost, pocity pozorování
- ✓ prožitek ovlivňování (myšlenek, jednání atd.)

V rámci pozdní fáze rizika se u jedince objevují jasně psychotické (pozitivní) symptomy. Můžeme hovořit o tzv. slabších psychotických symptomech (APS); případně tzv. přechodných, časově omezených a nepravidelně se vyskytujících psychotických symptomech (BLIPS).

V odborné literatuře se můžeme setkat také s pojmem *Ultra High Risk* (UHR) [31]. Pro klasifikaci tohoto stavu musí být u jedince splněno nejméně jedno z následujících kritérií:

- a) oslabená psychóza (APS)
- b) intermitentní psychotické příznaky (BLIPS)
- c) vulnerabilní skupina (historie psychotického onemocnění v rodině, schizotypální porucha) v kombinaci se sníženým psychosociálním fungováním

1.3.3 FÁZE PSYCHÓZY

Tato fáze je charakterizována přítomností pozitivních psychotických příznaků, jako jsou bludy, halucinace nebo poruchy myšlení [18]. Mohou se

objevovat také negativní projevy, kam se řadí apatie, chudá řeč, sociální stažení, nedostatek vůle nebo zanedbání péče o sebe [32; 33].

1.3.4 DOBA NELÉČENÉ PSYCHÓZY

Doba neléčené psychózy (*Duration of Untreated Psychosis – DUP*) je klíčová pro celkovou prognózu psychotického onemocnění. Jedná se o dobu mezi prvním projevem psychotických symptomů a zahájením léčby z důvodu psychotického stavu. Tento ukazatel má výrazný vliv na závažnost symptomů, celkové fungování jedince a jeho kvalitu života [34]. Delší DUP je prediktorem zhoršeného sociálního fungování [35] a souvisí s celkově horší prognózou onemocnění, rizikem relapsu a zhoršenou reakcí na léčbu [36–38]. Zahraniční zkušenosti ukazují, že programy včasné detekce a následné včasné intervence pomáhají tuto dobu redukovat.

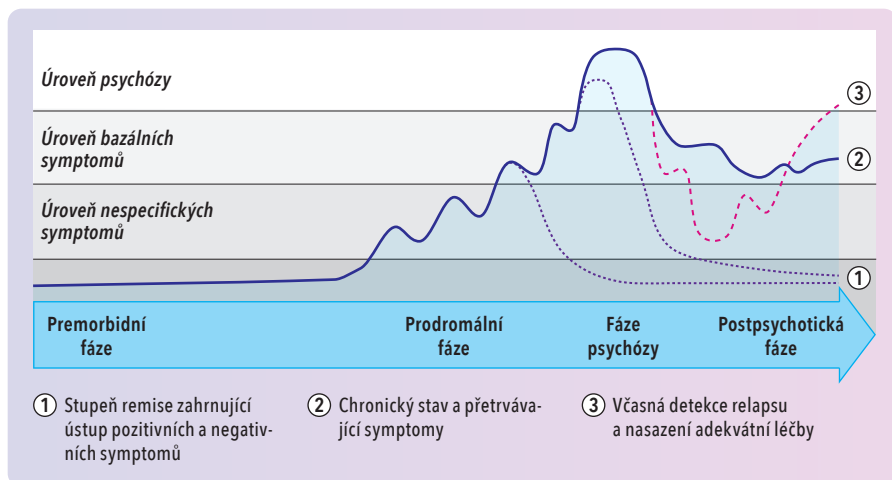
1.3.4 POSTPSYCHOTICKÁ FÁZE

V rámci postpsychotické fáze může dojít k remisi zahrnující ústup pozitivních i negativních symptomů a k dosažení stavu tzv. klinického zotavení, které je definované jako dosažení remise na symptomatické i funkční úrovni [18; 39].

Obrázek 2: Typický průběh psychotického onemocnění a postpsychotické fáze

Zdroj: Článek *Early Detection and Treatment of Psychosis:*

The Bern Child and Adolescent Psychiatric Perspective [24]



II. CÍLOVÁ SKUPINA

Vymezení cílové skupiny v rámci projektu VIZDOM se v období přípravné fáze postupně zpřesňovalo. První myšlenkou bylo vymezit cílovou populaci poměrně úzce a v zásadě v souladu s praxí ve Velké Británii, Švýcarsku a Norsku. Tento přístup, nazývaný také jako tzv. cherry picking neboli „vybírání třešní“, bývá někdy kritizován jako málo všeobecný. Na druhou stranu lze doložit značné úspěchy takto specializovaných programů. Program tohoto typu se setkává s velkým množstvím zájemců o službu a většina z nich se předává do jiných služeb.

Řada zahraničních programů pracuje především s mladými lidmi na prahu dospělosti (např. Austrálie). Intervenční týmy VIZDOM nabízely podporu široké skupině osob ve věku 16–60 let, a to především z důvodu mapování problematiky a možného zobecnění programu pro širší populaci. Z hlediska regionálního zacílení dokáže jeden intervenční tým efektivně pokrýt zpravidla území okresu, to znamená populaci přibližně 100 000 obyvatel.

Základními kritérii pro přijetí do služby v projektu VIZDOM tedy bylo:

- ✓ *věk: 16–60 let*
- ✓ *vymezený region:*
 - *okres Blansko*
 - *Plzeň-město*
 - *městská část Praha 8*

2.1 KATEGORIE PODLE TYPU ONEMOCNĚNÍ

Vzhledem k odlišným potřebám různých klientů byly v rámci projektu VIZDOM rozlišeny čtyři základní skupiny příjemců, a to z pohledu historie a současných projevů onemocnění. Intervenční týmy, vedle anamnestických údajů, využívaly pro klasifikaci klientů standardizované screeningové nástroje. Na základě zahraničních i tuzemských zkušeností byly zvoleny škály PANSS (*The Positive and Negative Syndrome Scale*) a CAARMS (*The Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*).

2.1.1 KRITÉRIA PRO ZAŘAZENÍ

- 1) *osoby v riziku rozvoje psychotického onemocnění*
(at risk mental state – ARMS, dle CAARMS)
- 2) *osoby v první epizodě psychotického onemocnění*
(first episode of psychosis – FEP, dle PANSS)
- 3) *osoby v léčbě z důvodu psychotického onemocnění*
(diagnóza z okruhu F2 dle MKN–10) po dobu kratší než tři roky
(tj. byla u nich zahájena léčba antipsychotiky nebo hospitalizace pro F2)
- 4) *ostatní klienti*

Osoby v riziku rozvoje psychotického onemocnění

Stavem rizika rozvoje psychotického onemocnění (ARMS) je označována situace, kdy se u jedince projevují prodromální příznaky, které mohou vyústit v psychotickou ataku [7; 40]. Je důležité zohlednit také úroveň fungování a možnou rodinnou zátěž, případně další relevantní faktory jako abúzus návykových látek.

Týmy včasné intervence by měly mít schopnost rozpoznat jedince se zvýšeným rizikem rozvoje psychotického onemocnění a toto riziko podrobněji stratifikovat. V rámci projektu VIZDOM byl pro diagnostiku osob ARMS využit nástroj CAARMS–B, který – pokud jde o osoby v riziku – vymezuje tři, resp. čtyři diagnostické skupiny:

- (1) *geneticky vulnerabilní skupinu*
- (2a) *osoby s psychotickými příznaky slabší (podprahové) intenzity*
- (2b) *osoby s psychotickými příznaky slabší (podprahové) frekvence*
- 3) *osoby s přechodnými psychotickými příznaky, tzv. BLIPS. (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms) skupina [41], (více v podkapitole 7.1.1 Evaluační nástroje).*

Do rizikové populace zároveň spadají jedinci, u kterých se vyskytují tzv. rizikové faktory. Ty můžeme rozdělit do tří kategorií. První z nich je věk – větší riziko rozvoje psychotického onemocnění spadá do období 15–25 let věku, ačkoliv kolem jedné čtvrtiny nových výskytů schizofrenie se objeví ve 40 letech nebo později. Dalším rizikovým faktorem je genetická predispozice, která se běžně zjišťuje jako psychotické onemocnění v blízké rodině. Za rizikové lze považovat zejména závažná duševní onemocnění nebo schizotypální rysy, které se projevují dlouhodobými nápadnostmi myšlení a chování, jako je vztahovačnost, výstřední zájmy a sklon k sociálnímu stažení [42]. Třetí kategorií rizikových faktorů

jsou psychotické příznaky (viz níže), které se ale vyskytují v menší míře než u rozvinuté psychózy – buď s menší intenzitou, nebo pouze po kratší dobu [43].

Ne u všech osob v ARMS se naplno rozvine psychotické onemocnění [41]. Podle metaanalýzy se plná psychóza do tří let rozvine zhruba u třetiny osob, které jsou dle výše uvedených kritérií hodnoceny jako rizikové [44]. Psychóza se tedy nerozvine přibližně u dvou třetin, může ale dojít k rozvoji jiného onemocnění, například úzkosti, deprese nebo bipolární poruchy [45].

Včasná identifikace osob z cílové skupiny a následné poskytování podpory týmem včasné intervence je účinným preventivním nástrojem k předejití plnému rozvoji psychózy [43]; [46]. Specializované služby redukuje riziko přechodu do psychózy u ARMS osob o 54 % oproti kontrolním skupinám [47].

Osoby v první epizodě psychotického onemocnění

Do této skupiny řadíme osoby s jasně rozvinutou psychotickou epizodou [7]. Zahraniční studie ukazují, že 58 % jedinců v první epizodě psychotického onemocnění (*first episode of psychosis – FEP*) dosáhne remise (bezpříznakové období alespoň jednoho týdne) a 38 % osob funkčního zotavení [48]. Specializované intervence pro tuto skupinu, založené na práci multidisciplinárního týmu jsou v USA, v Austrálii, ve Velké Británii a vybraných zemích Evropy považovány za standard [32; 49; 50].

Pro posouzení, zda se klient nachází ve stavu psychózy, je důležité zmapovat míru rozvinutí případných pozitivních příznaků. V projektu VIZDOM byl za tímto účelem využit nástroj PANSS–6 (podrobněji dále v podkapitole 7.1.1 Evaluační nástroje). Mezní hodnotou, která odlišuje jasně psychotický stav od psychotického je zisk alespoň čtyř bodů na kterékoliv položce (pozitivních symptomů) tohoto nástroje.

Osoby v léčbě psychotického onemocnění

Jedná se o cílovou skupinu osob, které již mají zkušenost se systémem psychiatrické péče. Za léčbu v daném smyslu považujeme (a) zahájení léčby antipsychotiky, nebo (b) hospitalizaci pro F2, a to nejdéle před třemi roky. Hospitalizace či zahájení léčby antipsychotiky nemusí znamenat, že se klientům nedostalo nejlepší možné péče. Zároveň je nutné vedle farmakologické léčby zvážit potřebu jiných intervencí, které by mohly vést ke zmírnění projevů nemoci.

Ostatní klienti

Týmy včasné intervence poskytovaly službu klientům mimo primární cílo-

vou skupinu. Jedná se například o osoby, které užívaly antipsychotika, ale neměly dg. F2 (např. z důvodu prevence stigmatizace), nebo byly v riziku rozvoje psychotického onemocnění, ale nesplnily kritéria dle CAARMS-B atd. Důvodem pro pokračování spolupráce s klientem, který spadá do kategorie „ostatní“, v péči týmu je zejména absence, nedostupnost nebo obsazenost adekvátních služeb. Pokud má klient zájem využít službu a intervenční tým má důvod s klientem dále pracovat (např. vzhledem k nedostatku návazných služeb v regionu, pro zajištění překlenovacího období před uvolněním kapacity jiné služby, v případech, kdy klient je aktuálně léčen pro jinou diagnózu), může být poskytnuta podpora na přechodnou dobu. Z etického hlediska nelze nechat klienta bez podpory při akutních duševních obtížích a v silném sociálním či zdravotním ohrožení. Klient čerpá podporu do doby, dokud se pro něho nenajde další vhodná služba. Během přetrvávající pandemie nemoci covid-19 týmy zaznamenaly vyšší poptávku ze stran klientů s psychickými problémy, především s panickými atakami a úzkostmi. Týmy včasné intervence se jim věnovaly po přechodnou dobu (tj. do dvou měsíců) a společně s nimi hledaly vhodnou službu, případně psychoterapii.

2.2 OKOLNOSTI VYLUČUJÍCÍ VSTUP DO SLUŽBY

Primární organická porucha

Důsledkem organických poruch mohou být poruchy chování, kognitivní dysfunkce, změny osobnosti aj. Při prvním výskytu psychotických projevů by na základě vyšetření měl být vyloučen jejich organický původ. Každý klient by ještě před vstupem do programu měl v časovém horizontu jednoho až dvou měsíců od podepsání informovaného souhlasu absolvovat CT mozku, EEG a podle výsledků případně neurologické vyšetření, MR mozku nebo vyšetření očního pozadí. Standardem by měl být i neuropsychologický screening. Incidence organický původ obtíží je zvláště u adolescentů a mladších dospělých spíše vzácná. Klíčová je pak léčba primární příčiny (např. odoperování nádoru), což většinou vede k odeznění psychotických projevů. Osoby, u nichž jsou psychotické symptomy sekundární, přičemž primární je organická porucha, budou odkázány do specializovaných služeb.

Primární problém s drogami

Pokud je primární problém drogová závislost, tým včasné intervence doporučí a eventuálně zprostředkuje odpovídající službu v regionu.

Zcela uspokojivá stávající léčba a léčebný tým

Týká se především lidí, u nichž již započala léčba psychotického onemocnění. Pokud je tato léčba uspokojivá, není důvod ji měnit. Tým včasné intervence může přinést řadu podstatných výhod oproti standardní ambulantní léčbě – zejména multidisciplinární pohled a poskytování podpory v terénu. Kritériem pro posouzení, zda má být služba takovému klientovi nabídnuta, je otázka, zda by mohl mít prospěch z podpory intervenčního týmu. Rozhodnutí je pak na klientovi.

Pokud klient služby s týmem včasné intervence spolupracuje, ale navzdory doporučení odmítá psychiatrickou/farmakologickou léčbu, není tato skutečnost kontraindikací pro vstup do programu ani překážkou pro udržení již probíhající spolupráce.

2.3 SPECIFICKÉ PŘÍPADY

Při posouzení kritérií pro zařazení do cílové skupiny se bude vždy vyskytovat řada případů nějakým způsobem specifických. Například může tým začít pracovat s člověkem, jemuž bylo čerstvě diagnostikováno onemocnění psychotického okruhu (F2), ale po několika měsících dojde ke změně diagnózy na afektivní poruchu (F3). V takovém případě je důležité posoudit celý případ. Pokud již došlo k navázání vztahu a spolupráce se daří, je racionální v poskytování podpory pokračovat.

Složitě mohou být také případy určování rizika rozvoje psychózy. Pokud již klient užívá antipsychotika z různých důvodů, je pravděpodobné, že tyto léky zmírňují nebo potlačují příznaky psychózy. V tomto případě klient nemusí na škále dosáhnout úrovně, která indikuje vstup do služby. V některých případech (zejména u osob s poruchou nálady, poruchou osobnosti či závislosti) se antipsychotika rovněž užívají jako přípravek na spaní, na uklidnění, jako podpůrný prostředek u deprese, jako léčba první volby u mánie.

Z obavy ze stigmatizace se mohlo stát, že klientovi byla stanovena jiná diagnóza než schizofrenie, pokud byly příznaky slabé nebo krátce trvající. Bylo navrženo, aby tým včasné intervence mohl výjimečně do programu přijmout i klienta, u něhož vyhodnotí riziko rozvoje psychózy, i když se toto riziko nepodařilo identifikovat pomocí CAARMS. Své rozhodnutí musel tým nicméně řádně zdůvodnit v dokumentaci. Mělo by se jednat o společné rozhodnutí členů týmu.

III.

TÝM VČASNÉ INTERVENCE

Týmy včasné detekce a včasné intervence (zjednodušeně tzv. týmy včasné intervence) se na rozdíl od většiny ostatních služeb zaměřených na péči o duševní zdraví specializují na podporu osob v rané fázi psychotického onemocnění nebo v riziku jeho rozvoje. Jejich hlavní devízou je kombinace postupů včasné detekce a včasné intervence (viz kapitola 5 a 6) a zároveň poskytování služby v terénu – vždy se zohledněním preferencí a individuálních charakteristik klienta programu. Multidisciplinární charakter týmu navíc umožňuje poskytovat klientovi komplexní podporu v nejdůležitějších oblastech, které mohou ovlivňovat jeho zotavení.

3.1 SLOŽENÍ TÝMU

Součástí intervenčních týmů VIZDOM byli pracovníci na pozicích sociálního pracovníka/pracovnice, zdravotní sestry/bratra, psychologa/psycholožky a psychiatra/psychiatričky. V modelovém příkladu byli sociální pracovník i zdravotní sestra zastoupeni každý jedním úvazkem, psycholog a psychiatr měli polovinu. Dohromady šlo o tři celé úvazky na jeden intervenční tým. Reálně byly mezi týmy odlišnosti dané na základě toho, jak se podařilo jednotlivé pozice obsadit kvalifikovanými pracovníky. Multidisciplinární složení týmu umožnilo provádět širokou škálu intervencí a poskytovat klientům podporu v různých oblastech jejich života. Část kompetencí jednotlivých členů týmu je společná, část vychází z jejich specifické odbornosti. Mezi společné kompetence, které by měli mít všichni členové týmu, patří aktivní oslovování zájemců o službu a komunikace s jejich blízkými, rozhodování o zařazení klientů do služby, vytváření plánů péče, krizová intervence, screening a diagnostika klientů a provádění detekčních opatření, včetně komunikace s dalšími službami v regionu.

3.1.1 PSYCHIATR

Díky své odbornosti poskytuje psychiatr edukaci ohledně farmakologické léčby a jejích vedlejších účinků, které mohou ovlivňovat každodenní život.

Psychiatr rovněž farmakologickou léčbu sám předepisuje, provádí diferenciální diagnostiku a podílí se na terapeutické práci. Jeho role může být díky jeho odbornosti důležitá také při konzultacích týmu se soukromými ambulantními psychiatry a psychiatry v nemocnicích, například při zprostředkování psychiatrické léčby v psychiatrické ambulanci či jiné zdravotní službě. Zároveň je k dispozici zejména nezdravotnické části týmu ke konzultacím ohledně projevů nemoci či medikace. Provádí detekci zejména v ambulancích psychiatrů a praktických lékařů, nejčastěji ve dvojici s psychologem či zdravotní sestrou. Psychiatr týmu včasné detekce a intervence hraje zásadní roli v poradenství farmakoterapie a diagnostiky. Uplatňuje se také u intervencí v případech první, nečekané a závažné psychotické zkušenosti u klienta a jeho převzetí do péče.

3.1.2 PSYCHOLOG

Má-li k tomu odpovídající kvalifikaci, psycholog může poskytovat individuální nebo skupinovou psychoterapii pro klienty a jejich rodiny. Jeho práce se může zaměřovat na podporu zpracování traumat a obtížných životních situací, podporu zvládacích mechanismů, vyrovnávání se s nemocí, podporu rodiny a práci s rodinným systémem a doporučení a zprostředkování další psychologické a terapeutické podpory. Psycholog realizuje psychoedukaci, podpůrné rozhovory, dále provádí detekci zejména na školách, v pedagogicko-psychologických poradnách, v poradnách pro mezilidské vztahy a v ambulancích klinické psychologie, případně v ambulancích psychiatrů a praktických lékařů, v lůžkových psychiatrických zařízeních. Podílí se také na diagnostice a za tímto účelem využívá celou řadu psychodiagnostických nástrojů. Pokud psycholog realizuje psychoterapii s klienty týmu včasné intervence, je třeba myslet na jeho kapacitu. Měl by mít vždy kapacitu výjezdů ke společným klientům a pro konzultace ostatním členům týmu. Co se týče psychoterapie, je také třeba se s klientem domluvit na rozsahu sdílení informací s týmem. Psycholog bude například sdílet pouze rámcové informace o průběhu terapie. Obecně vždy platí, že o sdílení informací se vyjednává a klíčový je souhlas klienta. Psycholog se dále podílí na diagnostice a za tímto účelem využívá celou řadu psychodiagnostických nástrojů.

3.1.3 ZDRAVOTNÍ SESTRA

U zdravotní sestry se předpokládá, že působí v případové práci s klienty, dále poskytuje podporu především na základě své odbornosti. Informuje klienty o farmakoterapii (o možnostech, přínosech a rizicích farmakologické

lčby), podporuje klienta v komunikaci s praktickým lékařem a odbornými lékaři, poskytuje intervence zaměřené na psychické zdraví, fyzické zdraví a zdravý životní styl a intenzivně pracuje s rodinným systémem. Dále realizuje podpůrné rozhovory, motivační rozhovory a poskytuje podporu při zvládání stresu a krizových situacích spojených s životními událostmi či s prací a studiem. V rámci detekčních opatření se společně s psychiatrem specializuje na spolupráci s ostatními zdravotnickými zařízeními, zejména s ambulancí psychiatrů a praktických lékařů.

3.1.4 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Sociální pracovník působí v týmu typicky jako klíčový pracovník (case manager), dále poskytuje klientům a jejich rodinám a blízkým podporu především v rámci své odbornosti. Poskytuje podporu v oblasti zaměstnání (například hledání vhodného zaměstnání, informování o právech zaměstnance v konkrétních situacích v pracovní oblasti, při zvládání stresu a krizových situací spojených se zaměstnáním, informování zaměstnavatele o duševních onemocněních s důrazem na destigmatizaci). Dále poskytuje podporu v oblasti vzdělávání (například podpora dosažení studijních cílů u osob s duševním onemocněním nebo v riziku jeho rozvoje – např. výběr vhodné školy, příprava na studium, spolupráce na plánování individuálního studijního plánu, podpora v jednání s pedagogy, podpora ve vztazích se spolužáky, podpora při zvládání stresu a krizových situací spojených se studiem, informování pedagogů a dalších pracovníků školy o duševních onemocněních s důrazem na destigmatizaci). Poskytuje sociální poradenství, v případě potřeby je klientovi nápomocný pro zajištění sociálních dávek, případně pro zajištění návazného ubytování po odchodu z hospitalizace z psychiatrické nemocnice nebo obecně při zajištění jeho potřeb. Je klientům k dispozici pro sdílení každodennosti, poskytuje podporu při vyrovnávání se s nemocí a při tvorbě náhledu na ni, podporuje klienty v plánování volnočasového prostoru, při osvojování zdravého životního stylu, při naplňování životních rolí a orientování se v nich, při znovuzískávání životní perspektivy a nastavování plánů do budoucna atd.

Obecně je cílem sociálního pracovníka jednak napomoci klientovi vyrovnávat se se sociálními důsledky duševního onemocnění v sociální a pracovní oblasti a naučit se jim čelit do budoucna, jednak podporovat klienta v plném fungování ve společnosti. V rámci detekčních opatření navštěvuje městské úřady (kurátory pro dospělé, OSPOD), školy, pedagogicko-psycho-

logické poradny a výchovné ústavy, kde společně s dalšími členy týmu vede workshopy, dále provádí detekci u ostatních poskytovatelů sociálních služeb ze spádového regionu. Pracovník oslovuje lékaře a domlouvá schůzky s psychiatry nebo informuje dané zúčastněné strany o existenci a fungování týmů včasné detekce a včasné intervence.

3.2 VÝCVIK A FUNGOVÁNÍ TÝMU

Ačkoliv tým tvoří odborníci ve svých oborech, práce s klienty v raných fázích psychotického onemocnění má svá specifika, a je tedy vhodné, aby členové týmu prošli patřičným doplňujícím vzděláním. V rámci pilotního projektu VIZDOM byl proto vyvinut a realizován výcvik zaměřený na specifické kompetence v práci s klienty v raných fázích psychotického onemocnění. Na jeho základě vznikl výukový materiál ve formě metodiky výcviku [51].

V projektu VIZDOM pracovala část pracovníků na snížený úvazek. Jednalo se o psychology a psychiatry. Toto nastavení vyžadovalo dobrou týmovou koordinaci, aby pracovníci s nižším úvazkem měli všechny důležité informace o klientech. Bylo proto zásadní, aby se celý tým scházel nejméně jednou týdně na pravidelných poradách. Informace si tým předával i mimo porady (telefonicky, e-mailem), nástrojem pro vzájemné informování byly také záznamy v databázi výkonů.

Pravidelné týmové porady byly koncipované tak, aby jednotliví členové mohli sdílet informace o klientech, kterým tým poskytoval intervence. Zároveň týmová porada sloužila k plánování dalších postupů v práci s klienty a k plánování detekčních opatření. Jedenkrát měsíčně (v případě potřeby častěji) byla zajištěna týmu metodická podpora.

Týmy v projektu VIZDOM neměly stanovené vedoucí. Toto uspořádání vyžadovalo odpovědný přístup všech členů týmu. V druhé půlce projektu byli určeni koordinátoři týmů (bez řídicí pravomoci), což se ukázalo jako praktické opatření. Všechny týmy EI měly pravidelnou supervizi v časovém rozsahu jeden a půl hodiny za měsíc, případně tři hodiny jednou za dva měsíce.

3.2.1 KOORDINACE PRÁCE S KLIENTEM

V týmech projektu VIZDOM nebyl formálně zaveden individuální case management. Tým klienty sdílel, což umožňovalo velmi dobrou zastupitelnost a přímé zapojení více členů týmu. Je vhodné, aby všechny klienty v prvních

týdnech spolupráce viděl psychiatr týmu kvůli vstupní diagnostice, medikaci, řešení případných krizí. V některých případech pracuje s klientem pouze jeden pracovník a s ostatními spolupráci konzultuje. Týmová práce, částečné zapojení alespoň dvou členů týmu, je nicméně vhodnější model.

IV. PUBLICITA, OSVĚTA A SPOLUPRÁCE

Cílem snah o publicitu, osvětu a spolupráci (v rámci projektu VIZDOM souhrnně označováno jako „diseminace“) je podpořit záchyt osob z cílové populace. Jedná se o informování veřejnosti včetně různých relevantních skupin a vytváření funkční záchytné sítě na základě cíleného kontaktování aktérů v oblasti duševního zdraví. Diseminace zahrnuje informování o cílové skupině, službách týmů včasné intervence a jejich fungování v systému péče. Na jejím základě aktéři získávají informace o základních parametrech služby, zejména o tom, v jakém případě a jakým způsobem vyhledat pomoc týmu. Důležitou součástí je destigmatizační úsilí, například v rámci workshopů na školách, setkání na městských úřadech nebo v ordinacích praktických lékařů. Důležitou formou osvěty jsou také mediální výstupy.

Osvětu a spolupráci doporučujeme provádět systematicky, postup plánovat a zaměřit se na široké spektrum aktérů. Pro realizaci detekčních opatření je vhodné disponovat aktuálními letáky služby s kontaktními údaji, případně též plakáty, které je možné umísťovat na určená místa například v ordinacích či ve školách. V této kapitole jsou popsány základní detekční strategie s důrazem na to, co se osvědčilo v praxi týmů VIZDOM.

4.1 AKTIVITY ZAMĚŘENÉ NA VEŘEJNOST

Detekci zaměřenou na populaci s bydlištěm v konkrétním spádovém regionu komplikuje fakt, že zájemci o službu sice spadají do okresu týmu včasné intervence (bydlí v něm), ale využívají i služby mimo okres svého bydliště, ať už jde o služby praktického lékaře, ambulantního psychiatra, psychiatrické nemocnice, nebo i školy, kterou studují. Při provádění detekčních opatření by měl tým na tento fakt brát ohled. V ideálním případě provádí tým detekční opatření ve svém okresu působnosti; pokud na to má zbývající kapacita, provádí detekční opatření v menší míře i v okolních okresech.

4.1.1 PUBLICITA A MEDIÁLNÍ VÝSTUPY

Do této kategorie patří články zpravodajského i publicistického typu, zejmé-

na tiskové zprávy, rozhovory a podcasty, příběhy, reportáže, televizní spoty nebo placená inzerce. Protože týmy včasné intervence v projektu VIZDOM působily pouze ve třech regionech, byla využita především tištěná, případně online média lokální povahy, prezentace v celonárodních médiích by pravděpodobně nebyla efektivní. Většina médií je otevřená k publikaci článků, které pojednávají o duševním zdraví i přímo o iniciativě projektu, a to zdarma. K osvětě se dá použít také grafický obsah, jako například schémata využitá v letáčích (viz výše). Materiály je vhodné doplnit odkazem na webové stránky služby, případně relevantními kontakty.

Články zpravodajského typu a tiskové zprávy

Z hlediska obsahu je důležité příjemcům zprostředkovat základní informace, to znamená zejména odpovědi na otázky: Co? Kdy? Kde? Jak? Je možné se zaměřit například na informace o psychotickém onemocnění a jeho symptomech a také argumenty, proč je včasná intervence důležitá. Dále je vhodné představit službu včasné intervence, popis toho, co nabízí, pro koho je určena, jak funguje multidisciplinární tým a jak probíhá intervenční proces (možné doplnit grafikou).

ČLÁNEK Z LIDOVÝCH NOVIN

Lidem s psychickými potížemi pomáhají nové odborné týmy

18. května 2019; 5:22

KLECANY U PRAHY – Lidem s psychickými potížemi pomáhají od dubna nové odborné týmy, zatím působí v Praze 8, v Plzni a v okrese Blansko, v budoucnu by měly přibýt další regiony. Setkání s odborníky si lidé mohou domluvit přes internet, konat se pak může u žadatele doma nebo třeba v kavárně.

Výhodou je téměř žádná čekací doba, týmy jsou k dispozici prakticky ihned. Nová služba fungující v rámci reformy psychiatrické péče je zdarma. Projekt koordinuje Národní ústav duševního zdraví (NUDZ), uvedl mluvčí ústavu Jan Červenka.

Pomoc týmů cílí například na problémy se spánkem a soustředěním, slyšení hlasů nebo náhlé změny nálady. I tyto stavy se někdy mohou rozvinout v závažnější psychotické onemocnění. „Naší hlavní snahou je proto nabídnout pomoc co nejdříve, protože včasná pomoc se podle mnoha studií

a zahraničních zkušeností ukazuje jako nejučinnější a nákladově nejefektivnější,” uvedl odborný garant projektu Petr Winkler z NUDZ.

Lidé mohou o pomoc žádat prostřednictvím webu www.vizdom.cz, kde naleznou kontakt na příslušný tým a domluví si setkání, které se může konat u žadatele doma nebo třeba v kavárně. Na stejných webových stránkách je k dispozici i jednoduchý anonymní online test, kde si zájemci budou moci otestovat, zda u nich aktuálně existuje riziko rozvoje duševního onemocnění, a případně nalézt návod, jak dále postupovat.

Značnou výhodou projektu je nejen komplexní podpora klientů, ale především téměř žádná čekací doba. „Jedinečné je i to, že se program zaměřuje také na vyhledání osob, které jsou v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění. Týmy jsou proto

v kontaktu s profesionály – praktickými lékaři a učiteli, kteří mohou pomoci osobu v riziku rozvoje zachytit a nabídnout jim pomoc,” dodala Lucie Kondráťová z NUDZ.

Součástí projektu zvaného VIZDOM je i výzkumná část, která má vyhodnotit účinnost nové služby. „Zaměříme se především na kvalitu života podpořených klientů, ale také na to, jestli zavedení nových služeb znamená úsporu pro zdravotně-sociální systém, jako je tomu v zahraničí,” uvedl Winkler.

Cílem reformy psychiatrické péče je přesunout jádro péče o duševní zdraví z psychiatrických nemocnic do přirozeného prostředí klientů. Páteří reformy je vznik Center duševního zdraví, které poskytují zdravotní a sociální služby především lidem se závažným chronickým duševním onemocněním.

Zdroj: Článek byl uveřejněný na webových stránkách Lidovky.cz [52].

ČLÁNEK Z RADNIČNÍCH LISTŮ PLZNĚ

Týmy odborníků pomohou lidem s příznaky duševního onemocnění

Prosinec 2020

Včasně rozpoznání příznaků duševního onemocnění je důležité pro další průběh nemoci. V Plzni funguje tým, který se přímo zaměřuje na včasnou pomoc lidem s psychickými obtížemi. Služba je založená na rychlém kontaktu a mezioborové spolupráci odborníků v různých oblastech péče o duševní zdraví.

Tým složený z psychiatra, psychologů, sociálního pracovníka a zdravotní sestry pomáhá lidem rozpoznat možné příznaky počínajícího duševního onemocnění a nabízí také individualizovanou podporu a léčbu. Služby včasné pomoci jsou určeny lidem

z Plzně-města ve věku 16 až 60 let a jsou poskytovány zdarma. Pracovníky je možné kontaktovat telefonem na číslech 777 465 193 a 775 778 251 každý všední den od 8 do 16 hodin, e-mailem na plzen@nudz.cz nebo je navštívit každou středu

dopoledne v prostorách organizace Ledovec na adrese Karolíny Světlé 463/13 v čase od 9 do 11 hodin. Tým je k dispozici i v případech, kdy se na něj obrátí lidé, kteří zažívají nepříjemné pocity a myšlenky v souvislosti s pandemií covid-19. Na rozdíl od psychiatrické ambulance tým nabízí komplexní podporu, a to téměř bez čekací doby.

Pracovníci se pohybují především v terénu. „Převážně vyjíždíme za klienty do

místa jejich bydliště nebo si domluvíme schůzku tam, kde jim to přijde nejvhodnější,“ uvedl sociální pracovník Marek Rubricius. Tým také spolupracuje se středními školami na akcích, jež mají pomoci zbavit lidi s duševním onemocněním stigmatu. Služba je dostupná díky projektu, který je součástí probíhající reformy péče o duševní zdraví a který je realizován Národním ústavem duševního zdraví.

Zdroj: Článek byl uveřejněn na webových stránkách Radničních listů Plzně a byl dostupný i v tištěné podobě [53].

ČÁST ČLÁNKU Z MĚSÍČNÍKU MĚSTSKÉ ČÁSTI PRAHA 8 – OSMIČKA

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Máte psychické potíže? Rychlá služba vám pomůže

Prosinec 2020

Specializovaný tým pomáhá v osmé městské části lidem s příznaky duševního onemocnění. Pod heslem: „Čím dříve nás lidé kontaktují, tím rychleji se budou cítit lépe“.

Včasné rozpoznání příznaků duševního onemocnění je důležité pro další průběh nemoci. V Praze 8 funguje tým, který se přímo zaměřuje na včasnou pomoc lidem s psychickými obtížemi. Služba je založená na rychlém kontaktu a mezioborové spolupráci odborníků v různých oblastech péče o duševní zdraví.

DŮLEŽITÁ JE VČASNÁ POMOC

Tým složený z psychiatra, psychologa a dvou sociálních pracovníků pracuje na rozšiřování povědomí o závažných duševních onemocněních, pomáhá lidem rozpo-

znat jejich příznaky a nabízí také individualizovanou podporu a léčbu. Služba je jedinečná zaměřením na lidi, kteří jsou teprve v riziku rozvoje onemocnění nebo u kterých se problémy projeví v nedávné době. Včasná pomoc přispívá k rychlejšímu zvládnutí nemoci, lepšímu fungování a celkovému zvýšení kvality života. „Čím dříve nás lidé kontaktují, tím rychleji se budou cítit lépe,“ říká psycholožka týmu včasných intervencí Terézia Dlohošová. Služba je založená na spolupráci s praktickými lékaři, ambulantními psychiatry nebo učiteli. „Nejčastěji se na nás obrací

lidé, kteří si přečetli náš leták u praktického lékaře nebo ve škole. Dále nám volají lidé, kteří pozorují zhoršený psychický stav u někoho v rodině," sdělil psychiatr Jonáš Kolibík. Na rozdíl od psychiatrické ambulance tým nabízí komplexní podporu, a to téměř bez čekací doby. Pracovníci se pohybují především v terénu. „Převážně vyjíždíme za klienty do jejich místa bydliště nebo si domluvíme schůzku tam, kde jim to přijde nejvhodnější, třeba přímo u nich

doma," informovala sociální pracovníce Lucie Vojtková.

JAK SLUŽBU KONTAKTOVAT?

Pracovníky je možné kontaktovat telefonem, e-mailem nebo je navštívit každý pátek dopoledne v prostorách Centra duševního zdraví v Dolákové ulici 536/24. Telefonní čísla (pracovní dny od 8 do 16 hodin): 777 465 191 a 775 778 249. E-mail: praha8@nudz.cz www.vizdom.cz.

Zdroj: Článek byl uveřejněný na webových stránkách měsíčníku Osmička a byl dostupný i v tištěné podobě [54].

Základní informace o onemocnění a službě je možné doplnit například příběhy klientů nebo rozhovory s klienty či odborníky. Lze využít grafické materiály a přílohy.

ČLÁNKY PUBLICISTICKÉHO TYPU – PŘÍBĚHY A ROZHOVORY, PR

V Blansku pomáhá v terénu tým odborníků. Zachraňují lidskou duši

3. května 2021

Zhoršení prospěchu ve škole nebo výkonu v zaměstnání. Problémy ve vztazích, stažení do ústraní, dlouhodobé deprese a v krajním případě i sebevražedné sklony. To vše mohou být příznaky duševního onemocnění. Odborníci varují, že epidemie koronaviru výrazně navýšila počet lidí, kteří se s těmito potížemi potýkají. A potřebují pomoc.

„Loni v květnu, když pandemie začínala, jsme při průzkumu zaznamenali až dvojnásobný nárůst úzkostných onemocnění. A až trojnásobný přírůstek symptomů deprese a rizika sebevražedného jednání. Pozdější šetření potvrdila, že tyto hodnoty během pandemie neklesly,“ uvedl vedoucí výzkumného programu sociální psychiatrie Petr Winkler z Národního ústavu duševního zdraví.

Dodal, že tyto příznaky není dobré podceňovat a odborná pomoc je namístě. V terénu nyní působí tři týmy včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním (VIZDOM). V Praze, Plzni a také v Jihomoravském kraji. Konkrétně v Blansku, kde je kontaktní místo v ulici Svítavská. Jejich služby mohou lidé využít zdarma.

Právě na Blanensku řešili policisté hned v prvních měsících letošního roku čtyři sebevraždy, kdy lidé ukončili život skokem do propasti Macocha. „Co za těmi tragédiemi stojí, ale není otázka na policisty. Člověk si může na život sáhnout například kvůli dluhům, zdravotním, psychickým nebo rodinným problémům, ale to my přímo neřešíme,“ řekl Deníku policista Bohumil Malášek.

Týmy jsou obvykle složené z psychologa, psychiatra, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Tito odborníci mohou lidem společně pomoci v široké škále oblastí, které

jsou při zoládání a zotavení z psychických obtíží důležité. Může se jednat o podporu řešení problémů v rodině, ale také v oblasti zaměstnání nebo vzdělávání. „Díky spolupráci s terénním týmem Práh jižní Morava vnímáme a často řešíme dopad omezení souvisejících se současnou pandemií koronaviru zejména na mladší osoby. Žáky a studenty, kteří se museli naučit vyrovnávat s distanční výukou, a jejich rodiče. Dlouhodobý stres spojený s pandemickými podmínkami je v příbězích klientů patrný,“ řekl psycholog blanenského týmu Radim Koníček.

Zdroj: Článek byl uveřejněn na webových stránkách Blanenského deníku a byl dostupný i v tištěné podobě [55].

Další výstupy lze realizovat například v publicistických pořadech, které jsou relevantní vzhledem k tématu duševního zdraví: Diagnóza F, Hovory o duši, Tělo a Duše, Dušemluva, Máš to taky tak, Na hlavu, Terapie letí, Psycholožky v županu, Terap.odcast aj.

Na začátku projektu VIZDOM byly realizovány rozhovory v České televizi [56]. Také byl uskutečněn rozhovor v pořadu On Air na Českém rozhlase Wave [57], jehož úryvek je k dispozici níže. Rozhovory se sice konaly při osobním setkání, ale jsou z nich záznamy, tudíž jsou nejen ve formě osobního rozhovoru, ale i v online podobě. Dále byl realizován například rozhovor v pořadu Diagnóza F na Radiu Wave [58], viz níže.

ÚRYVEK ROZHOVORU NA RADIU WAVE

Petr Winkler z projektu VIZDOM: Gramotnost v oblasti duševního zdraví je velmi nízká

27. května 2019

„Včasné intervence jsou programy, které míří na lidi ve vysokém riziku závažného duševního onemocnění. Cílí na jejich včas-

nou identifikaci a léčbu. Směřují k tomu, aby nedošlo k případné hospitalizaci a vypadnutí ze vzdělávacího nebo pracovního

procesu," říká Petr Winkler, garant projektu VIZDOM, z Národního ústavu duševního zdraví.

Projekt VIZDOM pomáhá zejména mladším klientům v rozmezí 17 až 25 let. Psychotické onemocnění ovšem může propuknout v jakémkoliv věku. Výraznou roli v něm může hrát traumatická zkušenost, u matek například porod dítěte. O klienty se následně stará multidisciplinární tým, který zahrnuje psychologa či psychiatra, zdravotní sestru a sociálního pracovníka. Spolupracují také s odborní-

ky z Dánska, Norska, Velké Británie nebo Švýcarska.

„Přibližně dvě třetiny lidí, kteří trpí psychotickým onemocněním, nedostávají žádnou odbornou péči. Lidé, kteří sami vyhledají pomoc, jsou v minoritě. Služba VIZDOM cílí právě na tento problém a jeho včasné rozeznání," říká Petr Winkler. V zahraničí se již potvrdila vysoká efektivnost dané služby. Pomáhá lidem včas vyhledat odbornou pomoc, v některých případech dokonce předejde nutnosti užívání léčiv nebo zhoršení stavu klienta.

Zdroj: Článek byl uveřejněný na webových stránkách Českého rozhlasu – Radia Wave [57].

VÝŇATEK Z ČLÁNKU VYTVOŘENÉHO NA ZÁKLADĚ PODCASTU DIAGNÓZA F

Psychózy se poprvé projevují většinou v začátku dospělosti, říká psycholožka

21. květen 2021

Halucinace, pocity pronásledování a problémy v komunikaci s lidmi, to jsou jen některé příznaky, které by mohly být signálem počínajícího závažného duševního onemocnění. Mezi ty patří zejména schizoaфекtivní poruchy, např. schizofrenie. I zde většinou platí – čím dříve se člověk dostane do péče odborníků, tím lépe jde nemoc zvládnout.

Národní ústav duševního zdraví proto spustil pilotní projekt VIZDOM, který se zaměřuje na včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním a doplňuje systém psychiatrické péče u nás. „Klientku jsme začali navštěvovat na doporučení lékaře během její hospitalizace v Bohnicích. Po těžkém průběhu závažného duševního onemocnění teď funguje v rodině i v práci," popisuje výsledek intervencí sociální pracovnice projektu Iva Stoklasová.

Psychotické poruchy se u mužů nejčastěji projevují mezi 15 a 25 lety a u žen mezi 25 a 30 lety a mají tendence se vracet opakovaně. U klientů projektu VIZDOM se to za poslední dva roky zatím stalo jedinému z nich. Psycholožka Terézia Dlhošová to přičítá na vrub relativně krátké době fungování projektu a zároveň skutečnosti, že klienti jsou v pravidelném kontaktu s odborníky, a společně si tak mohou všímnout blížícího se propadu, který je možné už v začát-

ku zvládnout vhodnou intervencí, včetně úpravy medikace.

S jakými problémy a mýty se potýkají lidé se závažným duševním onemocněním? Existuje objektivní úroveň stresu,

který nás ohrozí na duševním zdraví? A jak se pracuje s vracející se paranoii? Poslechněte si Diagnózu F s Terézií Dlhošovou a Ivou Stoklasovou z projektu VIZDOM.

Zdroj: Článek byl uveřejněný na webových stránkách Českého rozhlasu – Radia Wave [58].

4.1.2 ONLINE NÁSTROJE

S nástupem pandemie a všeobecné migrace do online světa forma online osvěty ještě více nabyla na důležitosti. Poutavou a aktuálně velmi populární formou mohou být mediální výstupy, jako jsou videa nebo audio rozhovory, které se v zásadě neliší od jiných mediálních výstupů.

Dalším prostředkem mohou být příspěvky na sociálních sítích (například Facebook). Mezi velmi slibné způsoby, jak oslovit zájemce o službu, dále patří například placená reklama (Google Ads) nebo spolupráce s vlivnými osobami na sociálních sítích (tzv. influencersy). Tyto formáty jsou přijatelné pro mladší publikum a mohou být zajímavým zpestřením ke klasickým mediálním výstupům.

Zveřejňování příspěvků na sociálních sítích

V rámci projektu VIZDOM nebyly zakládány přidružené kanály na sociálních sítích. Při online diseminaci byla navázána spolupráce s již existujícími skupinami a stránkami, které se pojí s tematikou duševního zdraví či jsou významné v daném regionu, například facebookové stránky pro místní komunitu (Blansko, Praha 8, Plzeň), Centra duševního zdraví (CDZ) a jiné zdravotnické/sociální organizace působící ve stejném regionu, facebookové stránky Národního ústavu duševního zdraví či iniciativy NA ROVINU apod. Příspěvek zveřejněný na poslední z vyjmenovaných iniciativ je níže uveden jako příklad tohoto typu diseminace.

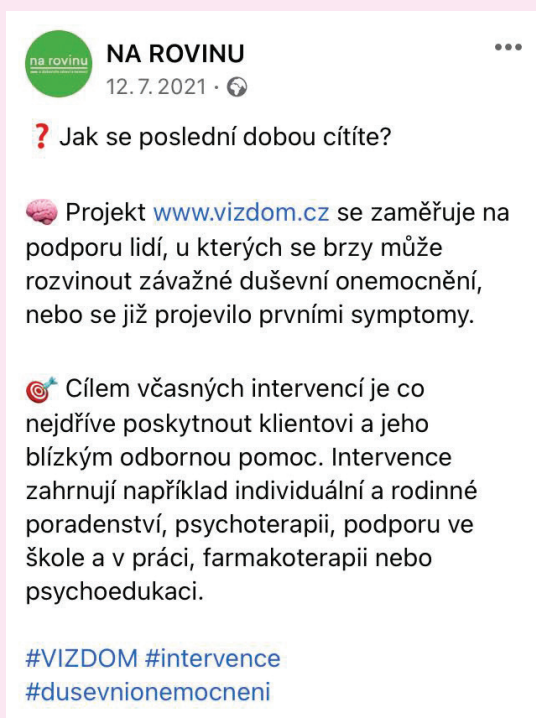
Mezi vhodné příklady uváděných příspěvků na sociálních sítích patří především grafické zpracování nabízených služeb – proces včasné intervence, viz příloha č. 3 a č. 4. Dalším možným příspěvkem na sítích může být jednoduchá grafika odkazující na online poradnu či sebehodnotící screeningový nástroj na symptomy psychotického onemocnění nebo dílčí sekce z projektového webu. Příspěvky pro veřejnost je patřičné navrhnout tak,

aby z nich byly jasné a srozumitelné klíčové informace. Představení členů multidisciplinárních týmů i s jejich fotkami nebo popisem jejich činnosti může přispět k pochopení fungování a personifikaci služby. Další osvědčenou metodou příspěvku je uveřejnění zpětné vazby za pomoci klientů, kteří prošli službou, například formou krátkých citací, a přiblížení projektu a jeho kvalit.

PŘÍSPĚVEK ZVEŘEJNĚNÝ NA FACEBOOKOVÝCH STRÁNKÁCH INICIATIVY NA ROVINU

FB PROFIL: NA ROVINU

12. července 2021



Zdroj: Příspěvek na sociální síti Facebook v profilu Na rovinu [59].

Inzerce pomocí Google Ads

V rámci diseminace projektu byla vyzkoušena také placená reklama ve vyhledávači Google, pomocí tzv. Google Ads. Jedná se o online reklamní službu, díky které mohou inzerenti oslovit zájemce o službu pomocí služeb Google. V projektu byla zacílena přímo na jedince, kteří na internetu vyhledávají právě pomoc v oblasti duševního zdraví, duševních nemocí nebo informace k této tematice. Toto se ukázalo jako poměrně ekonomicky efektivní. V období 7. 4. 2021 do 31. 7. 2021 přinesla vyhledávání 2 650 prokliků (proklikem se rozumí přístup unikátního uživatele na projektový web. Celkově se inzerce zobrazila 34 500 osobám, což odpovídá míře prokliku (CTR, click-through rate) přibližně 7,3 %, přičemž doporučené CTR by nemělo klesnout pod 6,5 %.

Parametry reklamy Google Ads pro službu včasné intervence zahrnovaly reklamní kampaň, která byla nastavena specificky na zobrazení pouze v oblasti Blanska, Plzně a Prahy 8. Tvorba více reklamních sestav a zacílení na různé populace (např. specifikace na město, na volání, na psychotické problémy, rychlou pomoc) se ukázaly jako přínosné. Také se osvědčily specifické reklamní sestavy pouze pro cílová města – Blansko, Plzeň a jedna obecná zaměřená na psychózy a hledání pomoci. Důležité byly i experimenty s klíčovými slovy. Veškeré postupy a návody lze dohledat na webových stránkách [60]. Alternativně se nabízí i možnost využití sponzorovaného příspěvku na Facebooku či jiných sociálních sítích.

Spolupráce s ambasadory/influencery

Spolupráce s ambasadory nebo tzv. influencery (osoby vlivné na sociálních sítích) spočívá v navazování kontaktu s veřejně známou osobou nebo někým, kdo disponuje silnou základnou relevantního publika na sociálních sítích. Samotná afiliace veřejně známé osoby, která má blízko k tematice duševního zdraví, může k diseminaci pozitivně přispět. V projektu VIZDOM nebyla spolupráce s influencery realizována. V případě realizace by bylo vhodnější zaměřit se na lokální známé osobnosti nebo osoby aktivní v místních samosprávách.

Webové stránky

Webové stránky jsou online vizitkou služby a je nezbytné udržovat je kvalitní a stále aktuální. Musí být přehledné a měly by návštěvníkům předávat jasné informace o tom, jaké služby tým včasné intervence poskytuje, kdy

a jak tým kontaktovat a případně rovnou poskytovat online podporu nebo odkazy na další organizace, které mohou případnému klientovi pomoci. Měly by pokrývat veškeré potřebné informace o službě, které klient potřebuje vědět. Mezi ně patří základní informace o tom, co jsou včasné intervence (jak služba funguje, pro koho je určená), kontaktní údaje na intervenční týmy (včetně jmen, adresy a telefonního kontaktu) a příběhy klientů, kteří službou prošli.

Vhodným doplňkem může být mapa služeb v oblasti péče o duševní zdraví (zdravotní i sociální), kontakty na krizové služby nebo online poradna. Dalšími prvky mohou být například sebehodnotící nástroje pro posouzení rizika psychózy (projekt VIZDOM – Otestujte se), odkazy na informace o duševních nemocech a tipy, jak si udržet dobré duševní zdraví. Zároveň je vhodné začlenit záložku pro profesionály, jako jsou praktičtí lékaři či psychiatři.

4.1.3 SEBEHODNOTÍCÍ DOTAZNÍKY

V rámci osvětových aktivit se také používají sebezposuzovací dotazníky pro vyhodnocení rizika psychotického onemocnění. Projekt VIZDOM využil tzv. dotazník psychotických příznaků (Prodromal Questionnaire brief version, PQ–B) [61].

ÚRYVEK DOTAZNÍKU PQ–B

DOTAZNÍK PSYCHOTICKÝCH PŘÍZNAKŮ

Dotazník uvedený níže Vám nabízí možnost orientačně posoudit, zda se u Vás objevují některé z projevů, které lze považovat za rané symptomy psychotického onemocnění. Některé z nich se vyskytují běžně, ale zároveň mohou být známkou zvýšeného rizika onemocnění psychotického okruhu. Dotazník je anonymní. Pokud máte zájem poskytnout data z dotazníku k výzkumným účelům a pomoci nám v dalším vývoji této metody, na konci dotazníku máte možnost vyplnit příslušný souhlas a několik doplňujících údajů.

1. Zdá se vám někdy známé prostředí jako divné, matoucí, děsivé nebo nereálné?

ANO x NE

Zdroj: Dotazník byl uveřejněný na webových stránkách vizdom.cz [62].

ÚRYVEK TEXTU ONLINE PORADNY VIZDOM

ONLINE PORADNA

Vítejte na stránkách poradny. Jejím cílem je destigmatizace a odborně garantované poradenství v oblasti duševního zdraví a nemoci. Můžete se zeptat psychiatra nebo psychologa. Poradna je anonymní, e-mail slouží pouze pro zaslání odpovědi. Zároveň jsou všechny dotazy a odpovědi na ně automaticky zobrazeny na těchto stránkách. Na Vaše dotazy odpovídáme zpravidla do 7 dnů. Nejedná se o krizovou službu. Pokud hledáte naléhavou pomoc, použijte prosím některý z krizových kontaktů níže.

Zdroj: Online poradna na webových stránkách vizdom.cz [63].

4.1.4 PŘEDNÁŠKY A WORKSHOPY PRO VEŘEJNOST

Tyto akce je možné pořádat samostatně, případně v rámci větších regionálních, národních i online akcí, např. Týdny pro duševní zdraví, série přednášek Laboratoř mysli, filmový festival Na hlavu atp. Workshopy by se měly ideálně zaměřovat na tematiku duševního zdraví, konkrétněji pak na psychotická onemocnění. Nemělo by jít o pouhé představení iniciativy, ale v první řadě spíše o seminář/workshop/webinář/diskuzi, které divákům předávají nové informace a cenné znalosti – ať už o psychózách, práci multidisciplinárních týmů, tak i o procesu intervence, duševní hygieně, prevenci stresu atd. K těmto naučným tématům se dále mohou doplnit informace o týmech včasné intervence a jejich službách. Jde zde hlavně o vytvoření povědomí o včasných intervencích a možné navázání prvního kontaktu se zájemcem o službu.

4.1.5 LETÁKOVÁ KAMPAŇ

Letáková kampaň může dobře posloužit k oslovení cílové skupiny z veřejnosti, která se ve větší míře nepohybuje v online světě a může být dobrým doplňkem dalších osvětových aktivit. Lidé, kteří leták obdrží, sice nemusí mít aktuálně žádné duševní problémy nebo hledat odbornou pomoc, ale alespoň se dozvědí o službě včasné intervence a budou vědět, kam se v případě problémů obrátit. V tomto ohledu se osvědčila roznášková služba letáků České pošty, kde je možné zvolit konkrétní městské oblasti pro roznášku. V projektu VIZDOM proběhla letáková kampaň pouze na Praze 8 a přinesla

přibližně šest nových klientů. Letáky s informacemi jsou k dispozici v sekci příloh této metodiky. První leták pojednává o stavu, který předchází vyhledání včasné pomoci (příloha č. 3), zatímco druhý leták shrnuje, jak probíhá proces včasné intervence (příloha č. 4).

4.2 SPOLUPRÁCE SE ŠKOLAMI

Postup detekčních opatření v případě škol a ostatních zařízení spadajících do gesce MŠMT (diagnostické ústavy, výchovné ústavy aj.) by se měl ideálně zaměřovat na prvotní kontaktování specializovaných pracovníků dané školy, zpravidla metodika prevence, školního psychologa, výchovného poradce či pedagogicko-psychologického pracovníka. Pokud pozice specializovaného pracovníka v daném školském zařízení neexistuje nebo není možné z volně dostupných informací kontakty dohledat (např. z internetových stránek školy), lze kontaktovat sekretariát ředitele školy, případně jeho zástupce.

První kontakt může s ohledem na preferenci pracovníka týmu, který iniciuje kontaktování školy, probíhat za použití standardizovaného e-mailu, který je upraven na míru pro dané školní zařízení, případně se přímo telefonicky spojit s relevantním zástupcem školy. Pokud na e-mailové oslovení nepřišla žádná reakce, pak je nutné zaslat zdvořilou připomínku či kontaktovat zástupce školy telefonicky. Cílem prvního kontaktování je domluvit si osobní schůzku – online či osobně v závislosti na preferenci zástupce školy.

UKÁZKA E-MAILU PRO ŠKOLSKÉ ZAŘÍZENÍ

Dobrý den, paní Veselá,

jsme terénní tým včasných intervencí a podporujeme mladé lidi od 16 let v rané fázi duševního onemocnění či v riziku jeho rozvoje. Nabízíme služby multidisciplinárního týmu, ve kterém spolupracuje psychiatr, psycholožka a sociální pracovníce.

Školám nabízíme jak workshop pro celou třídu, tak i podporu jednotlivých studentů nebo rodičů. Bylo by možné se s Vámi sejít osobně a probrat možnosti spolupráce?

*Přeji hezký den,
Podpis a kontakt*

Cílem osobní schůzky, které by se měl zúčastnit alespoň jeden pracovník týmu, ideálně dva (zpravidla sociální pracovník a psycholog), je představit činnost týmů včasné intervence, poskytnout základní informace o tom, na jakou cílovou skupinu se týmy zaměřují, představit možnosti spolupráce a nabídnout možnosti individuálních konzultací pro studenty, učitele a zároveň realizaci workshopů pro studenty i pro učitele.

S ohledem na cílovou skupinu včasné intervence zahrnující mladistvé je relevantní v rámci detekčních opatření oslovovat především střední, případně vysoké školy. Zatímco střední školy jsou zpravidla navštěvovány lidmi z přirozené spádové oblasti, studenti vysokých škol studují často zcela mimo své bydliště. Z toho důvodu doporučujeme, nikoliv však výhradně, zaměřovat detekční opatření zejména na střední školy.

Jak navázání osobní spolupráce se zástupcem školy, tak organizované akce pro studenty či učitele mají potenciál přinést zájemce do týmů včasné intervence především v dlouhodobém horizontu, jelikož jejich cíl je edukativní, destigmatizační, informační a pouze částečně se zaměřuje na přímou podporu. Efekt pro detekci lidí s rizikem rozvoje psychotického onemocnění je ještě třeba vyhodnotit.

4.2.1 WORKSHOPY A PŘEDNÁŠKY PRO STUDENTY

Mezi oblíbené formy osvěty patří přednášky a workshopy, které probíhají ve školách. Tyto workshopy pro studenty jsou obvykle realizovány jako interaktivní programy za použití diskuze, videa, kvízu aj. Je možné využít osvědčený program typu Blázníš. No a? nebo vytvořit vlastní formát. Cílem je navázat kontakt a diskuzi se studenty. Přirozenou limitací práce se třídou či skupinou učitelů vybraných studentů je skutečnost, že někteří studenti jsou ze své povahy méně komunikativní. Osvědčilo se pracovat ve dvojici až trojici, přičemž jeden z účastníků by měl být ideálně účastník s vlastní zkušeností s duševním onemocněním (peer pracovník). Žádoucí rovněž je, aby si zkušenost s vedením workshopů postupně osvojovali všichni členové týmu, aby mohla být zaručena jejich zastupitelnost v případě krizových situací, nemoci apod. Doporučená délka workshopu je 2 až 3 vyučovací hodiny.

Jednotlivé prvky workshopu by měly obsahovat:

- ✓ *úvod (představení, cíl workshopu)*
- ✓ *přednáška (co je duševní onemocnění – fakta a mýty, kde a kdy hledat pomoc)*

např. informace o stigmatu a stigmatizaci na webových stránkách projektu Na rovinu [64]

- ✓ *diskuze*
- ✓ *destigmatizace (co je stigma, prvky diskriminace)*
např. destigmatizační informace z webové stránky projektu Na rovinu [65]
- ✓ *příběh peer pracovníka*
- ✓ *tipy (duševní pohoda, psychoedukace, prvky psychohygieny)*
např. na webové stránce opatruj.se [66]
- ✓ *kvíz*

Kromě předem strukturovaného programu workshopu je vhodné zařadit také možnost konzultace pro studenty, kteří chtějí konzultovat konkrétní záležitost, která je nebo jejich blízké trápí. V tomto případě je vhodné získat důvěru studentů a nabídnout, že po skončení workshopu je možné se na členy týmu obrátit – a to buď ihned po skončení workshopu, nebo kdykoli v budoucnu. V případě konzultace je třeba vytvořit pro konzultujícího bezpečné prostředí. Další nedílnou součástí je distribuce letáků v průběhu workshopu. S ohledem na preferenci ze strany školy může být workshop poskytnut i v online podobě.

4.2.2 WORKSHOPY PRO UČITELE

Týmy včasné intervence jsou k dispozici učitelům pro dotazy, ale nabízejí také pomoc v otázce poskytování podpory konkrétním studentům. I společně s učiteli hledají odpovědi na otázky, kde je hranice onemocnění, jak komunikovat o duševních problémech, na jaké služby odkazovat studenta, který je v možném riziku. Rovněž poskytují edukaci v oblasti duševního zdraví. Konzultace mohou probíhat buď na individuální úrovni, nebo během skupinového workshopu. S ohledem na preferenci ze strany školy může být workshop poskytnut i v online podobě.

4.3 OSVĚTA VE ZDRAVOTNICKÉ A SOCIÁLNÍ SFÉŘE

U všech subjektů je důležité udržovat živý kontakt (zejména osobně, telefonicky) nebo v návaznosti na společné klienty.

4.3.1 PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

Detekční opatření u praktických lékařů by měli realizovat především zdravotníci týmu, v ideálním případě společně sestra a psychiatr. První telefo-

nický kontakt iniciuje zdravotní sestra, která osloví danou ordinaci praktického lékaře se žádostí o osobní schůzku. Osobní schůzky se posléze zúčastní zdravotní sestra a psychiatr (případně psycholog). Návštěva ordinace praktického lékaře bez předchozí domluvy se na základě zkušeností z projektu VIZDOM nedoporučuje (sestra např. v ordinaci převzala letáky, ale z důvodu vytíženosti nebylo možné realizovat setkání s lékařem, případně po dlouhé době čekání).

Primárním cílem schůzky je vyjasnění cílové skupiny, případně představení činnosti týmů (složení, asertivní komunitní práce a jiné). Velmi přínosná může být specifikace rizikových symptomů. Za tímto účelem týmy VIZDOM využívaly nástroj Zhodnocení rizika psychózy (Risk checklist), který je jednoduchým vodítkem pro praktické lékaře, viz příloha 5. Tým včasné intervence může zároveň nabídnout konzultace a představit příklady úspěšné spolupráce konkrétně s praktickými lékaři.

Potenciál spolupráce s praktickými lékaři je nutné postupně rozvíjet, jelikož pozitivní zkušenosti s konkrétními klienty, kteří byli referováni do týmu včasné intervence, jsou stavebními kameny pro pevnou budoucí spolupráci terénního týmu a ordinace. Dále se doporučuje zanechat letáky v čekárně.

Další možností, jak oslovit praktické lékaře, je účastnit se odborných regionálních setkání praktických lékařů. Formou krátké prezentace je možné na těchto platformách představit tým, jeho činnost i benefity vyplývající ze spolupráce. Je doporučováno, aby se těchto setkání zúčastnili zdravotní pracovníci týmu, ideálně psychiatr.

Kontaktování praktických lékařů se jeví jako poměrně efektivní pro detekci lidí s rizikem rozvoje psychotického onemocnění, i když zkušenosti v jednotlivých týmech se liší. Limitací mohou být případy, kdy praktický lékař předá zájemci o službu kontakt na tým včasné intervence, ale ten se již týmu neozve.

UKÁZKA E-MAILU PRO PRAKTICKOU LÉKAŘKU

Dobrý den paní doktorko Černá,

chtěli bychom touto cestou nabídnout služby týmu včasné intervence Vaším klientům, u kterých se mohou projevovat začínající psychické potíže.

Naším cílem je ve spolupráci s odborníky z oblasti péče o duševní zdraví co nejdříve poskytnout člověku pomoc v náročné životní situaci, a to

prostřednictvím intenzivní podpory klienta v jeho přirozeném prostředí. Péči a podporu poskytujeme zdarma lidem pobývajícím na Praze 8 ve věku 16–60 let. Nabízíme služby multidisciplinárního týmu, ve kterém spolupracuje psychiatr, psycholožka a sociální pracovníce.

Můžete nás kontaktovat na telefonním čísle 777 465 191

nebo přes e-mail paha8@nudz.cz.

Bližší informace naleznete také na www.vizdom.cz/paha8/.

S pozdravem,

Tým včasné detekce a včasné intervence pro Prahu 8

Adresa

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 1

René je devětatřicetiletý muž z menšího města, který nedávno ztratil práci. Trápí ho nadváha, proto začal hubnout a jí jen dvakrát denně, dodržuje dietu se sníženým obsahem sacharidů. Tým včasné intervence v jeho případě kontaktovala telefonicky matka, kterou začal znepokojovat jeho psychický stav. Matka se s tím svěřila své praktické lékařce, která jí zprostředkovala kontakt. Tým předtím lékařku osobně navštívil a vysvětlil jí podstatu své práce. Matka s telefonickým kontaktováním týmu neváhala, byla ráda, že tým může dorazit k nim domů. Ostýchala se však o schůzce říci Renému, aby se nezlobil. Byla však podpořena, aby mu o návštěvě řekla dopředu.

Nikol je šestnáctiletá dívka z velkoměsta, která studuje střední školu grafického designu. Začala mít potíže s docházkou do školy, sebepoškozováním, uzavíráním do sebe. Kvůli psychickým potížím začala docházet k psycholožce, která byla informována o práci týmu včasné intervence v rámci plošného oslovení všech psychologických ambulancí. S kontaktováním psycholožky Nikol pomohla matka. Po několika schůzkách psycholožka kontaktovala tým s žádostí o vyšetření – nebyla si totiž jistá, zda se nejedná o psychotické příznaky v rané fázi onemocnění.

4.3.2 AMBULANTNÍ PSYCHIATŘI

První kontaktování ambulantních psychiatrů probíhá podobně jako u praktických lékařů – osobní setkání v návaznosti na telefonicky domluvenou schůzku.

Dle zahraničních zkušeností se kontaktování ambulantních psychiatrů osvědčilo jako nejvýznamnější detekční kanál. Tuzemská praxe ukazuje, že se vyplatí stanovit si jasně pevně daný termín v praxi psychiatra, kdy se schůzky zúčastní zdravotní část týmu (psychiatr a zdravotní sestra). Schůzka by měla být informativní a stručná, zaměřená na úspěchy, kterých služba již dosáhla. Je také možné domluvit schůzku u psychiatra, na kterou přijde se společným klientem (jako doprovod) – tento postup umožňuje představit práci týmu na konkrétním případě a umožňuje v mnohých případech snadnější navázání spolupráce. Každopádně je vhodné zdůraznit komplementární povahu podpory – nejedná se o přebírání klientů psychiatrických ambulancí.

S ohledem na charakteristiku cílové skupiny týmu včasné intervence z hlediska věku je žádoucí kontaktovat také ambulantní psychiatry pro děti a dorost působící v daném regionu. S ohledem na jejich vysokou vytíženost může tým nabídnout komplementární podporu k léčbě nastavené ambulantním psychiatrem.

Zvláště v regionech, které nefungují na základě spádovosti (např. pražské městské části), je vhodné upozornit lékaře na to, jaká je spádová oblast činnosti týmu včasné intervence. Aby nebyla možnost spolupráce ze strany ambulantního lékaře ihned zavrhnuta, je vhodné informovat o tom, že krátkodobou podporu může tým poskytnout i pro klienty žijící mimo jeho spádovou oblast, případně odkázat na další týmy včasné intervence, které v dané oblasti působí.

UKÁZKA E-MAILU PRO AMBULANTNÍHO PSYCHIATRA

Dobrý den pane doktore Navrátilu,

rádi bychom Vás touto cestou informovali o naší službě, kterou by v těchto náročných časech mohli využít někteří Vaši klienti, služba je bezplatná. Budeme moc rádi, pokud případným zájemcům předáte informaci a kontakt na nás.

Náš terénní tým včasných intervencí VIZDOM funguje na území Prahy 8, ale umíme poskytnout naše služby krátkodobě i lidem z jiných oblastí Prahy.

Pracujeme s osobami ve věku 16–60 let v rané fázi závažného duševního onemocnění (zejména z okruhu psychotických poruch) či v riziku jeho rozvoje.

Nabízíme službu týmu odborníků vyškolených v různých oblastech péče o duševní zdraví formou online nebo telefonické konzultace. Cílem je poskytnout těmto ohroženým osobám potřebnou podporu, kterou můžeme poskytovat i v prostředí jejich domova, případně pomoci zprostředkovat vhodnou návaznou péči.

*Případní zájemci nás mohou kontaktovat na telefonním čísle:
777 465 191, 775 778 249*

4.3.3 LŮŽKOVÁ PSYCHIATRICKÁ ZAŘÍZENÍ

Lůžková psychiatrická zařízení jsou významným aktérem. Týmy včasné intervence v rámci detekce oslovují lékaře z akutních lůžkových zařízení (zpravidla vedoucí lékaře na jednotlivých odděleních), kteří se s klienty v první epizodě psychotického onemocnění setkávají a kteří mohou být významným referenčním zdrojem. Nejde o detekci osob, které nejsou v kontaktu s psychiatrickými službami, ale o osoby již detekované. Nicméně z nabídky specializovaných služeb včasné intervence mohou někteří z nich profitovat.

Pro efektivní spolupráci je ideální nastavit pro zástupce týmu včasné intervence možnost zúčastnit se pravidelných porad na oddělení, jejichž cílem je zajistit návaznost péče mezi lůžkovým zařízením a komunitní sférou. V případě, že jsou již tyto typy porad v zařízení lůžkové péče zavedeny a zúčastní se jich příslušník jiné relevantní služby (např. centra duševního zdraví), je možné domluvit se na spolupráci s touto organizací, která by následně koordinovala rozdělení konkrétních klientů mezi jednotlivé služby, samozřejmě vždy s ohledem na charakteristiky klienta a specializaci jednotlivých služeb.

Realizace detekčních opatření přímo na lůžkovém oddělení má i svá úskalí. Může se stát, že u takto detekovaného klienta se projevuje kolísavý zdravotní stav; pokud podstupuje léčbu elektrokonvulzivní terapií (ECT), je navázání kontaktu extrémně obtížné. Týmu potom nezbývá než vyčkat na příhodnou dobu a nabídku podpory opakovat. Určitou nevýhodou kontaktování na lůžkovém oddělení také může být více profesionálů zapojených přechodně do péče, překlady zájemce o službu mezi odděleními atd.

PEER PRACOVNÍK:

„Mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, že u léčby ECT při psychotické atace je úskalím amnézie způsobená zákroky a ztráta kontextu při setkání se členy týmu (naštěstí přechodné). Ale např. v mém případě i samotná psychóza s paranoidními představami v době, kdy se mnou začal VIZDOM spolupracovat při mé hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, mohla být pro navázání kontaktu náročná (objevovaly se u mě iracionální představy, že sociální pracovníce za mnou chodí z důvodu odebrání dětí apod.). V době provoatky s takto vážným průběhem je určitě dobré (pokud je to možné a žádoucí z protistrany) mluvit o spolupráci i se členem rodiny, blízkým či partnerem, který zažívá také velice stresující zkušenost. Může jít o vysvětlení situace, kdy se blízká osoba zorientuje, uklidní, získá informace a může být lépe nápomocná v prognóze vývoje nemoci klienta do budoucna.“

Dalším problematickým místem může být to, že hospitalizovaní zájemci o službu na místně příslušných psychiatrických lůžkových oddělení nemusí být obyvateli spádové oblasti programu.

Jako vhodné se jeví navázat spolupráci rovněž s dětským psychiatrickým lůžkovým oddělením vzhledem k cílové skupině EI.

4.3.4 KRIZOVÁ CENTRA

Podobně jako u ostatních zdravotních a sociálních služeb je vhodné navázat s krizovými centry spolupráci, aby mohla být zaručena návaznost péče a aby osoby spadající do cílové skupiny týmu včasné intervence mohly z podpory poskytované týmem včasné intervence profitovat.

TÝM EI, PRAHA 8:

„V rámci projektu VIZDOM jsme například navázali spolupráci s Linkou bezpečí, a to formou online schůzky, na níž jsme vedoucí pracovníky Linky bezpečí informovali o parametrech služby a představili, jakou podporu můžeme zájemcům o službu nabídnout. Odborníci na krizové lince aktuálně předávají informace o naší iniciativě klientům, kteří hledají včasnou intervenci v oblastech, kde působí naše týmy. Byla navázána spolupráce i s dalšími centry, například Krizové centrum RIAPS (krizová intervence a psychologická podpora), CKI (Centrum krizové intervence), Krizové centrum Brno-Bohunice

ce, Krizová linka Blansko Charita, Dětské krizové centrum a Ledovec. Například v CKI měli možnost pracovníci informovat o službě včasných intervencí v rámci jejich porady. Spolupráci s Krizovým centrem RIAPS zajišťoval kolega, psychiatr.“

PEER PRACOVNÍK:

„Určitě doporučuji navázat spolupráci s CKI, RIAPS apod. Z mé zkušenosti se u mě první příznaky nadcházející psychotické ataky objevily cca 4 měsíce před propuknutím, a to (poprvé v životě) krátkou hospitalizací a následným stacionářem na CKI pro depresivní stavy, osobní krizi a myšlenky na sebevraždu. Později se ukázalo, že šlo již o rané příznaky FEP. Spolu s rodinnou anamnézou a příznaky si dokážu představit, že by CKI a podobná krizová centra mohla efektivně vytipovat vhodné zájemce o službu pro tým včasných intervencí a předejít případnému rozjezdu psychotické ataky nebo ho zvládnout bez hospitalizace. Určitě by bylo dobré krizová centra podrobně informovat o službě, edukovat je o postupu navázání klientů a z jejich strany ji klientům spadajícím do dané kategorie doporučovat. Má zkušenost s navazující péčí po CKI je naprosto nedostatečná, při odchodu se omezuje na adresář s kontakty na psychology. Přitom právě zde se jistě často vyskytne cílový klient.“

4.3.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Pro včasnou intervenci jsou relevantní především služby pro osoby s duševním onemocněním, lidi bez domova, osoby se závislostí, rodiny s dětmi nebo dětská krizová centra.

4.4 DALŠÍ PŘÍLEŽITOSTI SPOLUPRÁCE A PROPAGACE

4.4.1 MĚSTSKÉ ÚŘADY

Propagace projektu a informativní setkání na městských úřadech by měla být zacílená na konkrétní osoby. Může se jednat o schůzku se starostou městské části a informování odborů jako např. odbor sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) nebo odbor sociálních věcí. Městské části by také měly být přístupné prevenci duševních onemocnění, která spočívá právě ve včasné detekci. Mělo by tedy být možné využít digitální nebo fyzické úřední desky dané instituce, kde by mohla být zveřejněna informace o službách projektu.

Na úředních deskách a i ve venkovních prostorech pak může být využito grafického schématu, projektového letáku, případně většího plakátu.

4.4.2 CÍRKEVNÍ INSTITUTE

S ohledem na specifika regionu je také vhodné kontaktovat i kněze, faráře a kazatele, na něž se zvláště v religiózně zaměřených regionech mohou obracet zájemci o službu týmů včasné intervence či jejich blízcí. Je vhodné zahájit spolupráci osobním setkáním nebo po prvotním telefonickém kontaktu.

4.4.3 REGIONÁLNÍ SETKÁNÍ A NÁRODNÍ KONFERENCE

Dalším způsobem osvěty jsou regionální setkání, která jsou určená pro zdravotní pracovníky, učitele, sociální pracovníky, zdravotníky (organizované např. odbornými společnostmi či neziskovými organizacemi). Mezi další doporučení se řadí prezentace služby, určená přímo konkrétní skupině osob, případně možnost domluvy individuálního setkání. Další vhodnou formou osvěty je představení projektu na národních, případně zahraničních konferencích.

4.5 KATEGORIZACE DISEMINAČNÍCH OPATŘENÍ V PROJEKTU VIZDOM

1. Dojednávání schůzky

Telefonické, e-mailové nebo osobní domlouvání informační schůzky nebo workshopu, případně dalšího telefonátu.

2. Informativní schůzka / Prezentace

Prezentování služeb týmů včasné intervence pro poskytovatele zdravotní a sociální péče, pro školy, úřady a další relevantní instituce a jejich zástupce, nikoliv pro zájemce o službu. Zahrnuje tedy schůzky se školními psychology, řediteli škol, metodiky prevence; ambulantními psychiatry; praktickými lékaři; pracovníky CDZ, PN atd. Nepatří sem jednání zaměřená na možnosti zařazení konkrétních klientů do služby.

3. Workshop

Zahrnuje workshop, seminář nebo podobnou skupinovou aktivitu, která probíhá s cílovou skupinou zájemců o službu či s pedagogy škol, nikoliv

se zástupci zúčastněné strany. Typicky workshop ve škole (studenti i pedagogové).

4. Jednání o konkrétním zájemci o službu

Zahrnuje případy, kdy se dojednává se zúčastněnou stranou (typicky školou, zdravotní či sociální službou) možnost zařazení konkrétního klienta do služby včasné intervence.

5. Distribuce letáků

Distribuce informačních letáků služby včasné intervence do schránek, veřejných míst, úřadů. Pouze pokud není součástí i osobní prezentace služby.

6. Neuskutečněné setkání

Setkání, která se neočekávaně neuskuteční, je nutné zaznamenávat především kvůli času, který tým věnuje přípravě a cestě.

V. VČASNÁ DETEKCE

Úkolem včasné detekce je především posoudit míru rizika nebo rozvoje psychotického onemocnění u konkrétního zájemce o službu. Jedná se o doménu pracovníků proškolených v oblasti psychopatologie nebo psychiatrie, která se obvykle pojí s využitím specializovaných diagnostických nástrojů. Včasný záchyt prvních projevů psychotického onemocnění je významným atributem pro snížení doby neléčené psychózy, která souvisí s vyšším úspěchem dlouhodobé remise a zotavení.

Riecher-Rössler a McGorry [67] uvádějí následující cíle včasné detekce:

- ✓ *včasné zachycení zjevných psychotických stavů*
- ✓ *diferenciální diagnostika zohledňující různé diagnostické okruhy*
- ✓ *spolehlivá diagnostika ARMS*
- ✓ *vyloučení organických nebo exogenních příčin*

Včasná detekce je realizována v návaznosti na proces osvětové činnosti, jehož cílem je zvýšit záchyt případů pomocí informačních kampaní, sebeposuzovacích nástrojů atp. Detekce se cíleně zaměřuje na jedince, u kterých je z nějakého důvodu indikováno vyšetření intervenčním týmem. Postupy včasné detekce [67] jsou založené především na těchto skupinách nástrojů:

- ✓ *nástroje pro klinické mapování ARMS nebo FEP*
- ✓ *neurokognitivní testy pro přesnější posouzení ARMS nebo plánování specifické, přesněji cílené terapie*
- ✓ *elektroencefalografie (EEG) a magnetická rezonance (MRI) pro vyloučení organických nebo exogenních příčin a přesnější posouzení rizika*
- ✓ *další diagnostické metody, pokud jsou k dispozici*

5.1 KLINICKÉ MAPOVÁNÍ

Mezi specifické diagnostické nástroje patří instrumenty založené především na metodě strukturovaného klinického rozhovoru. Jako příklad lze

uvést *Comprehensive Assessment of the At-Risk Mental States* (CAARMS), *Basel Screening Instrument for Psychosis* (BSIP) nebo *Structured interview for psychosis-risk syndromes* (SIPS), podrobnější přehled je uveden v tabulce 1. Tyto nástroje pomáhají zmapovat aktuální psychopatologii a obvykle se zaměřují také na další důležitá fakta v anamnéze klienta, jako je například historie a dynamika onemocnění, rodinná anamnéza nebo abúzus návykových látek.

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 2

Již po prvním příjezdu týmu EI do místa bydliště bylo zřejmé, že René je floridně psychotický. Nezúčastnil se celé schůzky, která probíhala hlavně s matkou v kuchyni domu, protože byl v tenzi, ale asi dvacet minut se s týmem bavil. Mimo jiné popisoval, jak se mu mění barva očí do červena, jak telepaticky vnímá, co všechno se děje v bytech sousedů, kteří „kují pikle“. Podle jeho slov jde o spiknutí, které prostupuje celé Česko, přijímá ohledně toho rádiové signály. On prý na to celé přišel, jeho nikdo nepřechytračí. Tým včasné intervence použil kritéria škály PANSS, podle kterých byl René jednoznačně nad hranicí psychózy. Proto nebylo třeba vyhodnocovat možnou přítomnost rizikového stavu pro psychózu pomocí dotazníku CAARMS.

Nikol při první schůzce na pracovišti týmu, na které byla spolu s matkou, moc nemluvila, dívala se hodně do země, na přímé dotazy ale reagovala pokynutím hlavy nebo krátkou odpovědí. Hovořila hlavně matka. Na konci schůzky Nikol poděkovala a spolu s týmem naplánovali další setkání. Na druhé schůzce matka souhlasila, že si odběhne nakoupit, abychom si s Nikol mohli promluvit o samotě. Schůzce byl přítomen psychiatr, který s Nikol vedl hodinový rozhovor strukturovaný podle diagnostického nástroje CAARMS. O samotě se Nikol více rozhovořila, občas i navazovala oční kontakt, i když stále většinu času pozorovala podlahu. Během rozhovoru se ukázalo, že Nikol se asi tři čtvrtě roku cítí trochu jinak. Začala intenzivněji vnímat barvy a zvuky, to jí ale nevařilo. Potíže jí dělá hlavně cesta tramvají do školy a ze školy. Proto také měla potíže s docházkou. Během cesty má pocit ohrožení od ostatních lidí a rovněž má často pocit, že jí ostatní lidé vidí do hlavy, že ví, co si myslí. V tu chvíli je o tom přesvědčená a je to velmi nepříjemné. Teď ale neví, jestli to tak opravdu je nebo ne. Také ve škole má pocit, že ji spolužáci zvýšeně pozorují, uzavřela se do sebe a cítí stavy beznaděje a vnitřní bolesti. Proto se i dvakrát řezala žiletkou. Zatím se s tím nikomu nesvěřila, jen nejlepší kamarádce. Dle dotazníku CAARMS se v jejím

případě jednalo o rizikový stav pro vznik psychózy, takzvanou oslabenou psychózu s podprahovou intenzitou symptomů.

Tabulka 1: Diagnostické nástroje k posouzení ARMS a FEP

Zdroj: vlastní zpracování (dle řešerše VIZDOM)

Zkratka	CAARMS	SIPS	SOPS	BIP	BSIP
Celý název	The Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State	The Structured Interview for Prodromal Syndromes	The Scale of Psychosis-Risk Symptoms	The Basel interview for psychosis	The Basel Screening Instrument for psychosis
Trvání	60 minut	90 minut	30 minut	90 minut	60 minut
Forma	Strukturované interview	Strukturované interview	Škála, strukturované interview	Strukturované interview, verze pro příbuzné	Strukturované interview
Obsah	1) Neobvyklý myšlenkový obsah 2) Nebizarní bludy 3) Poruchy vnímání 4) Dezorganizovaná řeč 5) Nebezpečné chování 6) Sebeopškování	1) Pozitivní symptomy 2) Negativní symptomy 3) Symptomy dezorganizace 4) Obecné symptomy 5) Globální fungování 6) Schizotypní porucha 7) Rodinná anamnéza psychotického onemocnění	1) Pozitivní symptomy 2) Negativní symptomy 3) Symptomy dezorganizace 4) Obecné symptomy	1) Sociální a fyzický vývoj a rodina 2) Projevy a příznaky 3) Vulnerabilita 4) Hledání pomoci 5) Náhled na nemoc 6) Zhodnocení rozhovoru	1) Riziko vzhledem k věku 2) Psychopatie 3) Sociální úpadek a ztráta rolí 4) Zneužívání drog 5) Předchozí psychiatrické/psychologické poruchy a abnormality 6) Genetické riziko 7) Doporučení z důvodu podezření na psychózu
Česky	ANO	NE	NE	NE	NE
Zdarma	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Administrace	Psycholog, psychiatr	Psycholog, psychiatr	Psycholog, psychiatr	Psycholog, psychiatr	Psycholog, psychiatr

5.2 NEUROKOGNITIVNÍ TESTOVÁNÍ

Klinické mapování je vhodné doplnit testy, které se zaměřují na mapování bazálních symptomů, respektive diagnostiku kognitivních funkcí, především vnímání, myšlení. Případné zhoršení samo o sobě není důvodem pro zahájení antipsychotické léčby, ale může sloužit jako jeden z prediktorů zhoršeného stavu.

Tabulka 2: Přehled nástrojů pro neurokognitivní testování

Zdroj: vlastní zpracování (dle řešerše VIZDOM)

Zkratka	SPI–A, SPI–CY	COPER	COGDIS
Celý název	<i>The Schizophrenia Proneness Instrument, Adult / Child and Youth version</i>	<i>The Cognitive-Perceptive basic symptoms scale</i>	<i>The Cognitive Disturbances scale</i>
Trvání	60 minut	15 minut	15 minut
Forma	Strukturované interview	Strukturované interview	Strukturované interview
Obsah	1) Narušení dynamiky afektů 2) Obtíže v kognici a pozornosti 3) Kognitivní narušení 4) Narušené prožívání sebe a okolí 5) Narušené vnímání těla 6) Percepční narušení 7) Volitelné položky	1) Myšlenkové interference 2) Myšlenkové zárazy 3) Narušení ve vnímání řeči 4) Myšlenkový tlak 5) Zvýšená vztahovačnost 6) Myšlenková perseverace 7) Snížená schopnost rozlišovat mezi nápady a vjemy 8) Derealizace 9) Změny ve vizuálním vnímání 10) Změněná intenzita nebo kvalita vnímání akustických stimulů	1) Narušení abstraktního myšlení 2) Neschopnost rozdělit pozornost 3) Myšlenkové interference 4) Myšlenkový tlak 5) Narušení ve vnímání řeči 6) Narušení expresivní složky řeči 7) Myšlenkové zárazy 8) Zvýšená vztahovačnost 9) Upoutání pozornosti detaily ve vizuálním poli
Česky	ANO	ANO	ANO
Zdarma	ANO	ANO	ANO
Administrace	Psycholog, psychiatr	Psycholog, psychiatr	Psycholog, psychiatr

Pro hodnocení rizikovosti bazálních symptomů lze využít například škálu deseti nebo devíti kognitivně-percepčních bazálních symptomů (COPER a COGDIS). Položky těchto škál jsou zaměřené na symptomy, které se běžně vyskytují v souvislosti s psychotickým onemocněním a zároveň jsou vzácné u zdravé populace. Tyto nástroje umožňují predikovat psychotické onemocnění se senzitivitou 0,87 a 0,67 a specificitou 0,54 a 0,83 v případě COPER a COGDIS ve stejném pořadí [29]. Podrobnější informace jsou uvedeny v tabulce 2 (viz výše).

5.3 NEUROZOBRAZOVACÍ NÁSTROJE A LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetření pomocí elektroencefalografie (EEG) a strukturální magnetické rezonance (MRI) mozku by mělo být provedeno za účelem 1) vyloučení organických nebo exogenních příčin, 2) přesnější posouzení míry rizika. Dále je doporučováno vyšetření pomocí nástrojů, jako je funkční MRI, pozitronová emisní tomografie (PET), kvantitativní EEG atd. Kombinace těchto metod společně s hodnocením symptomatologické stránky umožňuje přesnější zmapování onemocnění nebo jeho rizika [67]. Tyto neurozobrazovací nástroje obvykle nejsou standardní součástí klinické praxe, ale jedná se o slibnou praxi do budoucna. V rámci pilotního projektu VIZDOM nebyly tyto nástroje součástí běžného vyšetření, ale jsou doporučovány v souladu se zahraniční literaturou.

5.3.1 MAGNETICKÁ REZONANCE (MRI)

Alterace hipokampu jsou v raných stádiích psychotických poruch jemné nebo zcela chybí, ale mohou se objevit a progredovat během prodromální fáze. Ztráty šedé a bílé hmoty však mohou v průběhu času postupovat a prominentní ventrikulomegalie (zvětšení mozkových komor) může charakterizovat chronické případy schizofrenie se špatným výsledkem, zatímco fokální změny v oblastech mozku zapojených do regulace ovládání chování mohou znamenat afektivní psychózy. Taková progresivní evoluce a diferenciacie neuroanatomických změn může být paralelní se změnami ve funkci, konektivitě a neurochemické integritě v těchto okruzích [68].

5.3.2 ELEKTROENCEFALOGRAFIE (EEG)

Tzv. Mismatch Negativita (MMN) je změna v aktivitě mozku vyvolaná výskytem nových podnětů, které vedou k přepnutí pozornosti subjektu [68].

Předpokládá se, že amplituda MMN odráží fungování N-methyl-D-aspartátových receptorů a narušená tvorba MMN je spojována se špatným sociálním a globálním fungováním. Metaanalýza 32 studií uvádí, že pokles amplitudy MMN se u schizofrenie konzistentně replikuje [69]. Kromě toho byla amplituda v neobvyklé výšce MMN neporušená u klientů s první epizodou psychózy [70–72], s následným významným poklesem u stejných klientů v postakutní fázi [71] nebo jeden rok po jejich první epizodě psychotické zkušenosti [70]. V následné studii korelovalo zhoršení generace MMN se snížením objemu šedé hmoty v primární sluchové kůře, což je korelace, která byla také pozorována u chronické schizofrenie [73].

5.3.3 BIOMARKERY

Je známo, že zvýšené hladiny cytokinů jsou spojeny s psychózou [74–76]. Paralelně existuje konzistentní soubor důkazů o zvýšení oxidačního stresu u psychotických poruch, včetně snížení hladiny glutathionu v mozku, změn antioxidačních enzymů, peroxidace lipidů, karbonylace proteinů a poškození DNA, stejně jako progresivní strukturální změny v souladu s oxidačním poškozením [77–79]. V České republice se standardně neprovádí laboratorní vyšetření u psychotických klientů, ale v rámci hospitalizace se dělají standardní vstupní testy, krevní obraz, jaterní testy, hepatitidy, lues a toxikologie.

5.4 PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

V rámci psychologické diagnostiky mohou být využity nástroje pro posouzení psychických stavů, vlastností a dalších charakteristik klienta. Níže jsou uvedeny příklady nástrojů, které byly využity v praxi v rámci různých služeb včasné intervence.

5.4.1 STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM–5 PERSONALITY DISORDERS (SCID–5–PD)

Jedná se o polostrukturovaný diagnostický rozhovor pro klinické a výzkumné pracovníky, jež je používán pro zhodnocení různých typů poruch osobnosti [80], mezi které patří: vyhýbavá porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti, paranoidní porucha osobnosti, schizotypální porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti, narcistická porucha osobnosti

a antisociální porucha osobnosti. Rozhovor je navržen tak, aby přispěl k budování vztahu. Lze použít k diagnostice poruch osobnosti, a to kategoricky a dimenzionálně [81].

5.4.2 MOOD AND ANXIETY SYMPTOM QUESTIONNAIRE (MASQ)

Tento nástroj hodnotí příznaky depresivní a úzkostné poruchy, skládá se z pěti následujících subškál: obecné příznaky úzkosti, smíšené příznaky, příznaky úzkosti, úzkostné vzrušení, příznaky deprese a anhedonie. Dotazník se dělí na mini-MASQ (26 položek) [82], short-MASQ (62 položek) [83] a full-MASQ (90 položek) [84]. Studie ukázaly, že MASQ je dobře využitelný v klinické praxi. Škála používaná pro zhodnocení příznaků deprese byla přesnější v předpovídání dané poruchy [85].

5.4.3 BECKOVA SEBEPUSUZOVACÍ ŠKÁLA DEPRESIVITY PRO DOSPĚLÉ (BDI-II)

Tento dotazník je složený z 21 tvrzení. Většina tvrzení obvykle tvoří čtveřice výroků. Pouze ve dvou případech se tvrzení skládají ze sedmi výroků označených čísly 0 až 3. Respondent vybírá ten výrok, který nejvíce odpovídá jeho pocitům v průběhu uplynulých dvou týdnů. V případě, že by stav respondenta odpovídal více tvrzením, vybírá si tvrzení s nejvyšším číslem. Položky jsou zaměřeny na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické příznaky deprese. Celkový skóre 0–13 se interpretuje jako minimální známka deprese, zatímco skóre v rozmezí 14–19 označuje mírnou depresi. Skóre 20–28 znamená střední depresi a skóre nad 29 těžkou formu deprese [86; 87].

5.4.4 CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ)

Jedná se o sebesposuzovací dotazník, jenž se používá pro hodnocení traumatických zkušeností v dětství [88]. Byl psychometricky ověřen napříč populací [89]. Dotazník se skládá z 5 subškál hodnotících: emoční zneužívání, fyzické zneužívání, sexuální zneužívání, citové zanedbávání a fyzické zanedbávání [90].

5.4.5 THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST)

Tento sebesposuzovací dotazník je používán pro sledování problémů spojených s užíváním návykových látek u dospělých jedinců. ASSIST se skládá

z osmi otázek, které se zabývají návykovými látkami, jako je např. tabák, alkohol, konopí, kokain, stimulanty amfetaminového typu (včetně extáze), inhalačními látkami, sedativy, halucinogeny, opioidy a jinými drogami. Pro každou látku je uveden tzv. skór rizika. Skóry jsou rozděleny do kategorií dle výše rizika, na základě kterých je doporučen typ a intenzita intervence [91].

VI. VČASNÁ INTERVENCE

Addington uvádí 32 komponent, které se v rámci programů včasné intervence ukázaly jako účinné (tabulka 3) [92]. Nejvyšší úroveň evidence existuje u psychofarmakologické složky terapie, podporovaného zaměstnávání nebo psychoedukace ve „vícerodinných“ skupinách. Nedostatek evidence u dalších komponent může odrážet nedostatek pozornosti věnované těmto otázkám z pohledu výzkumu, nikoliv nutně superioritu jednotlivých komponent péče nad jinými [92].

6.1 PRINCIPY VČASNÉ INTERVENCE

Pro práci intervenčních týmů VIZDOM byly stanoveny tyto principy:

A. Kontaktování klienta/klientem

Tým včasné intervence je dostupný ve všední dny na telefonu v čase od 8 do 16 hodin. Klient či rodina tak může tým v tomto čase kontaktovat a domluvit si schůzku. Je důležité, aby v případě zmeškaných hovorů byla odezva týmu co nejrychlejší, a to alespoň sdělením informace, v jaký čas jsou na telefonu k zastížení. Jedním z rysů přístupu včasné intervence je jednání s velkým množstvím zájemců o službu.

B. Rychlá odezva

První osobní schůzka by měla proběhnout ideálně co nejdříve, zvláště v urgentnějších případech v ideálním případě do 1–2 dnů. To je samozřejmě

Tabulka 3: Efektivní komponenty služeb včasné intervence (na stránce vpravo)

ÚROVNĚ EVIDENCE:

A – silné důkazy

B – podpůrné důkazy

C – názor

D – žádné důkazy

Zdroj: vytvořeno na základě článku „Essential evidence-based components of first-episode psychosis services“ [92].

INTERVENCE A POSTUPY NA ÚROVNI CELÉ POPULACE	Úroveň evidence
1. Cílené vzdělávání veřejnosti	B
2. Cílené vzdělávání poskytovatelů zdravotně-sociálních služeb	B
3. Přijímání osob, které souběžně užívají návykové látky	C
4. Komunikační protokol mezi nemocnicemi a službami poskytující pomoc v případě první epizody psychózy	D
5. Včasný kontakt s doporučenou osobou	D
KOMPLEXNÍ HODNOCENÍ A PLÁN PÉČE	
6. Individuálně zaměřené hodnocení	C
7. Komplexní hodnocení při začátku poskytování služby	C
8. Hodnocení sebevražedného myšlení a chování	B
9. Plán péče řeší také psychosociální potřeby klienta	C
10. Informované rozhodování	C
11. Informovaný souhlas	D
INTERVENCE NA INDIVIDUÁLNÍ ÚROVNI	
A. FARMAKOTERAPIE	
12. Výběr antipsychotické medikace	A
13. Způsob podávání antipsychotik	C
14. Nízká dávka antipsychotika s pomalým zvyšováním dávky	A
15. Klopazin při rezistenci na léčbu	A
16. Použití jednotlivých antipsychotik	A
17. Sledování metabolických změn	B
18. Sledování nežádoucích účinků antipsychotické medikace	C
19. Proaktivní kroky k zabránění nárůstu hmotnosti a metabolickým změnám	B
B. PSYCHOEDUKACE, INDIVIDUÁLNÍ	
20. Individuální psychoedukace	B
C. LÉČBA ZÁVISLOSTÍ	
21. Integrovaná léčba duševního onemocnění a závislostí	C
D. PROFESNÍ A VZDĚLÁVACÍ PLÁNY	
22. Profesní plán	C
23. Podporované zaměstnávání	A
INTERVENCE NA ÚROVNI SKUPINY	
24. Vícerodinná skupinová psychoedukace	A
25. Skupinová rodinná psychoedukace	B
SYSTÉM SLUŽBY A MODELY INTERVENČÍ	
26. Psychiatr jako součást týmu	C
27. Doba trvání služeb	B
28. Supervize a edukace personálu poskytujícího služby	C
29. Týdenní týmové porady	B
30. Aktivní terénní služby	C
31. Služby krizové intervence	C
HODNOCENÍ A ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY	
32. Sledování procesu a dopadu opatření	C

organizačně náročné. I u ostatních případů je standardem intervenčních týmů první schůzka do 7 dnů.

C. Místo

Místo přizpůsobuje EI tým potřebám a preferencím klienta. Může to být v lůžkovém zařízení před propuštěním z hospitalizace, u klienta doma (pokud s tím souhlasí) nebo na neutrálním místě, kde lze nerušeně hovořit (kavárna, denní centrum, kontaktní pracoviště týmu aj.).

Týmy včasné intervence jsou svým charakterem terénní a zkušenosti z pilotního projektu ukazují, že členové týmu stráví mimo pracoviště týmu v průměru polovinu své pracovní doby. Míra využívání možnosti poskytovat intervence klientům i v terénu – v parku, v kavárně – či u klienta doma závisí na dohodě s klientem a závisí na jeho preferencích. Pokud se klient cítí bezpečněji doma a nevádí mu přítomnost pracovníků týmu, pak doporučujeme respektovat toto přání. V případech, kdy se klient zdržuje výhradně doma, je pak žádoucí klienta postupně seznamovat s vnějším světem.

D. Práce s celým rodinným systémem

Zvláště v době rozvoje onemocnění se formuje vztah k nemoci a k nemocnému v rámci jeho nejbližšího okolí. Intervence je hodné směřovat do podpory celé rodiny. Jako nástroj podpory je možné realizovat reflektující setkání. Jejich cílem je:

- ✓ *edukace rodinného systému*
- ✓ *podpora vzájemné komunikace*
- ✓ *praktická pomoc*

E. Přednost má život v běžných podmínkách

Intervenční týmy usilují o to, aby příjemce podpory mohl žít ve svém prostředí, s lidmi, na kterých mu záleží, a dělat věci, které ho naplňují. Tým včasné intervence se snaží i krizové situace řešit primárně v místě, kde člověk právě žije. Pokud je nezbytná hospitalizace, usiluje o to, aby nebyla delší, nežli je nutné. Dlouhodobě se potom tým snaží, aby klienti využívali především zdroje v komunitě ve svém okolí. Tyto zdroje ale nejsou nevyčerpatelné, často je třeba podpořit i je nebo pro ně zajistit externí podporu.

F. Sdělování diagnózy v pozitivním kontextu

V rámci práce s lidmi, kteří dosud nečerpají specializované zdravotní služby, může tým včasné intervence u klienta diagnostikovat závažné duševní

onemocnění. Především diagnóza psychózy nese silné stigma. Je proto vhodné soustředit se především na poskytnutí podpory včetně farmakoterapie. Cílem terapie není, aby klient „přijal svou diagnózu“. Pokud se klientovi sděluje diagnostický závěr, je třeba dbát na podpurný charakter tohoto sdělení. Například: *„... podle příznaků, které popisujete, se zdá, že se jedná o psychotické onemocnění. Více než třetina lidí se zcela vyléčí a mnozí další zvládají žít uspokojivý život navzdory potížím, které jim nemoc přináší.“*

G. Multidisciplinární přístup a sdílené rozhodování

Jedním z principů včasné intervence je využití expertizy více profesních pohledů v rámci jednoho týmu. Zároveň platí, že co nejvíce rozhodnutí se má činit společně s klientem, nebo má rozhodovat klient sám.

H. Destigmatizace

Cílem služeb včasné detekce a včasné intervence je poskytovat službu co nejméně stigmatizujícím způsobem. Při informování o riziku rozvoje duševního onemocnění a diagnostických závěrech týmy podporují nadějeplnou perspektivu v souladu s principem zotavení (viz dále). Nestigmatizující přístup je klíčový pro zajištění spolupráce klientů při vyhledávání odborné pomoci. Intervenční týmy proto v raných fázích spolupráce umožňují klientovi i poskytování podpory v anonymním režimu, tj. bez shromažďování citlivých informací o daném klientovi.

I. Zotavení

Služby včasné intervence jsou postaveny na principu zotavení (z anglického *„recovery“*), který vychází z přesvědčení, že navzdory duševnímu onemocnění lze žít smysluplný a plnohodnotný život [93]. Osobní zotavení je životním postojem, který přispívá k objevování osobní pohody a lásky k životu, a to navzdory přetrvávajícím příznakům či občasnému zhoršení psychického stavu. Zotavení se popisuje jako hluboce osobní a jedinečný proces, který je provázen změnou postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností nebo rolí klienta [94]. Zahrnuje i hledání nového smyslu v životě klienta. V rámci procesu zotavení může dojít ke zlepšení v sociálním fungování a osobní pohodě (*well-being*) klienta. Jeho součástí je znovuzískání osobní síly a kontroly nad svým životem [95; 96]. Úspěšný proces zotavení znamená, že klient má vládu nad svým životem ve svých rukou.

Služby poskytují klientům s psychotickým onemocněním optimální a komplexní intervence v prostředí, které podporuje proces jejich zotavení

[97]. Prvním krokem intervenčního týmu je identifikace potřeb prostřednictvím mapování. Zaměřuje se na naplnění potřeb klientů a zahrnují je do plánování poskytované péče. Rodiny klientů jsou také součástí plánování poskytované péče. Mohou být nápomocné při plnění dílčích cílů, které si klient sám stanoví [98; 99]. To přispívá k celkovému osobnímu zotavení [100]. Cílem je poskytnout klientům efektivní a na důkazech založenou včasnou péči, která jim umožní snížit příznaky onemocnění a zároveň jim pomůže vést produktivní a smysluplný život.

J. Zplnomocňování

Princip zplnomocňování (*empowerment*) je úzce spjatý s procesem zotavení. Zplnomocňování je koncept, který popisuje postupný proces znovuzískávání kontroly nad svým životem a znovunabývání schopnosti rozhodovat po propuknutí duševního onemocnění [101]. Je vnímán klienty jako způsob naslouchání, pochopení, navrácení kontroly a rozhodování sami za sebe [102]. Ve službách a programech postavených na principu zplnomocňování jsou klienti zahrnuti do rozhodovacích procesů, mají lepší přístup k informacím týkajícím se jejich zdraví a také k možnostem, které mají [103], a díky tomu mají možnost sami se informovaně rozhodovat o důležitých oblastech jejich života [104]. V procesu zplnomocňování intervenční tým a klienti využívající služby včasné intervence navazují vztah, ve kterém jsou oba partneři. V takovém vztahu společně rozhodují a vyjednávají o plánu poskytování péče a podpory.

K. Asertivní přístup

Služby včasné intervence se budou při nabízení podpory vždy setkávat s lidmi, kteří o spolupráci nějak zvlášť nestojí, ačkoliv profesionálové jsou přesvědčeni o potřebnosti pomoci. Je tedy důležité citlivě zvažovat míru asertivity.

Asertivitou rozumíme i opakované vyslovení nabídky pomoci. Je vždy dobré pokusit se získat od zájemce o službu souhlas s tím, že se mu ještě ozveme. Iniciativa je potom na týmu. Ukončit setkání s tím, že zájemce o službu se případně ozve, není dostatečné a většinou tím kontakt končí. Pokud však zájemce o službu včasné intervence jejich podporu i další kontakt jasně odmítne (přestože splňuje indikační kritéria podpory týmu), pak je třeba toto jeho odmítnutí respektovat. Při zvažování míry asertivity je vždy vhodné brát v úvahu existenci rizik. Jak pravděpodobné je, že zájemce o službu bude ohrožovat sebe nebo své okolí? Má okolo sebe zdroje, které mu umožní se s problémy vypořádat bez odborné pomoci? Čerpá již nějaké služby? Čím vyšší je vyhodnocené riziko, tím je namísto vyšší míra asertivity.

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 3

Matka Reného kontaktovala tým včasné intervence v úterý. Vzhledem k tomu, že vnímala situaci doma jako vyhrocenou, tým se rozhodl pružně zareagovat a první schůzku zorganizoval už ve čtvrtek. Schůzky obvykle probíhaly v domácnosti klienta, v rodinném domě, kde žil s rodiči. René se schůzek ze začátku moc nechtěl účastnit, ale byl k nim opatrně zván týmem s tím, že tým by si rád vyslechl i jeho pohled na věc. Ke schůzkám byl opakovaně zván i otec, který ale několik prvních schůzek raději něco kutil v garáži s tím, že „máma mu to pak řekne“, a začal se připojovat až postupně zhruba od páté schůzky. Občas se ovšem od třetí schůzky zúčastnil Reného starší bratr. Bratr měl jasnou představu o tom, že Reného problémy souvisí hlavně s nadužíváním konopných drog, slovy bratra s tím, že René „strašně hulí“. Tým s rodinou od začátku otevřeně komunikoval o tom, že se dle jeho názoru jedná o psychózu, že by se ale vše mohlo upravit, pokud by René omezil užívání konopných drog a případně zkusil léky. René souvislost s abúzem odmítal, „hulí přece už od šestnácti a není žádný blázen“. Po první hospitalizaci, které se nakonec nedalo vyhnout, René prohlásil, že byl „fakt dost mimo“. Dle něj to ale souviselo hodně s jeho hubnutím. Pro Reného bylo důležité vypadat dobře jako muž.

V případě Nikol kontaktovala tým včasné intervence její psychologka a tým poté volal matce klientky. K první schůzce došlo až v následujícím týdnu v pracovní týmu. Schůzek se obvykle zúčastnila Nikol a matka, dvakrát přišel i otec, který většinou nemohl kvůli práci. Nabídku týmu, že by někdy mohla přijít i nejlepší kamarádka, která jako jediná původně o potížích věděla, Nikol odmítla. Na schůzce, která následovala po vyhodnocení dotazníku CAARMS, byl přítomen i otec. Rodina zde byla informována o tom, že Nikol je v riziku rozvoje psychózy. Rozvinutí závažnějšího stavu je ale možné se ve většině případů vyhnout. Tým Nikol i její rodině sdělil, že psychóza je relativně závažné onemocnění, ale i kdyby propukla, tak to neznamená konec světa. Lidé s psychózou mohou žít kvalitní život – ne vše, co se na internetu píše, je pravda. Rodina se poté rozhodla udělat vše pro to, aby Nikol podpořila, především se semkla.

U Reného i u Nikol se tým včasné intervence snažil pracovat co nejvíce v jejich prostředí. U Reného probíhaly schůzky doma. Nikola dávala přednost schůzkám v jiném prostředí, převážně v kavárně. U obou klientů tým usiloval o to, aby si řídili proces spolupráce co nejvíce oni sami. Tým se rovněž

snažil zahrnout do spolupráce psychologku Nikoly. Nikol, její matka i paní psychologka souhlasily s tím, aby proběhla jedna společná schůzka v ordinaci psychologky společně s týmem včasné intervence. Společné setkání se ukázalo jako užitečné.

Bylo by optimální, kdyby medikaci obou klientů, která byla během spolupráce třeba, mohl zajišťovat psychiatr týmu včasné intervence, v rámci projektu to ale nebylo možné. V případě Nikol tým pomohl zajistit péči dětského psychiatra, a tedy i odpovídající medikaci. Společnou schůzku s dětskou psychiatričkou se bohužel nepodařilo zorganizovat. U Nikol došlo ke zlepšení v docházce do školy, a to v souvislosti s postupnými expozicemi, které pomohla realizovat psychiatrická sestra z týmu. Několikrát doprovázela Nikol při cestě do školy i zpět a zároveň ji podporovala v tom, že situaci zvládne (pomocí KBT přístupů).

6.2 JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SLUŽBU

Kontaktování zájemců o službu vyžaduje především schopnost srozumitelného představení služby, navázání důvěryhodného kontaktu nebo vztahu a praxi s využíváním diagnostických nástrojů pro posouzení kritérií pro zařazení do cílové skupiny (PANSS-6, CAARMS-B). Pokud se první schůzka odehrává v terénu, je vhodné, aby se jí za tým účastnili dva členové týmu. Ostatní jsou potom informováni na nejbližší poradě.

V této „kontaktní fázi“ je možné zájemci o službu poskytnout jednorázovou podporu, konzultaci. To může fungovat jako určitá ochutnávka možností podpory. Zájemce o službu se pak může o vstupu do programu rozhodnout na základě již učiněné zkušenosti. Často to ani není možné

Obrázek 3: Průběh jednání se zájemcem o službu v pilotním projektu.

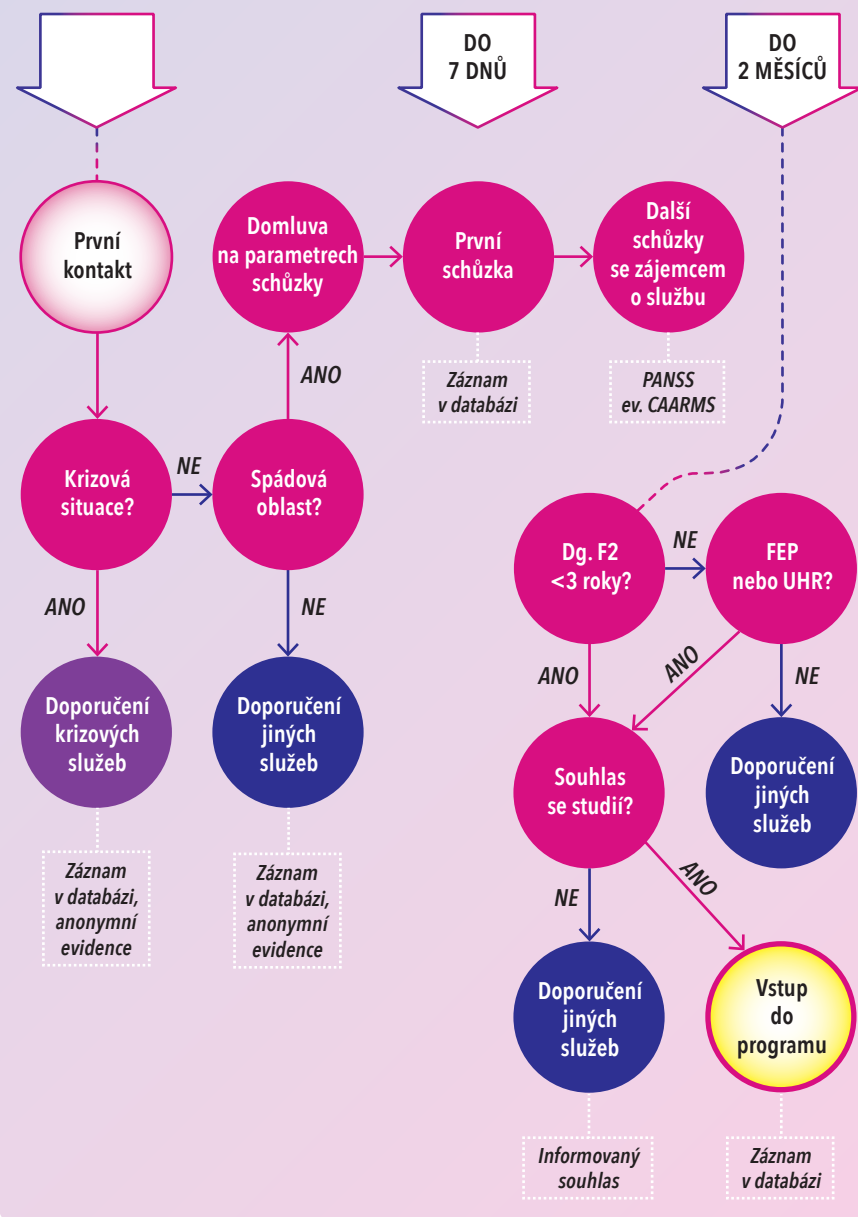
Zdroj: vlastní zpracování, projekt VIZDOM

Poznámka: Pro zařazení klienta do skupiny „v léčbě“, například během hospitalizace, není směrodatné, zda skóruje na škále PANSS-6 (tj. dosáhne hodnoty alespoň 4 na jedné z položek), nicméně tým by měl administrovat DUP.

Nástroj CAARMS-B by měl prakticky předcházet vstupnímu mapování.

V případě projektu VIZDOM byl realizován u klientů, kteří doposud neprošli léčbou (ARMS a FEP).

JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SLUŽBU



jinak. Před přijetím do programu je nutné, aby se se zájemcem o službu setkali nejméně dva členové týmu. Z důvodů diagnostiky by jedním z nich měl být psychiatr.

Z hlediska času jsou důležité dva milníky:

1. *Snažit se o osobní kontakt co nejdříve – nejdéle do 7 dnů, v urgentnějších případech do 1–2 dnů.*
2. *Snažit se o zjištění, zda zájemce o službu splňuje kritéria pro vstup do programu. Je dobré mít časový limit i na tuto sondovací fázi. V případě pilotního projektu byl tento limit 2 měsíce.*

Jedná se o obecné vodítko. V konkrétních případech se může stát, že první osobní kontakt proběhne o něco později. Je také možné, že z objektivních důvodů se nepodaří dohodnout na zahájení poskytování podpory do 2 měsíců. Takové případy mohou být například následující:

a) Klient je hospitalizovaný – nedílnou součástí práce týmů je i navázání kontaktu s klienty, kteří jsou právě hospitalizovaní, a nabídnutí podpory takovým klientům. V některých případech se může stát, že klientův závažný a kolísavý zdravotní stav neumožní dojít k dohodě o vstupu do služby včasné intervence do 2 měsíců.

b) Klient přeruší kontakt z vlastního rozhodnutí – i přes opakovanou nabídku podpory si klient nepřeje spolupracovat. Pokud se později z vlastní iniciativy ozve, považuje se to za nový začátek spolupráce (včetně lhůty pro dohodu o zahájení podpory).

c) Klient není dostupný z „objektivních“ důvodů – může se stát, že se klient/zájemce například dočasně odstěhuje (za studiem, za prací, na studijní pobyt, do své země původu). Pokud k tomu dojde po dohodě o zahájení podpory, tým by měl s klientem takový případ plánovat. Pokud klient přestane být dostupný na začátku spolupráce a žádný plán další spolupráce není, ale klient se později znovu ozve, považuje se to za nový začátek spolupráce (včetně lhůty pro dohodu o zahájení podpory).

Velmi často je nutné zájemce o službu doporučit do jiných služeb. Osvědčilo se udělat to formou *doprovázení*. Může jít i o sérii podpůrných setkání, zprostředkování kontaktu s vhodnou službou. Tento přístup má několik možných výhod.

1. Služba získává dobrou pověst jako tým, který se zodpovědně snaží nalézt nejlepší možné řešení i pro osoby, kterým nebude poskytovat podporu.
2. Služba navazuje cenné a potřebné kontakty se sítí poskytovatelů v regionu.

6.3 TYPICKÉ SITUACE PŘI PRÁCI S KLIENTEM

I když je každý klient jedinečný, v praxi tým včasné intervence řeší situace, které se ve své obecné podstatě opakují. S každým klientem se tým setkává poprvé, s každým klientem navazuje kontakt. V těchto situacích se opakují i postupy, které jsou standardně využívány a pouze jsou přizpůsobeny specifickým daného případu. Stejně tak je dobré připravit standardní postup pro případ krize.

6.3.1 PRVNÍ SETKÁNÍ TÝMU SE ZÁJEMCEM O SLUŽBU

První setkání hraje často naprosto zásadní roli pro podobu budoucí spolupráce. Vytvářejí se zde vlastně nepsané zásady toho, jak budou probíhat další setkání, co do spolupráce patří a co nikoliv. Například to, že klient nebo jeho blízká osoba má možnost si vybrat, kde je pro něj dobré se sejít, může být příjemná zkušenost respektu či zplnomocnění. Ne vždy tým tuto možnost má, například v podmínkách první psychiatrické hospitalizace jsou možnosti často limitované.

Ideální je, pokud klient může být přítomen již na prvním setkání. Při sjednávání schůzky se proto tým snaží postupovat podle zásad uvedených v předchozí podkapitole. Pokud z nějakého důvodu není přítomnost klienta na první schůzce možná, může se tým EI v průběhu setkání snažit jeho pohled na věc „zhmotnit“ tzv. cirkulárními otázkami, např. „A kdyby tady teď s námi byl/a, co by na tyhle informace řekl/a, co by si o tom myslel/a?“.

Již při prvním setkání se tým snaží vyhnout vyloženě rizikovým scénářům, například situaci, kdy by rodiče, partner či partnerka postavili zaskočeného zájemce o službu ohledně setkání před hotovou věc až po příjezdu týmu. Pokud setkání probíhá například doma v zájmu klienta, a zájemce nemá zájem se jej zúčastnit, tým mu přesto může nabídnout možnost zapojení jen na chvíli, pokud bude chtít. Může rovněž navrhnout možnost mít otevřené dveře a poslouchat ze svého pokoje, když se o něm mluví. Většinu lidí vlastně zajímá, o čem se mluví, když se mluví o nich. Může tak dojít k přirozenému vtažení zájemce do konverzace, což je vysoce žádoucí. Pokud se klient setkání nezúčastní, ale je například přítomen

v bytě, na konci se tým jde rozloučit a může zopakovat, že jej zajímá, jak vidí celou věc on/ona.

Co se týká právní stránky celé věci, první schůzka je typicky vedena jako anonymní. Informace, které tým zjistí, by neměly být přiřazeny konkrétnímu jménu, rodnému číslu atd. Poradenství intervenčního týmu mohou v tomto režimu využívat i osoby blízké, právně tedy není problém, pokud při první schůzce s osobou blízkou nemáme explicitní souhlas zájemce. U dospívajících nese právní zodpovědnost za rozhodnutí především rodič, ale s blížící se zletilostí přechází část zodpovědnosti za rozhodnutí i na mladého člověka v centru našeho zájmu.

Jiná právní situace je, pokud jsme ohledně zájemce o službu EI kontaktováni institucí. Zde je třeba, aby obě strany dodržely zákon o ochraně osobních údajů. Ideální proto je, pokud je klient o intervenčním týmu informován při domlouvání první schůzky a vyjádří vůli se s námi setkat. Tato povinnost se však netýká zájemce v anonymním režimu, kdy pracovník týmu jmenovitě neví, o koho se jedná (a i tak má povinnost zachovávat mlčenlivost). Zástupci institucí mají právo a možnost se zeptat, jak intervenční tým obecně funguje a zda si zástupce týmu myslí, že u konkrétního (nejmenovaného) zájemce by nabízená služba mohla být klientovi ku prospěchu. Někdy zástupce instituce potřebuje ujištění týmu, což mu pomůže zorganizovat další schůzku již s účastí člověka, o kterého má starost.

Prvního setkání se mohou zúčastnit jeden nebo dva členové týmu. Záleží na okolnostech a aktuálních možnostech týmu. Zda například zájemce má přání potkat se v pracovišti týmu (hovorně), chce být na schůzce sám a popisuje symptomatiku, která je spíše úzkostná, pak je možné se s ním setkat i individuálně (klient a pracovník týmu). Pokud naopak volá rodinný příslušník, chce se sejít doma a má pocit, že situace je přece jen poněkud vyhrocená, je velmi vhodné vyjet minimálně ve dvou, a to z důvodu možnosti věnovat se souběžně více lidem, bezpečí týmu atd. Pokud je situace diagnosticky nejasná, měl by během prvního nebo druhého setkání vidět zájemce o službu psychiatr týmu (nebo psycholog).

První schůzka by standardně měla proběhnout do 7 dnů od prvního kontaktu, ale je snaha ji uskutečnit co nejdříve, zvláště pokud zájemci vnímají, že situace je akutní. Pokud je zájemce hospitalizovaný, EI tým plánuje první setkání po domluvě s lékařem. Pokud tomu nezabraňují závažné okolnosti (zdravotní důvody, finanční důvody atd.), probíhá první schůzka

dle přání zájemce na místě, na kterém se tým s klientem dohodne. Je dobré ctít pravidlo, že všichni, včetně členů intervenčního týmu, by se na schůzce měli cítit bezpečně.

CÍLE PRVNÍHO SETKÁNÍ:

- ✓ Detailněji zmapovat situaci, odhadnout, zda se zájemce o službu nachází v riziku rozvoje psychózy nebo už v psychotické epizodě.
- ✓ Pracovat na navazování a prohlubování vztahu a důvěry. Proto bývá vhodné, pokud zvláště ze začátku hovor příliš nestrukturujeme a necháme klienta či klienty mluvit o tom, o čem potřebují.
- ✓ Podat detailnější informace o EI týmu, shrnout možnosti podpory, diagnostiky, omezení atd. Předat letáky, popřípadě písemné informace o činnosti týmu. Zdůraznit, že rozhodnutí o využití služeb EI týmu je plně na straně zájemce a je možné jej kdykoliv změnit.
- ✓ Domluvit se na dalším postupu, plánu, nastítnit možnosti.

6.3.2 SPECIFIKA PODLE TOHO, KDE A ZA JAKÝCH OKOLNOSTÍ SETKÁNÍ PROBÍHÁ

Setkání v konzultační místnosti týmu

Tuto možnost nabízíme v rámci telefonátu před první schůzkou, někteří klienti to preferují. Práh pro kontaktování služby snižuje, když se pracoviště týmu vyskytuje mimo areály velkých psychiatrických nemocnic nebo psychiatrických oddělení. Ze zahraničí máme jako příklady dobré praxe např. sídlo týmu včetně hovorny v rámci nákupního centra nebo v kancelářské budově v centru města. Čas je uzpůsoben možnostem zájemce. Schůzky se účastní podle situace (naléhavosti, odhadu charakteru potíží) buď dva členové týmu, nebo jen jeden. Zájemce může na schůzku přijít s jednou nebo více blízkými osobami, pokud si to přeje.

V domácnosti

První schůzka se zájemcem o službu rovněž často probíhá v domácnosti zájemce. Nežrádka se tak děje, když službu kontaktuje rodinný příslušník, který žije se zájemcem ve společné domácnosti. Na schůzku vyjíždí-

me typicky ve dvou, navíc je výhodou, pokud jeden z dvojice je psychiatr nebo psycholog. Tato možnost je výhodná, protože mnoho aspektů života klienta, na které bychom se jinak museli složitě doptávat, vidíme takřikajíc mimoděk díky setkání v přirozeném prostředí. Také nepříjemný distres je u mnoha klientů menší, když jsou u sebe doma. Je však dobré dbát o bezpečí týmu a dopředu odhadnout např. riziko eskalace či krize. S ohledem na bezpečí týmu je dobré dopředu zjistit i to, zda je v domácnosti např. nějaké zvíře (např. pes).

Na neutrálním místě, tzv. v terénu

Standardně se také může tým EI se zájemcem dohodnout, že první schůzka proběhne na neutrálním místě, které určí zájemce (kavárna, obchodní centrum, park apod.). Na schůzku vyjíždíme ideálně ve dvou, je však možné i setkání jeden na jednoho na základě zhodnocení situace při prvotním telefonátu. Je důležité vybrat na setkání místo, které skýtá jak dostatečné soukromí pro hovor o osobních věcech (hlučné a populární kavárny bývají vhodnější než podniky málo vytížené), tak pocit bezpečí pro obě strany.

Ve škole nebo v zaměstnání

Zřejmě typičtější je setkání ve škole u zájemců o službu, kteří ještě studují. V případě středních škol a gymnázií se takové setkání často domlouvá skrze školního psychologa nebo výchovného poradce. Vysoké školy a univerzity mají dnes nezřídka specializovaná pracoviště na pomoc studentům v psychických potížích. V případě zaměstnání je tým někdy kontaktován z daného pracoviště personalistou, popřípadě osvědčeným nadřízeným ohledně zaměstnance v potížích. O schůzce pak zájemce informuje kontaktující osoba (např. školní psycholog). Je vhodné instruovat kontaktující osobu o tom, jak tlumit stres u osoby v centru našeho zájmu, např. následovně: „Mám o Tebe / Vás starost, proto jsem to chtěla probrat s týmem, který se na posouzení těchto potíží specializuje. Chtěl(a) bys/byste být u Toho? Za mě by to bylo lepší, ať nemluvíme o Tobě bez Tebe / o Vás bez Vás. Neboj(te) se, trochu je znám, jsou to sympatičtí lidé. Jestli chceš, můžeš / chcete, můžete to s nimi pak probrat i sám(a) beze mě.“ I pokud zájemce souhlasí, nebývá v této situaci mnohdy vhodné na první schůzku zvát rodiče nebo spolužáky/spolupracovníky, protože by to zvyšovalo jeho stres. Možnost jejich prizvání a v případě nezletilých i potřebu a způsob informování

rodičů pak EI tým probere až na první schůzce. Rovněž se ptáme, kde by měla být další případná schůzka, přičemž důležitý je v tomto případě názor zájemce o službu.

V ordinaci praktického lékaře nebo ambulantního psychiatra

První schůzky lze uskutečnit v ordinaci praktického lékaře nebo ambulantního psychiatra, případně na somatickém oddělení nemocnice. Je vhodné, když první schůzka, nebo minimálně první kontakt, probíhá společně se zástupcem kontaktující instituce, aby bylo možné společně probrat, co ke kontaktu vedlo. To však vyžaduje dobré vztahy a porozumění na straně kontaktující instituce, které je vhodné budovat již ve fázi navazování spolupráce. Poté se zájemcem o službu probíráme, jak dál postupovat.

V psychiatrické nemocnici

V případě, že první schůzka probíhá během první psychiatrické hospitalizace, zástupci týmu jdou za zájemcem na oddělení typicky po domluvě s ošetřujícím týmem/lékařem. Návštěvu je možné realizovat, i když je klient floridně psychotický, přispívá to k utváření vztahu. V takovém případě však tým neprobírá možnosti další spolupráce, čeká na stabilizaci. Detailnější informování o činnosti týmu lze rovněž odsunout na později. Zprvu jsou tedy podávány pouze základní informace, zatímco podrobnější na přímý dotaz. Pracovníci se mohou uvést například slovy: „Pracujeme s lidmi, kteří se dostali do podobné situace jako vy. Nechcete si o tom popovídat?“ Setkání po projednání se zájemcem může proběhnout za přítomnosti ošetřujícího lékaře nebo sestry formou společné schůzky. Případně, pokud si to zájemce přeje nebo pokud to chod oddělení neumožňuje, pracovníci realizují návštěvu sami.

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 4

Jak již bylo zmíněno, první setkání s Reném proběhlo u něj doma po telefonátu s matkou. Během telefonického hovoru člen týmu matku přesvědčil, že by bylo vhodné, aby Reného o návštěvě týmu předem informovala. Původně chtěla postupovat jinak, a sice postavit Reného před hotovou věc. Přesvědčilo ji, když jí člen týmu poradil, že může otevřeně Renému říct, že má o něj starost a že se s týmem může, ale také nemusí bavit – záleží na něm. Dveře domu pak

otevřel sám René se slovy: „A jo, to jste vy.“ Poté se ze setkání omluvil s tím, že bude u sebe v pokoji. Přesto se přítomným dvěma členům týmu podařilo představit se mu a nabídnout, že kdyby si to rozmyslel, může se do setkání zapojit i v jeho průběhu.

Na začátku sezení tým především hodně poslouchal matku. Zhodnotil, že situace vypadá vážně, a ocenil matku za to, že tým kontaktovala. René se skutečně asi po půl hodině zapojil a s týmem pak zhruba 20 min. komunikoval. Během té doby mimo jiné vášnivě rozporoval matčiny názory. Tým se rozloučil asi po hodině a čtvrt s tím, že je rád, že mohl poznat i Reného, že vnímá vážnost situace, a proto přijede zase na začátku dalšího týdne. Kdyby se něco dělo, je možné volat, ale nikoliv o víkendu – v takovém případě by bylo třeba kontaktovat rychlou zdravotnickou pomoc.

Během první schůzky s Nikol, která probíhala na pracovišti týmu, nejdříve hodně mluvila matka, která popisovala problémy ve škole. Také zmiňovala, jak je Nikol občas „jako tělo bez duše“ a jak zjistila, že se Nikol sebepoškozuje. Tým vyjadřoval empatii a snažil se vtáhnout Nikol do hovoru a navázat kontakt. To se příliš nedařilo, ukázalo se, že Nikol je nesmělá. S tím, co říkala matka, však často souhlasila. Dle matky si doma s Nikol občas povídají, tým nezaznamenal známky konfliktu. Během hovoru Nikol dobře reagovala na poznámky a empatii zdravotní sestry týmu. Do budoucna se pak ukázalo, že Nikol kromě společných schůzek viděla smysl i v individuální podpoře právě od ní.

6.3.3 JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SLUŽBU

Tým včasné intervence může být kontaktován jak samotným člověkem, u kterého se rozvíjí duševní potíže, tak i někým z jeho okolí. Roli zde pravděpodobně hraje výrazná stigmatizace duševního onemocnění ve společnosti. Při prvním kontaktu, který v našich podmínkách typicky probíhá po telefonu, který je přijímán nejčastěji psychiatrickou sestrou nebo sociálním pracovníkem, je dobré neopomenout následující body (v rámečku vpravo):

Pokud tým kontaktuje blízký člověk, a nikoliv člověk v duševních potížích, vzniká typicky otázka, jak a kdy člověka v centru našeho zájmu nejlépe kontaktovat či jak ho informovat o tom, že intervenční tým by měl zájem s ním o jeho situaci mluvit. To bývá zvláště klíčové, pokud daný člověk nesouhlasí s názorem svého okolí a jakoukoliv pomoc odmítá vyhledat. Zde

**BĚHEM PRVNÍHO TELEFONNÍHO HOVORU
(POPŘÍPADĚ CHATOVÉ KONVERZACE)
JE TŘEBA SE VĚNOVAT NÁSLEDUJÍCÍMU:**

- ✓ Udělat si předběžný obrázek, co se děje.
- ✓ Pokud volající vnímá situaci jako vážnou, opatrně se zeptat na rizika vyhocení krize či závažného nevratného jednání. V případě vyložení krizové situace odkázat volajícího na jiné služby (v případě, že je to na straně EI týmu možné, může v tomto nabídnout i pomoc či podporu).
- ✓ Pokud se zdá, že klient by i jen potenciálně mohl spadat do cílové skupiny, ubezpečit zájemce, že se dovolal správně a ocenit jeho jednání, pracovat na navázání vztahu.
- ✓ Podat základní informace o EI týmu, shrnout, jaké služby tým poskytuje a komu. Informovat, že rozhodnutí o využití služeb EI týmu je plně na straně zájemce a je možné jej kdykoliv změnit.
- ✓ Podat a vyžádat kontaktní informace, domluvit termín schůzky, popř. kdo koho bude kontaktovat ohledně tohoto termínu.

se držíme několika zásad. Zprvce se snažíme okolí klienta vysvětlit, že často bývá nejlepší, když zájemce o službu hned od začátku ví, že jeho blízký má o něj starost, a proto se rozhodl tým kontaktovat. Klíčové v takovém případě je, aby byl klient ubezpečen jak týmem, tak blízkou osobou, že uvítají, pokud se klient zúčastní už první schůzky, ale že pokud nechce, tak nemusí. Podaří-li se tento postup, předchází se tím pocitu zájemce o službu, že se tým na něj domlouvá s jeho blízkými za jeho zády, a obavám ze vzníkaní koalice proti němu. Takovýto vývoj může samozřejmě negativně ovlivnit vznikající spolupráci.

Druhá zásada ovšem je netlačit příliš na blízké osoby, aby hned zájemce o všem informovali, pokud se tyto osoby na to necítí nebo jim takovýto druh komunikace není vlastní. Je třeba mít pochopení i pro míru stresu u blízkých osob, pro které je kontaktování týmu často velký krok. Tato míra stresu se typicky značně zmírňuje po jedné nebo dvou schůzkách, kdy má blízký člověk možnost poznat členy týmu. Z tohoto důvodu bývá občas vhodnější počkat a způsob, jak klienta nejlépe informovat a přizvat na setkání, probrat na konci první nebo druhé schůzky s blízkou osobou.

Je však dobré se aktivně snažit vyhnout rizikovému scénáři, kdy by blízká osoba postavila člověka v centru našeho zájmu před hotovou věc až po našem příjezdu („Tady k nám přijel ten psychiatrický tým, můžeš si s nimi promluvit.“), popřípadě kdyby blízcí měli tendenci zajistit, aby setkání s týmem proběhlo úskokem na základě falešných informací.

6.3.4 SPECIFIKA PODLE TOHO, KDO INTERVENČNÍ SLUŽBU KONTAKTUJE

- ✓ Člověk v duševních potížích si sám vyhledá informace a osloví někoho z týmu (např. student po workshopu; mladý člověk, který si vyhledal informace v rámci online sebescreeningu; klient, kterého oslovil leták intervenční služby v čekárně u lékaře). Toto je vlastně ideální situace. Hned při prvním telefonu se ptáme, zda chce klient mít na první schůzce nějakou blízkou osobu nebo zda preferuje setkat se s týmem sám.
- ✓ Tým je kontaktován osobou z osobní sítě zájemce (příbuzný, kamarád apod.). Tato osoba se často snaží od týmu získat radu, jak nejlépe dále postupovat. Typicky je vhodné postupovat dle obecných zásad popsanych výše.
- ✓ Zájemci je služba doporučena v souvislosti s fungováním ve škole nebo v zaměstnání zástupcem této instituce. V takovém případě typicky volá (či píše) zástupce instituce (např. školní psycholog, personalista) zástupci týmu, probírá, co se děje, a domlouvají se, jak a kdy se setkat. Často je vhodné snažit se pak přizvat na první schůzku i klienta dle zásad popsanych výše. Limitujícím faktorem pro přizvání klienta hned k první schůzce zde nebývá ani tak stres na straně kontaktující osoby, ale spíše případný stres na straně klienta ohledně toho, o jaký druh schůzky se jedná a zda pro něj nemůže mít neblahé následky. To je dobré mít na paměti a postupovat citlivě.
- ✓ Zájemci je služba doporučena v souvislosti s péčí o duševní zdraví, např. v nemocnici, popřípadě psychiatrické nemocnici, CDZ, ambulantním lékařem nebo psychologem. Naprosto ideální situace je, když v takovém případě kontaktující pracovník, např. lékař, tým osobně zná díky informování o službách včasné detekce a po krátkém představení týmu klientovi navrhne, že mohou tým kontaktovat společně („Nebojte se, jsou to

sympatičtí lidé, informace jsou naprosto nezávazné.“). Takový postup výrazně snižuje práh pro kontaktování služby a může například i snižovat dobu neléčené psychózy. Méně ideální, ale častější je, že lékař po krátkém informování o službě a například předání letáku nechá rozhodnutí na klientovi. Například po předání informací v ambulanci praktického lékaře mohou někdy lidé váhat týdny, než se rozhodnou službu kontaktovat, nebo tak učinit až v případě krize.

- ✓ Člen týmu je požádán jinou institucí, aby zájemci nabídl službu (městský úřad, městská policie, církevní spolek, OSPOD). Tato instituce může být k zájemci v pozici autority, což může komplikovat pocit dobrovolnosti budoucí spolupráce. Je možné se zájemci ozvat s tím, že jsme dostali informace od dané instituce, a zeptat se, zda má o schůzku zájem. Je dobré zdůraznit dobrovolnost. V mnohých situacích však může být vhodnější požádat zástupce instituce, aby nejdříve zájemce informoval o tom, že dle jejich názoru by pro něj mohlo být užitečné probrat věci s intervenčním týmem, a doporučil mu schůzku. Zda mají být na případné schůzce i zástupci instituce, by mělo být primárně rozhodnutím klienta. Tím vlastně implicitně EI tým uplatňuje zásadu zplnomocnění hned od samého začátku, kdy se utváří rámec spolupráce.

6.3.5 KRIZOVÁ SITUACE

Tým EI zpravidla není dostupný mimo rámec pracovní doby a krizové situace řeší spíše méně často. Zároveň služby týmů včasné intervence nenahrazují služby center krizové intervence.

Jak řešit krizové situace?

- A. V případě, že se jedná o klienta, se kterým má tým navázanou spolupráci, a v případě, že je jeho stav krizový, musí tým dobře reagovat na danou situaci. V praxi lze edukovat klienta o dostupných službách, které mu budou v případě krizové situace k dispozici, vybavit ho potřebnými telefonními kontakty a zároveň tým s klientem sestavuje krizový plán – to, jak bude postupovat v případě krizové situace. Tým by měl klienta současně informovat, že je dostupný na telefonním čísle pouze v době 8–16 hodin od pondělí do pátku. Nad rámec tohoto časového rozmezí je zapotřebí kontaktovat dostupné krizové služby, nedomluví-li se tým s klientem jinak.

B. V případě nového klienta musí tým skrze telefonickou komunikaci odhadnout, zdali se jedná o krizovou situaci. Pokud se klient v krizové situaci ocitá, pracovník odkáže klienta do nejdostupnějšího krizového centra, popřípadě předá kontakty na telefonní krizovou službu. Zároveň si s klientem může dojednat osobní schůzku v době, kdy bude jeho stav stabilizován.

ZVÝŠENÉ RIZIKO SEBEVRAŽEDNOSTI A JAK S NÍM PRACOVAT

Zájemce se na nás obrátí telefonicky s prosbou o pomoc, během hovoru zjistíme, že mu byla diagnostikována schizofrenie, aktuálně se neléčí a jeví známky zhoršení stavu (má hlasy s negativním obsahem), je aktuálně pod vlivem alkoholu a potvrzuje dobře formulované suicidální myšlenky s tendencí je uskutečnit. Zhoršení stavu má reálnou situační souvislost (propuštění z práce, nezaplacení hypotéky apod.), v důsledku čehož se psychicky zhroutil.

- ✓ *Ověříme, zda zájemce spadá do cílové skupiny.*
- ✓ *Zmapujeme příznaky dekompenzace.*
- ✓ *Zmapujeme riziko sebevražděného jednání.*
- ✓ *Doporučíme kontaktovat krizové centrum, případně zvážení dobrovolné hospitalizace.*

Pokud je toto odmítnuto a ze situace vyplývá, že volající nemá kapacitu na to, vyhledat sám další pomoc, je namístě zvážit zajištění nedobrovolné hospitalizace. Klienta vedeme v anonymním režimu v evidenčním systému.

- ✓ *Poradíme se v týmu o dalším postupu.*
- ✓ *Případně zajistíme příjezd RZS a hospitalizaci.*
- ✓ *O postupu informujeme volajícího zájemce.*
- ✓ *Poskytujeme telefonickou krizovou intervenci.*
- ✓ *Vyčkáme s ním následně na telefonu do příjezdu pomoci.*
- ✓ *Sledujeme a mapujeme situaci během hospitalizace.*
- ✓ *Ve vhodnou chvíli se se zájemcem znovu spojíme a nabídneme spolupráci.*

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 5

Situace v rodině Reného se vyhrotila asi po třech týdnech spolupráce. Bylo to na schůzce, na které byla přítomna matka, bratr a René. Matka prohlásila, že s Reném je to doma už k nevydržení a že už to „dál nedává, že se z toho sesype“. Že by chtěla, aby se o Reného postarali někde na psychiatrii. René nesouhlasil, ovšem byl nepřiléhavý, bludný a paranoidně nastavený vůči sousedům. Pod postelí měl baseballovou pátku na svou obranu před sousedy, „kdyby se náhodou dozvěděli, že do toho jejich spiknutí vidí“. Vůči týmu se choval ovšem bez nevraživosti, osvědčil se zde dobře navázaný kontakt z předchozích setkání. Poté, co se rodina shodla na nutnosti hospitalizace a neschopnosti situaci již dále zvládat vlastními silami, zavolal přítomný psychiatr rychlou zdravotnickou pomoc. Nejprve ovšem všechny informoval, že to udělá. René nesouhlasil: „No to nemyslíte vážně?“ a šel si dát do pokoje „jointa na uklidněnou“, poté však již nedobrovolné hospitalizaci nekladal odpor. S ohledem na situaci tým vyhodnocoval rizika eskalace konfliktu a rozhodl se, že může postupovat transparentně. K agresi často dochází, když se lidé cítí podvedeni nebo zatlačeni do kouta bez jakékoliv podpory, těmto scénářům se tým snažil vyhnout. Během hospitalizace byl René navštěvován jak svou rodinou, tak týmem EI. Po hospitalizaci se Reného stav zlepšil a René si našel práci, matka si zlepšení pochvalovala s tím, že to je zase „její starý dobrý René“. Na konci prvního roku spolupráce došlo u Reného opět ke zhoršení zdravotního stavu a k další nedobrovolné hospitalizaci. Souviselo to možná i s obnovením abúzu a s tím, že matka sama byla nucena začít brát antidepresiva. Poté již bylo zlepšení dlouhodobé, užívání kanabису René omezil, ale nikoliv vysadil. Zpětně René obě krizové intervence týmu hodnotil kladně.

U Nikol žádná krizová intervence nebyla potřeba, jen jednou byla podpořena členkou týmu, když měla myšlenky na sebeпоškození.

6.4 SPECIFICKÉ POSTUPY PRÁCE PODLE TYPU ONEMOCNĚNÍ

V projektu VIZDOM byly rozlišeny čtyři skupiny příjemců, a to z pohledu historie a současných projevů onemocnění (více v kapitole 2). Tyto skupiny se liší na základě potřeb a jím věnovaná práce může mít různá specifika.

6.4.1 SPECIFICKÉ POSTUPY PŘI PRÁCI S LIDMI ARMS (AT RISK MENTAL STATE)

Cílová skupina osob, které se nacházejí v riziku rozvoje psychotického onemocnění, se v řadě ohledů liší od lidí, kteří prožívají první epizodu psychotického onemocnění nebo se již nějakou dobu léčí. K rozvoji psychotického onemocnění v následujících několika letech dojde jen přibližně u třetiny z nich, což nutně ovlivňuje i volbu terapeutického postupu. Jakékoliv postupy by měly být voleny citlivě, způsobem, který co nejméně stigmatizuje a který přináší nejmenší možné vedlejší důsledky.

Nejdůležitější je nastavení principů pomoci. Důležité je, aby služba byla dobře dostupná a co nejméně stigmatizující. Nejlepším přístupem je zaměřit se na potřebu péče a současné problémy, které si klient již uvědomuje. Mělo by se řešit riziko zhoršení příznaků čili přechodu do psychózy, ale ne jako skutečný hlavní problém. Počáteční studie zkoumaly různé psychoterapeutické intervence, hlavně kognitivně-behaviorální terapii, a zjistili, že antipsychotické léky by se neměly nabízet jako léčba první volby. Doporučit lze zejména kognitivně-behaviorální terapii, která by mohla zabránit rozvoji psychózy [67].

Vysoce diskutabilní je nasazená léčba antipsychotiky u klientů bez rozvinuté psychózy. Studie zkoumají a testují alternativní látky, zejména omega-3 mastné kyseliny jako možné potenciální neuroprotektivní látky [67]. Některé studie prokázaly výrazné zlepšení symptomů a snížení pravděpodobnosti přechodu do psychózy u mladých jedinců s ARMS [67], jiné tyto informace vyvrací, naznačují, že je málo kvalitních důkazů o protektivním efektu omega-3 mastných kyselin [105]. Metaanalýza a systematická rešerše konstatují, že pozitivní efekt omega-3 mastných kyselin pro léčbu osob v riziku psychózy nelze považovat za dostatečně prokázaný [47; 106].

Včasné intervence by měly být zvoleny podle stupně rizika psychózy a přizpůsobeny potřebám jednotlivce. To zahrnuje mnoho nespecifických podpůrných opatření, viz doporučení u skupiny ARMS [67].

Zahraniční zkušenosti s programy včasné intervence ukazují, že účinná podpora klientů v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění (ARMS) má určitá specifika. Mezi intervence, které lze v populaci lidí v riziku rozvoje psychotického onemocnění hodnotit jako efektivní, patří kognitivně-behaviorální přístup uzpůsobený práci s lidmi v riziku [46; 47; 105] a individuálně podpora v oblasti vztahů (sociální deficit), vzdělání či zaměstnání [46; 107]. Některé studie zdůrazňují nutnost individualizovaného přístupu

DOPORUČENÍ PRO KAŽDODENNÍ KLINICKOU PRAXI: POSTUPNÉ INTERVENCE V PŘÍPADĚ ARMS [67]

Nízké riziko

- ✓ *Léčba přítomných symptomů a komorbidit: obecná, symptomatická, nespecifická, podpůrná léčba a péče (podpůrná léčba nebo kognitivně-behaviorální case management, redukce stresu, regulace spánku, léčba podle potřeby pro zvládání symptomů (bez antipsychotik), sociální práce, redukce užívání návykových látek atd.).*
- ✓ *Budování terapeutického vztahu, poskytování informací a psychoedukace.*
- ✓ *Sledování vývoje nemoci.*

Vyšší riziko

- ✓ *Specifičtější a intenzivnější psychoterapie (např. specifická kognitivně-behaviorální terapie, zkr. KBT).*
- ✓ *Psychologické tréninkové programy, kognitivní remediace (tj. trénink pracovní paměti pomocí počítačového programu) podle potřeb.*
- ✓ *Zapojení dalších významných jedinců z klientova okolí (pokud klient souhlasí).*

Přechod do psychózy

- ✓ *Zkraťte dobu neléčené psychózy (DUP) a nabídněte rychlou specifickou léčbu (viz EI u FEP).*

a práci s odolností vůči stresu [107]. Další doporučení na základě výzkumných studií zahrnují časově omezené užití psychofarmak [46; 47]. Nicméně vzhledem k vedlejším účinkům antipsychotik není farmakoterapie léčbou první volby. Přednost by měly mít jiné nefarmakologické intervence. Dílčí intervence je vhodné doplňovat o intervence směrem k rodině, ať už se jedná o rodinnou terapii, edukaci, nebo poradenství.

Pro dosažení pozitivních výsledků je u dětí a mladistvých v riziku rozvoje psychotického onemocnění doporučována kombinace více intervencí, při které se například kombinuje antipsychotická léčba s kognitivně-behaviorální terapií a intervencemi v rodině; dalšími doporučovanými intervencemi jsou poradenství, rodinná terapie, psychodynamická psychoterapie, psychoanalýza, psychoedukace, nácvik sociálních dovedností nebo arteterapie [108].

V přístupu k lidem v riziku rozvoje psychózy doporučuje zahraniční expertní platforma kognitivně-behaviorální přístup raději než přístup psychodynamický, který je zaměřen na hledání příčin onemocnění. Podle tohoto doporučení by neměl být psychodynamický přístup využíván u lidí v riziku rozvoje psychózy ani u lidí v první epizodě. Dostupné zahraniční studie potvrzují významný vliv kognitivně-behaviorálního přístupu u lidí v riziku rozvoje psychózy a zároveň poukazují na neprůkaznost vlivu integrativní psychoterapie a omega-3 mastných kyselin [105].

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 6

Asi po roce práce s Nikol se situace ohledně jejích symptomů nezlepšila. Nikol si však pochvalovala podporu a porozumění v rodině, kterých se jí díky práci týmu dostalo. Sebeпоškozování nepokračovalo. Nikol rovněž zvládala jezdit do školy a fungovat v ní a překonávat pocity, že jí ostatní lidé vidí do hlavy. Externí dětská psychiatrická, které se Nikol s některými svými prožitky nesvěřovala, hodnotila situaci jako disharmonický vývoj osobnosti a předepsala antidepresiva a nízkou dávku quetiapinu (antipsychotikum). V říjnu po nástupu do dalšího ročníku střední školy se u Nikol ve stresových situacích začaly objevovat hlasy, které jí vyhrožovaly a komentovaly situaci. Bylo to hlavně ve škole a při cestě do ní.

Nikol brala hlasy tak, že jsou jen u ní v hlavě, ale bylo pro ni těžké o nich mluvit. Přiznala, že členové týmu jsou první, kterým o tom na cílený dotaz řekla, a plakala při tom. Hlasy, které k Nikol promlouvaly, bylo možné podle kritérií CAARMS či PANSS klasifikovat jako překročení prahu psychózy. Vzhledem k úzce navázané spolupráci pracovníci týmu nepovažovali za pravděpodobné, že by si Nikol vymýšlela. Na další společné schůzce týmu s Nikol, její externí psycholožkou a matkou se všichni přítomní členové sítě shodli, že by bylo vhodné kontaktovat ambulantní psychiatrickou a přesvědčit ji o vhodnosti navýšení antipsychotické medikace. Protože tým se s ambulantní psychiatrickou ještě neznal a Nikol měla plánovanou návštěvu za dva týdny, rozhodl se lékař týmu zavolat do ambulance a domluvit, zda by bylo v pořádku navštívit ambulanci společně s Nikol. Během společné schůzky Nikol byla ráda, že o hlasech nemusí mluvit sama, neodhodlala by se. Tato schůzka vedla k postupnému navýšení antipsychotické medikace a ústupu hlasů. Dávky však nebyly nikdy tak velké, aby docházelo k sedaci, např. k potížím se vstáváním do školy.

6.4.2 SPECIFICKÉ POSTUPY PŘI PRÁCI S LIDMI FEP (FIRST EPISODE OF PSYCHOSIS)

Jedním z hlavních cílů služeb včasné detekce je včasná léčba psychózy. Ukázalo se, že tento ukazatel výrazně souvisí s prognózou onemocnění a léčby. Efektivní programy zahrnující včasnou detekci už existují (např. TIPS) a nabízejí způsoby, jak včasnou léčbu podpořit. V případě probíhající psychózy jsou dána doporučení pro včasnou intervenci od odborných společností, která se více či méně shodují, například snížení stresu a stimulů, zajištění spánku, léčba benzodiazepiny, dokud není diagnóza stanovena atp. [67].

Doporučení pro denní klinickou praxi: EI u FEP: [67]

- ✓ *redukce stresu*
- ✓ *zajištění dostatečného spánku*
- ✓ *psychoterapeutické intervence vedoucí k redukci úzkosti, rozrušení a paniky*
- ✓ *benzodiazepiny (dokud není diagnóza jasná)*
- ✓ *antipsychotika druhé generace v minimální účinné dávce po dobu přibližně jednoho roku*
- ✓ *léčba komorbidních poruch, zejména abúzus drog/konopí*
- ✓ *psychoedukace*
- ✓ *kognitivně-behaviorální case management*
- ✓ *psychologické tréninkové programy / kognitivní remediace atd.*
- ✓ *zapojení dalších významných jedinců z klientova okolí (pokud klient souhlasí)*
- ✓ *léčba somatických nemocí*
- ✓ *sociální práce*
- ✓ *znovuzачlenění do zaměstnání/vzdělávání*
- ✓ *asertivní komunitní léčba*

Dle zahraničních studií se ukazuje, že u cílové skupiny osob, které prožily či prožívají první psychotickou epizodu, se za nejefektivnější způsoby léčby považují farmakologická léčba a psychosociální intervence, které zahrnují rodinnou psychoedukaci, skupinovou edukaci rodinných příslušníků

nebo podporované zaměstnávání [109]. I v případě, že jedinec či jeho rodina odmítá léčbu antipsychotiky, je vhodné klienta motivovat, aby pravidelně navštěvoval psychiatra (alespoň jedenkrát měsíčně). Zároveň se u této cílové populace doporučuje kognitivně-behaviorální terapie, do které by bylo vhodné zapojit celou rodinu [108].

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 7

Po první hospitalizaci a zlepšení stavu René odmítal užívat léky (risperidon, tj. antipsychotikum, v nízkých dávkách) a tým informoval, že už léky nějakou dobu vynechává. Protože se René typicky neúčastnil celých schůzek, matka v jeho nepřítomnosti uvažovala o tom, že léky bude Renému „přisypávat do čaje“, ale nechala se týmem přesvědčit, že to není dobrý nápad. Když René s týmem rozebíral, co se dělo, souhlasil s tím, že na jeho stavu mohly mít podíl konopné drogy. Od týmu byl informován, že tyto látky mohou psychotické stavy zhoršovat, popřípadě vyvolávat. Po několika měsících se však k jejich škodlivému užívání vrátil, nejdříve tak, že občas kouřil s kamarády. Dávalo mu to možnost někam patřit, kromě rodiny a kamarádů „huličů“ totiž nikoho neznal, nikam nezapadal. Poté začal marihuanu kouřit opět i doma. Asi po půl roce opětovného abúzu u něj došlo ke zhoršení zdravotního stavu a druhé nedobrovolné hospitalizaci.

V případě Reného se podle diagnostických kritérií MKN-10 jednalo spíše o poruchu způsobenou užíváním kanabinoidů (F12.5, tzv. toxická psychóza). Tato diagnostická kategorie se však relativně často překrývá s ostatními psychózami, dle Catona [226] je u čtvrtiny toxických psychóz diagnóza následně změněna na funkční psychózu. Rovněž v odborné literatuře zabývající se včasnými intervencemi je rizikovost užívání kanabinoidů dobře popsána.

Jak v případě antipsychotik, tak abúzu kanabisu tým věnoval hodně času edukaci. Doporučoval léky ještě nevysazovat a určitě se vyhnout dalšímu užívání kanabisu, nechával však Renému prostor, aby se sám rozhodl, jak se zachová.

6.4.3 SPECIFICKÉ POSTUPY U OSOB, KTERÉ ZAHÁJILY LÉČBU PRO F2 NEJDÉLE PŘED 3 LETY

V případě skupiny osob, u nichž léčba probíhá, je zprvu nutné zjistit, zda je jejich dosavadní léčba uspokojivá. Tedy pokud je klient v péči (ambulantní)

služby spokojen a zároveň není pravděpodobné, že by mohl profitovat z nabídky týmu včasných intervencí, nebude zařazen do služby.

Pokud má klient o podporu zájem, lze nabídnout širokou škálu intervencí podle přání a potřeb klienta. Může se jednat o psychiatrické konzultace, individuální či rodinnou terapii, poradenství aj.

S klientem je nutné udržovat pravidelný kontakt (i telefonický), aby bylo možné posoudit, jak se jeho stav vyvíjí, a včas rozeznat případné zhoršení. Tým může zároveň nabídnout individualizované intervence vhodné k udržení jeho stabilizovaného stavu, tedy individuální či rodinnou terapii, sociální poradenství nebo pracovní poradenství. Nastavení spolupráce je vždy na domluvě klienta a týmu.

Velmi dobře použitelné jsou postupy psychosociální rehabilitace (např. CARE model), které pracují s klientovým přáním i zranitelností a všímají si i kvality prostředí.

6.4.4 SHRNUTÍ POSTUPU VČASNÉ INTERVENCE

Pro poskytování včasné intervence platí [67]:

- ✓ *u lidí v riziku rozvoje psychózy je důležité přizpůsobit péči jejich potřebám s cílem léčit přítomné symptomy a komorbiditu (zejména abúzus drog/konopí) a soustředit se na prevenci/oddálení rozvoje psychózy a zabránění sociálnímu propadu,*
- ✓ *práce s lidmi v první epizodě psychózy se má řídit podle doporučení odborných společností.*

K léčbě negativních symptomů schizofrenie psychiatrická asociace doporučuje Evropská psychiatrická asociace (EPA) následující:

- ✓ *nácvik sociálních dovedností by měl být nabídnut klientům s negativními příznaky, ale nelze poskytnout žádné konkrétní doporučení pro klienty s primárními negativními příznaky. Dostupné důkazy navíc neumožňují doporučit jeden konkrétní program pro nácvik sociálních dovedností [110],*
- ✓ *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 [110].*

Navrhovaná doporučení Evropské psychiatrické asociace (EPA) k včasné intervenci u klinických vysoce rizikových (CHR) stavů psychózy:

- ✓ *včasná intervence u klientů 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 deficity [46],*
- ✓ *jakýkoliv preventivní zásah před rozvojem psychózy vyžaduje, aby bylo posouzeno klinicky vysoké riziko v plném souladu s pokyny EPA o včasné detekci psychózy [46],*
- ✓ *psychologické, zejména KBT přístupy, stejně jako farmakologické intervence jsou schopny zabránit nebo alespoň oddálit první psychotickou epizodu [46],*
- ✓ *model odstupňované intervence s nejméně restriktivním přístupem služeb, tzn. KBT je nabízena jako první volba, pokud se ukážou KBT přístupy jako neúčinné měly by být doplněny nízkou dávkou antipsychotik druhé generace [46],*
- ✓ *jakýkoliv zásah u klientů s klinicky vysokým rizikem by měl řešit aktuální individuální potřeby a duševní komorbiditu klienta, zejména depresi a úzkost. Pracovníci týmu EI by měli důkladně posuzovat tyto poruchy a pravidelně je sledovat [46],*
- ✓ *současná evidence poukazuje na hodnoty v kritériích klinicky vysoce rizikových stavů psychóz, aby byl brán na ně zřetel a byly včasné zahájeny psychologické a farmakologické intervence u dětí a dospívajících [46],*
- ✓ *specifické psychologické intervence u dětí a dospívajících s cílem zlepšit fungování by měly být poskytovány jako součást celkového plánu léčby, a navíc mohou být doplněné o intervence zaměřené na řešení psychosociálních problémů a na rozpoznání duševních komorbidit [46].*

6.5 INDIVIDUÁLNÍ A KRIZOVÉ PLÁNOVÁNÍ

Individuální a krizové plánování je standardní součástí sociálních i zdravotních služeb. Týmy včasné intervence se shodly, že zakázky klientů, kteří k nim do programu přicházeli, byly typově podobné: stabilizace ve vzdělávání či v zaměstnání, poskytnutí podpory a edukace rodině, v případě potřeby zajistit přístup k medikaci. Zásadní byla dohoda o postupu spolupráce s klientem. Vzhledem k náročnosti ostatní vstupní dokumentace nebyly se všemi klienty zpracovávány písemné individuální a krizové plány.

Ze zkušeností týmů včasné intervence vyplynulo, že z písemného individuálního plánu více profitují klienti, kteří dostávají podporu delší dobu, jejichž situace je více stabilizovaná a objevují se u nich ve větší míře rozvojové cíle.

Písemný krizový plán je důležitý preventivní nástroj pro lepší zvládání krizových situací. Je vhodné o něm uvažovat u všech klientů, kteří mají negativní zkušenost s řešením poslední krize.

V kontextu týmů včasné intervence není třeba určovat konkrétní a závazné formy individuálního a krizového plánu. Níže přinášíme základní přehled oblastí, které by oblasti plánování měly pokrývat.

PEER PRACOVNÍK:

„Tyto dvě přílohy s konkrétními položkami jak v individuálním, tak krizovém plánu mi přijdou užitečné. V době, kdy jsem já sama s týmem EI sestavovala krizový plán, tento seznam ještě neexistoval. Určitě bych ho tehdy ocenila. Opět musím připomenout, že i pro blízké a rodinné příslušníky klientů je to rychlý způsob, kde najít indicie, kam se obrátit, pokud u klienta dojde k viditelnému zhoršení stavu. Individuální plán jsem si tehdy nesestavovala (alespoň ne na papír a takto explicitně), ale vnímám ho pro klienty jako velmi užitečný. Stav, ve kterém se klient poprvé v životě ocitne (vážné duševní problémy), může způsobit sám o sobě úzkost a strach z budoucnosti, pocity ohrožení jeho dosavadních cílů v pracovním, studijním nebo osobním životě. Individuální plán tak může být nápomocen k ukotvení v nové situaci, zmírnění obav a zmapování nových potřeb a cílů. Vytvoří si tak naději, že život i přes tyto nepříjemné nové překážky lze směřovat dál a nepodlehnout letargii.“

6.5.1 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNY

Prvním předpokladem pro individuální plánování je mapování přání, potřeb a situace klienta. Zásadní je všimnout si silných stránek klienta, systematicky je zaznamenávat a stavět na nich. Pracovník služby provádí mapování společně s klientem, společně s klientem také stanovuje postup další společné práce. Tyto informace jsou následně součástí individuálního plánu, který – ačkoliv má v rámci konkrétní služby jednotnou podobu – je vždy vypracováván klientovi na míru. Při přípravě individuálního plánu může být přítomna i další osoba, která je s daným klientem v kontaktu či ve spolupráci – ambulantní psychiatr, blízký člen rodiny. Není překážkou, pokud

je individuální plán vytvářen postupně. Individuální plány jsou přínosné jednak pro samotné klienty, jelikož za pomoci pracovníka služby mohou komplexně zhodnotit klientovu aktuální situaci a současně nastavit cíle v oblastech, které jsou klíčové pro další prospívání klienta, zároveň jsou individuální plány stěžejní i pro pracovníky služby, kteří si na jejich základě mohou předávat či dohledávat informace ke konkrétnímu klientovi služby. Individuální plán by měl být orientován na pozitivní cíle, stanovovat formy aktivního zapojení jednotlivých osob, které se na přípravě plánu podílely, a definovat časový rámec, během něhož by mělo být stanovených cílů dosaženo. Nedílnou součástí individuálního plánování je také jeho průběžná realizace a pravidelné vyhodnocování.

6.5.2 KRIZOVÉ PLÁNY

Krizový plán je souhrnem základních informací, které jsou relevantní v případě nadcházející krize, tedy při zhoršení stavu. Každý krizový plán by měl obsahovat informace nejenom přímo o klientovi služby (o možných spouštěcích, příznacích a co dělat v případě, kdy se objeví), ale měl by rovněž obsahovat informace o tom, jak v případě blížící se krize může reagovat rodina, spolupracující pracovník služeb péče o duševní zdraví či jaké další služby krizového charakteru může klient využít. Z toho důvodu je doporučováno, aby byl do vytváření krizového plánu zapojen jak samotný klient, jeho blízcí, tak i pracovník služeb péče o duševní zdraví.

Krizové plány obsahují konkrétní typy, jak předejít rozvoji krize nebo ji zvládnout. Také zahrnují:

- ✓ *spouštěče,*
- ✓ *popis varovných signálů,*
- ✓ *kontakty na blízké osoby,*
- ✓ *kontakt na krizové služby a psychiatrickou nemocnici.*

Krizový plán může být užitečný jako uklidňující prvek v období zvýšeného stresu, při náročných životních událostech či v případě propuknutí další psychotické ataky. Krizový plán může být také nápomocný pro blízké osoby klienta, kteří dle plánu mohou lépe vyhodnotit situaci, účinně pomoci a předejít tak např. nedobrovolné hospitalizaci.

PEER PRACOVNÍK:

„Krizový plán je užitečný jako uklidňující element v obdobích zvýšeného stresu, náročných životních událostí, kdy má klient obavy ze zhoršení stavu či propuknutí ataky. Při výskytu zmíněných náročných období v životě klienta a případně již reálného výskytu závažných obtíží je krizový plán pomocným nástrojem také pro nejbližší, kteří dle takového plánu mohou lépe vyhodnotit situaci, účinně pomoci a předejít tak např. nedobrovolné hospitalizaci.“

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 8

S Reném probíhalo plánování ústně, tým včasné intervence s ním a s jeho rodinou hodně mluvil o tom, co jednotlivým krizím předcházelo a co je spouštělo. Na všech dalších krocích se s ním a s jeho rodinou tým vždy domlouval. Typické bylo Reného prohlašování, že už tým nechce vidět, když však členové týmu navrhli konkrétní termín, souhlasil, a nakonec byl i potěšen, že o něj tým má zájem. Co se týká budoucnosti, René nebyl přístupný plánování krizových kroků, odmítal připustit, že by se mohl do krize dostat znovu, a sice se slovy, že se poučil a ví, co už nedělat. Tým to respektoval a v další krizi jej doprovázel podobně jako v té první. René to zpětně ocenil.

U Nikol a její rodiny nedošlo ke krizovému plánování, protože ve fázi ARMS se to nezdálo vhodné ani aktuální. Po přechodu do psychózy byly ovšem další kroky vždy konzultovány s rodinou i klientkou. Nikol souhlasila s tím, že by chtěla zkusit navýšit antipsychotickou medikaci, a byla týmu vděčná za to, že jí pomůže to probrat s její ambulantní psychiatrickou.

Návrhy individuálního a krizového plánu, které byly vytvořeny v rámci projektu VIZDOM, jsou k dispozici v příloze 1 a příloze 2.

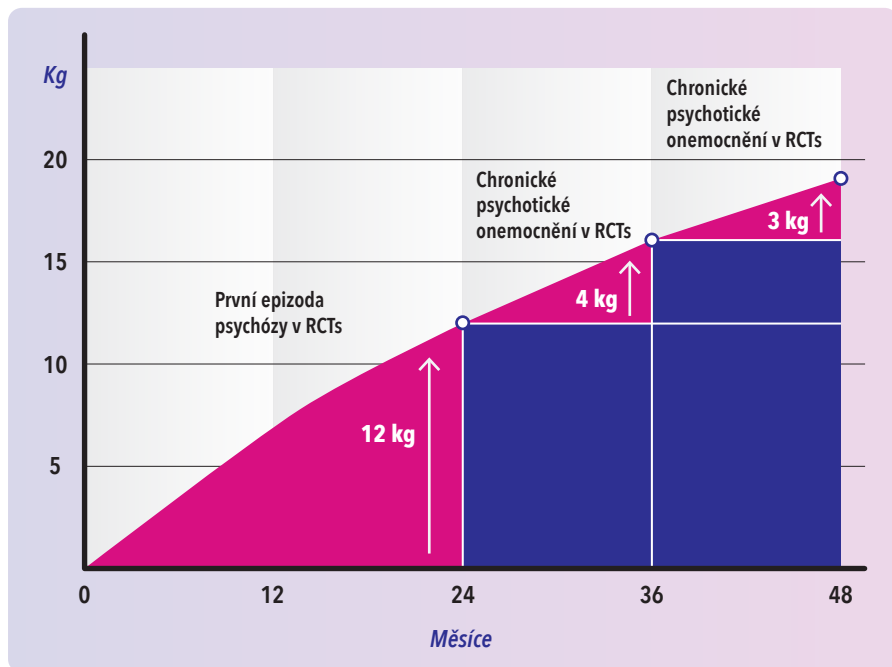
6.6 INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Osoby s diagnostikovanou schizofrenií mají vyšší riziko výskytu civilizačních chorob [111]. Nejčastější přidruženou somatickou chorobou spojenou s diagnózou schizofrenie je obezita [112–115]. Nejpravděpodobnější příčinou je nežádoucí účinek psychotropních léků na chuť k jídlu [116–121]. Zvýšená tělesná hmotnost o 20 % vůči ideální tělesné hmotnosti byla prokázána např. u 40–80 % jednotlivců na antipsychotické léčbě klozapinem

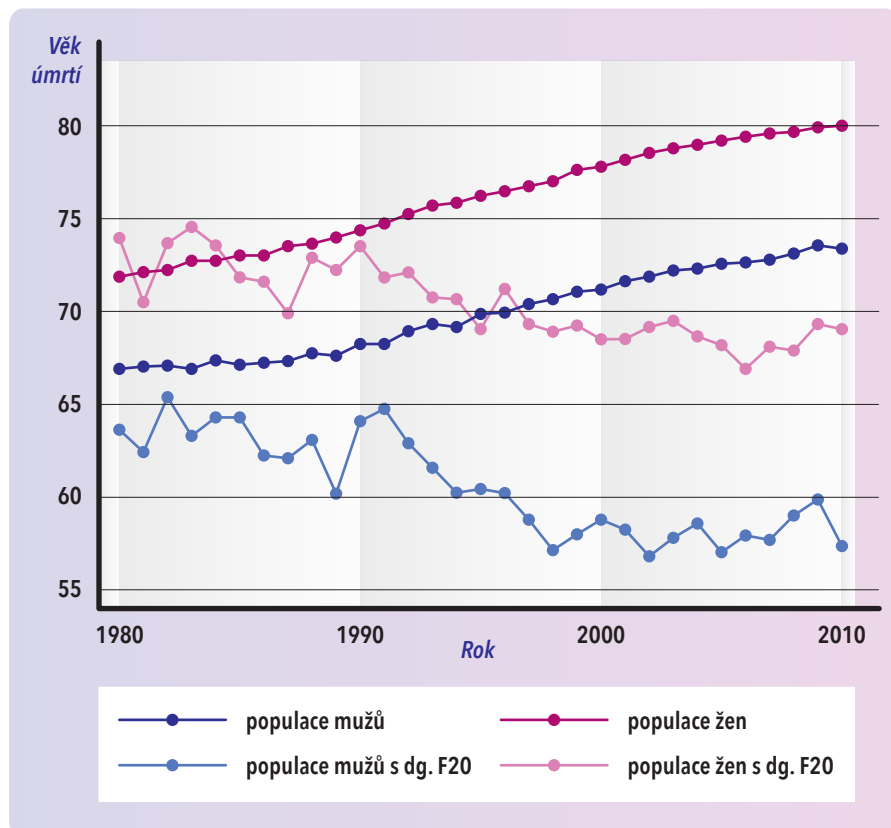
a olanzapinem [122; 123]. Udává se, že lidé během začátku antipsychotické léčby mohou přibrat 6 kg během prvních dvou měsíců s podobným průběhem v následujících měsících a letech (graf 1).

Osoby se schizofrenií se dožívají v průměru o 14,5 roku méně nežli všeobecná populace [125]. Tento rozdíl se v čase stále zvyšuje (graf 2) [126]. Ačkoliv nepřírozené příčiny (např. sebevražda) tvoří 25–40 % vyšší úmrtnost u schizofrenie, za většinu zvýšené úmrtnosti jsou zodpovědné nemoci, kterým lze předejít a které lze ovlivnit (např. kardiovaskulární onemocnění, rakovina plic, diabetes) [127]. Dle současné vědecké evidence je možné na tento trend reagovat intervencemi na úrovni životního stylu se zaměřením na vyváženou stravu a dostatečnou fyzickou aktivitu [128].

Graf 1: Přibírání na váze indukované antipsychotiky v první epizodě a při chronické psychotické poruše / Zdroj: Článek *Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal* [124]; RCTs = Randomizovaná kontrolovaná studie.



Graf 2: Porovnání průměrného věku úmrtí všeobecné populace a osob s diagnostikovanou schizofrenií / **Zdroj:** Článek *Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades-a Danish nationwide study from 1980 to 2010* [126].



KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 9

René trpěl nadváhou. Měl dojem, že ke zhoršení jeho potíží došlo vlivem poměrně drastické nízkosacharidové diety. Přesto měl k redukci hmotnosti velkou motivaci, byl přesvědčen, že by mu to mohlo pomoci najít si partnerku. Tým EI se u něj možností dietního poradenství příliš nevěnoval. Zpětně se domnívá, že to byla nevyužitá příležitost a že strava a životní styl mohly být předmětem systematictější edukace.

6.6.1 VÝZNAM POHYBU U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Aktivní pohyb představuje slibnou novou možnost léčby, která může doplnit současně psychosociální a farmakologické intervence u psychóz. Velké množství studií naznačuje, že cvičení zlepšuje srdeční zdraví, usnadňuje neurogenezi v oblastech mozku, které jsou výrazně ovlivněny psychózou, přispívá ke snížení rizika obezity a vzniku metabolického syndromu [129]. Středně intenzivní cvičení ve formě jógy, lehkého strečinku, chůze či jízdy na kole může být prospěšné pro zlepšení pozitivní i negativní symptomatologie, fungování v běžném životě a kognice, a to na více úrovních (sociální kognice, pracovní paměť a pozornost) [130]. Vzhledem k pozitivním výsledkům pohybových intervencí u klientů se schizofrenií existuje impuls pro začlenění cvičení v časných stádiích psychotické poruchy. Intervence před nástupem psychózy mohou být užitečné pro zlepšení celkového zdraví a mohou oddálit nástup psychózy nebo mu zabránit. Celkově vzato, pro jedince s psychózou může cvičení poskytnout holistické výhody pro neurální až sociální postižení [131].

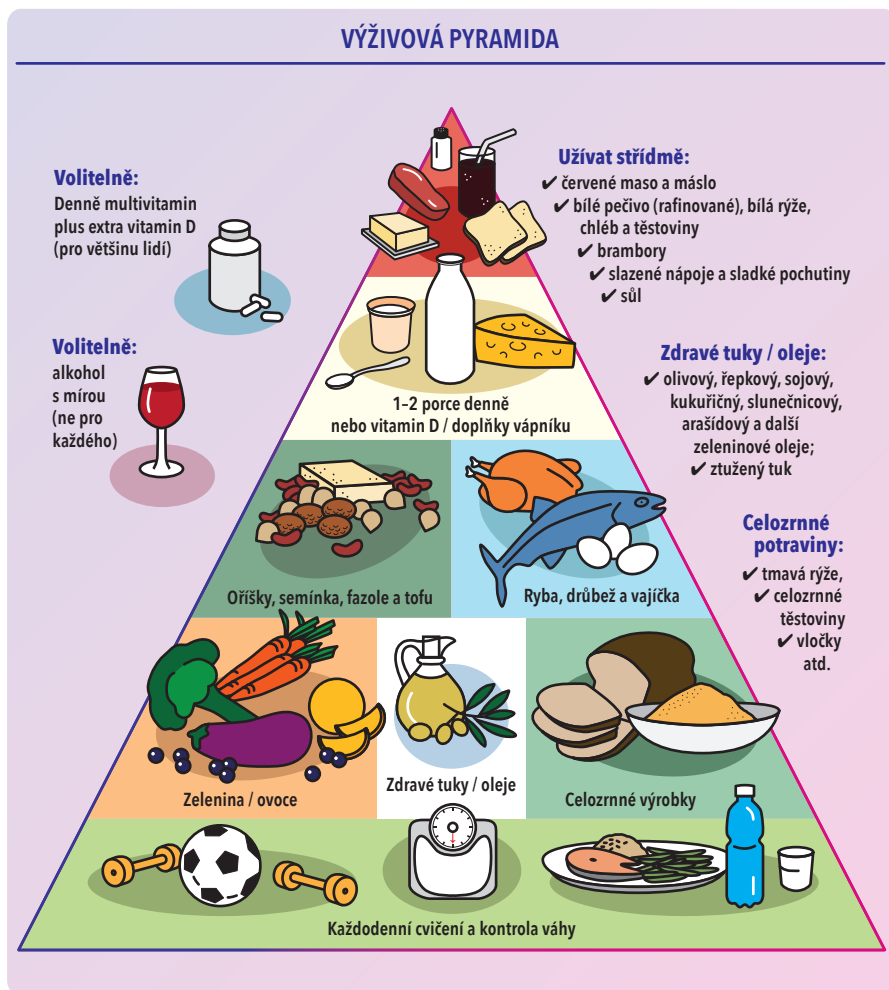
Týdenní pohybové cíle, tak jak jsou stanovené od WHO, nejsou nejideálnějším způsobem plánování fyzické aktivity u osob s diagnostikovanou schizofrenií [132]. Mnohem efektivnější jsou cíle denní a kombinace denních a týdenních cvičebních plánů. Specifické cíle (např.: každý den udělám dvacet dřepů) nejsou efektivnější nežli cíle otevřené (např.: chci být více aktivní), zvláště pak na začátku fyzického cvičení [133]. Hlavní je začít a zůstat fyzicky aktivní. Velice významnou roli v udržitelnosti fyzické aktivity hraje motivace.

6.6.2 ROLE STRAVY U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

U osob s duševním onemocněním se častěji vyskytují nezdravé stravovací návyky a není tomu jinak ani u osob s diagnostikovanou schizofrenií. Mezi identifikované nezdravé stravovací návyky patří např. [134–137]:

- ✓ konzumace pouze jednoho jídla denně anebo hladovění
- ✓ konzumace stravy s vysokým obsahem vysoce nasycených tuků
- ✓ nízký příjem omega-3 nenasycených mastných kyselin [138-141]
- ✓ konzumace nápojů s vysokým obsahem sacharózy a slazených nápojů
- ✓ dieta s nízkým obsahem vlákniny
- ✓ větší obsah soli v jídle

Obrázek 4: Výživová pyramida / Zdroj: Článek *Essentials of healthy eating: a guide* The Nutrition Source, Department of Nutrition, Harvard School of Public Health [142].



Velice dobrou ilustrací zdravého stravování může být například výživová pyramida (obrázek 4 výše).

V rámci zdravého stravování je vhodné monitorovat také konzumaci kávy, respektive kofeinu. Uživatelé psychiatrických služeb mají v průměru vyšší

příjem kofeinu než běžná populace [143; 144]. Nadměrný příjem kofeinu (více než 600 mg nebo 6–8 šálků kávy za den) může antagonistovat receptory adenosinu, které mohou zesilovat dopaminergní aktivitu a zhoršovat tak psychotické stavy [145], a může také zvýšit plazmatické hladiny klopazinu [146].

6.7 ETICKÉ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

Služby včasné detekce a včasné intervence se musejí vyrovnávat s podobnými etickými otázkami a dilematy jako jiné služby pro osoby s duševním onemocněním. Důraz na práci s lidmi v první epizodě psychózy znamená ovšem zvýšenou odpovědnost v tom, jak o onemocnění mluvit. Profesionálové EI budou často těmi, kdo člověku s první psychotickou zkušeností a jeho blízkým budou sdělovat, k jaké diagnóze se přiklání. Je tedy zásadní, aby dokázali poukázat na naději na zotavení, aby zdůrazňovali možnosti široké podpory při zvládání těžkostí a aby dokázali člověku v první epizodě pomoci porozumět onemocnění v rámci jeho životního příběhu. Toto téma je již poměrně dobře zpracováno. Lze odkázat na Příručku jazyka zotavení [147] publikovanou ministerstvem zdravotnictví, která téma jazyka velmi pěkně pojednává.

Ještě specifitější a v kontextu péče o duševní zdraví zcela unikátní jsou situace, kdy lze konstatovat, že konkrétní člověk je v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění (ARMS). To staví tým včasné intervence před některá etická dilemata, která stojí za pozornost.

Připomeňme si, že identifikace osoby v riziku znamená, že tato osoba má přibližně 35 % pravděpodobnost, že se u ní do dvou let rozvine psychotické onemocnění. Je ale stále pravděpodobnější, že se u něj nebo u ní psychóza nerozvine. Dále je vhodné se zabývat otázkou, zda a jak informovat člověka, u něhož bylo rozpoznáno riziko rozvoje psychotického onemocnění, o této skutečnosti. V této souvislosti lze rozlišit sdělení, částečné sdělení, nesdělování [148].

Úplné sdělení má celou řadu výhod. Posiluje autonomii klienta a jeho rodiny, umožňuje rodinné síti dohledat si o onemocnění další informace a také je v tomto případě snadné mluvit o rizicích spojených s užíváním marihuany a o problematice vyjádřených emocí (expressed emotions) v rodině. Komunikace mezi týmem a rodinou může být v tomto případě přímočará a otevřená. Olivier Andlauer, vedoucí intervenčního týmu v UK, doporučuje úplné sdělení z toho důvodu, že dle jeho zkušeností přijímají lidé v riziku psychózy informace racionálněji, nežli když posléze prožívají první epizo-

du. Během první ataky potom tuto událost lépe zvládají, protože se na ni mohli částečně připravit. Úplné sdělení má ale i svá rizika. Především se jedná o faktor dědičnosti, který je s psychotickým onemocněním spojován. Informování o riziku psychózy může negativně ovlivnit zejména mladší sourozence člověka v riziku, protože i oni se mohou obávat o své zdraví. Rodiče člověka v riziku zase mohou pociťovat vinu nejen za svůj výchovný vliv, ale i za svou genetickou výbavu, kterou předali svému potomkovi. Dalším rizikem úplného sdělení je stigma, které je především s diagnózou schizofrenie spjato. Zpráva o možném rozvoji závažného onemocnění může zvláště člověka v období dospívání těžce zasáhnout, přispět ke snížení jeho sebedůvěry a omezení sociálních kontaktů.

Nesdělovat klientovi ani rodině informace o možném závažném onemocnění je přesně opačná strategie. Tento přístup byl obecně v medicíně dříve běžný například u rakoviny, demence nebo jiných psychiatrických diagnóz. Dnes je tento postup považován za paternalistický a není příliš populární. Rizikový stav nicméně není diagnóza a k rozvoji onemocnění nemusí vůbec dojít. To dává profesionálům širší pole pro rozhodování. Argumenty pro nesdělování je možné nalézt v případech, že existuje vysoká pravděpodobnost závažných negativních důsledků takového sdělení. Je určitě třeba si uvědomovat, že takové sdělení je silným zdrojem stresu a může člověka negativně ovlivnit.

Částečné sdělení je strategie, kdy se profesionálové soustřeďují na komunikaci o symptomech a problémech, aniž by uváděli diagnózu. Cílem je samozřejmě vyhnout se diagnostické nálepce, která s sebou nese vysoké stigma. Odborník tak může mluvit o symptomech, případně riziku poruchy myšlení, zatímco klient získá některé relevantní informace a zároveň je chráněn před stigmatizujícím označením. Tento postup se odvolává na skutečnost, že většina lidí, u nichž bylo identifikováno riziko psychózy (65 %), v nejbližších dvou letech neonemocní. Lze však namítnout, že lidé v riziku rozvoje psychózy již fakticky mají symptomy, které samy o sobě mohou vyvolat odmítavou reakci okolí, která je srovnatelná s reakcí na základě stanovené diagnózy [149].

Problematika sdělování diagnózy nebo stavu rizika je ještě složitější, pokud se jedná o nezletilé. V takovém případě je třeba informace sdílet i s rodiči či zákonnými zástupci, nejedná-li se o specifické případy, kdy existuje podezření, že v rodině dochází k týrání nebo zneužívání. Možnou strategií je také informovat plně zákonné zástupce, zatímco samotného člověka v riziku pouze částečně s ohledem na jeho aktuální kognitivní kapacitu a zdravotní stav.

Pokusili jsme se ukázat, že problematika informování lidí v riziku rozvoje psychotické poruchy je složitá a nemá jednoznačné jako řešení. Klíčová tak zřejmě zůstane hodnotová shoda v rámci týmu včasné intervence a domlouvání v interakci s konkrétním člověkem a jeho blízkými.

Dalším etickým problémem, který rovněž souvisí se skupinou ARMS, je otázka, zda a kdy indikovat léčbu antipsychotiky. Zatímco v USA je nasazení antipsychotik v této fázi běžné, například pokyny platné ve Spojeném království vybízejí ke zdrženlivosti [32]. V úvahu je totiž třeba brát nežádoucí účinky takové léčby, které se dostaví i u jedinců, u nichž se psychóza nerozvine.

KAZUISTIKY TÝMŮ VČASNÉ INTERVENCE (RENÉ A NIKOL), ČÁST 10

Tým EI v případě Nikol intenzivně zvažoval, zda jí o rizikovém duševním stavu říci. Nakonec se rozhodl pro velkou míru otevřenosti a použil přímo termín „riziko psychózy“. Přítomný psychiatr přitom zdůraznil, že u většiny lidí v riziku se psychóza nevyvine. Zároveň zdůraznil možnosti léčby a dobrou prognózu, pokud se problémy začnou řešit včas. Nikol také varoval před neseriózními, popřípadě zastaralými informacemi, na které lze narazit na internetu, a nabídl možnost jakékoliv otázky a obavy osobně probrat.

6.8 ZAHRANIČNÍ PROGRAMY ZAMĚŘENÉ NA PRÁCI S RODINOU

Možností práce s rodinou je široké spektrum. Řada z nich se v ČR zatím nepoužívá. V praxi jednoho z pilotních týmů včasné intervence se osvědčil přístup zahrnující prvky otevřeného dialogu [182; 183]. Zahrnoval rychlost reakce, rodinná setkání, snahu nabídnout setkání dalším členům sítě, naslouchání hlasům blízkých, zveřejňování reflexí, zplnomocnění klientů a snahu maximálně komunikovat před klienty. Ostatně mnohé principy včasných intervencí a otevřeného dialogu se překrývají a jejich spojení a integrace je též popsána v literatuře [184; 185]. Pro použití prvků otevřeného dialogu je ovšem vhodný příslušný výcvik alespoň části intervenčního týmu.

Nejenom osobám se symptomy duševního onemocnění, ale také jejich blízkým je nutné nabídnout podporu. Zátěž, kterou sami rodinní příslušníci a blízcí pociťují, může být navázána na pocity obavy o blízkého s duševním onemocněním, o jeho budoucnost, o zhoršení vzájemného vztahu,

někteří z nich se mohou sami v průběhu vyrovnávání se s novou situací potýkat s tlakem na psychiku, který může vyvolat stavy deprese [150] a časné úmrtí [151]. Jelikož stigma vůči lidem s duševním onemocněním je v České republice stále vysoké [152; 153], většina rodin se může potýkat s nepochopením okolí, což zároveň přispívá k prohlubování pocitů nespokojenosti, viny a celkové zátěže rodinných příslušníků. Proto tedy klinické směrnice doporučují začlenit rodinné intervence do léčby klientů v rané fázi psychózy [154; 155]. S cílem podpořit rodiny osob s duševním onemocněním byly vyvinuty a následně testovány specializované programy zaměřené na podporu odolnosti (resilience), snížení tísně v rodině či snížení počtu relapsů a rehospitalizací u klientů. Mezi tyto intervence pro rodiny patří například rodinné psychoedukační programy (family psychoeducation, FPE), do kterých jsou také zapojováni peer pečovatelé. Mezi programy, jež probíhají skupinově, patří například Multi Family Group Therapy (MFGT) či peer to peer programy. Ovšem většina práce s rodinou je individuální a je součástí téměř všech služeb včetně včasné intervence.

V situacích, kdy člověk s psychózou odmítá pomoc, ale rodina si říká o podporu, pracuje tým s rodinou. Snahou je v tomto případě nenásilně přizvat ke spolupráci i člověka, o nějž si jeho blízcí dělají starosti.

6.8.1 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÉ PROGRAMY PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

V individuálních a zejména skupinových programech pro rodinné příslušníky je poskytována podpora formou psychoedukačních školení a skupinových prací s dalšími rodinami. Rodinné psychoedukace, které kombinují podporu poskytovanou odborníky z oblasti péče o duševní zdraví spolu s podporou člověka, který má rovněž zkušenosti s duševním onemocněním u sebe v rodině (*peer-led family support*), jsou zařazeny mezi vysoce efektivní intervence [156–158].

Existuje řada dokladů o tom, že rodinné psychoedukace mají pozitivní vliv na duševní zdraví osob s duševním onemocněním a jejich rodiny. Například McFarlane a kolektiv [159] uvádějí, že rodinné psychoedukace, které trvaly alespoň devět měsíců a skládaly se z edukace týkající se onemocnění, řešení problémů, krizové intervence a emoční podpory, snížily relaps a rehospitalizace u klientů o 50 %. Dále také došlo ke zlepšení v následujících oblastech: zaměstnatelnost, sociální fungování, výskyt negativních

příznaků a celková spokojenost v životě [160; 161]. Kladné dopady rodinných psychoedukací byly také značné u rodinných příslušníků klienta, kteří projevili nižší subjektivní pocit utrpení a strachu [162]. Na základě dat ze systematické rešerše Sin a Norman [163] doporučili, že rodinné psychoedukace by měly být nabízeny rodinám klientů s psychotickým onemocněním již od vstupu klienta do programu.

Zároveň další studie poukázaly na to, že délka intervence může být pro některé rodiny komplikací. Například Lucksted a kolektiv [157] podotkli, že délka intervence by měla být přizpůsobena potřebám rodiny. Podpora v délce devět měsíců tedy nemusí být pro některé rodiny plně dostačující. Příkladem je na důkazech založený program MFGT, který naopak poskytuje rodinám trvalou podporu [159].

Browne a spol. [164] upozornili na několik výzev, které mohou nastat při zavedení skupinových psychoedukačních sezení do praxe v rámci programu včasné intervence. Například programy včasné intervence OPUS a TIPS indikovaly rozdíly v efektivitě psychoedukačních skupinových sezení (MFGT) pro klienty a jejich rodiny [165; 166]. Skupinové psychoedukační sezení nemusí být efektivní u klientů, kteří rychle reagují na antipsychotickou medikaci, či klientů, kteří pocházejí z rodiny s nízkou emoční angažovaností [159]. Dalším z rizikových faktorů jsou rozdílnosti při zavedení MFGT do praxe ve službách včasné intervence. Rodinná psychoedukační sezení mohou probíhat v různých formách, a to individuálních či skupinových. Tato sezení se mohou lišit v délce a počtu sezení, v prostředí, kde se sezení odehrává (klinika, lůžkové, domácí prostředí), a v celkové délce trvání (měsíce nebo roky) [157; 167]. Služby včasné intervence mohou být rozdílné i v typu poskytovaných služeb. Poskytované služby mohou být založené na kognitivně-behaviorální terapii, edukaci, klinické intervenci, rehabilitační intervenci či na výcviku praktických dovedností v rodině.

American Psychological Association [168] a Patient Outcomes Research Team [169] doporučují MFGT jako nejlepší program pro klienty s duševním, konkrétně psychotickým, onemocněním a jejich rodiny. Zároveň Substance Abuse and Mental Health Services Administration doporučuje rodinné psychoedukační programy jako jednu z nejefektivnějších na důkazech založených intervencí, pro kterou byl vytvořen soubor nástrojů (*toolkit*) za účelem zvýšení jejich rozšíření a zavedení do praxe [170].

6.8.2 VYSOCE INTENZIVNÍ SKUPINOVÉ PROGRAMY PRO RODINY

PROGRAM MULTIFAMILY GROUP TREATMENT

Program Multifamily Group Treatment (MFGT) je na důkazech založená intervence pro osoby s duševním onemocněním, převážně schizofrenií, a jejich rodiny [171; 172]. Cílem programu je snížit výskyt relapsu a rehospitalizaci u klientů, a naopak zvýšit well-being rodinných příslušníků. Dle evidence snižuje program míru subjektivního pocitu psychické zátěže neboli nátlaku na psychiku rodinných příslušníků a zvýšení jejich odolnosti vůči stresu [173]. Psychoedukace a behaviorální rodinné terapie jsou součástí programu. Program je rozdělen do následujících fází:

- ✓ *seznámení se a navazování vztahu v rámci rodinné psychoedukace; účastní se klienti a rodiny klientů*
- ✓ *absolvování edukačního školení o schizofrenii; účastní se pouze rodiny klientů*
- ✓ *trénování dovedností pro řešení problémů v rámci skupin, což přispívá k prevenci relapsu; účastní se klienti i rodiny klientů*
- ✓ *trénování profesních a sociálních dovedností; účastní se klienti i rodiny klientů*

Každá skupina je sestavena z pěti až osmi rodin, které setrvávají ve stejné skupině po dobu dvou let. Skupinový program pro rodiny je většinou organizován každých čtrnáct dní a rodinní příslušníci se během něj mohou seznámit s rodinami v podobných životních situacích. Rodiny se tak mohou navzájem podpořit a vyměnit si zkušenosti.

6.8.3 VZÁJEMNÁ PODPORA RODINY (PEER-LED FAMILY SUPPORT)

PROGRAM NAMI FAMILY-TO-FAMILY

NAMI Family-to-Family je na důkazech založený dvanáctitýdenní edukační program pro rodiny a blízké osob, které mají příznaky schizofrenie či dalšího duševního onemocnění. Program je zaměřen na cílovou skupinu dospělých od 18 let. Součástí programu jsou edukační sezení a výcvik praktických dovedností se zaměřením na péči o sebe sama, emoční podporu a zplnomocňování [174; 175]. Program se skládá z následujících klíčových komponentů:

- ✓ *informace o schizofrenii a dalších duševních onemocnění*
- ✓ *zvládání duševního onemocnění včetně krize a relapsu*
- ✓ *naslouchání a komunikace*
- ✓ *řešení problémů a nastavení parametrů pro docílení žádoucího chování: rehabilitace*
- ✓ *porozumění zkušenosti lidí s duševním onemocněním*
- ✓ *péče o sebe sama: získání poznatků ohledně toho, jak rozeznat normální emoční reakce v rodinách*
- ✓ *základní informace ohledně medikace a jejich vedlejších účinků*
- ✓ *informace ohledně navázání na vhodné komunitní služby a komunitní podporu*
- ✓ *osvěta: získání lepších služeb, boj proti diskriminaci*

Edukační sezení jsou poskytnuta rodinnými příslušníky, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním v rodině a kteří již program absolvovali. Mimo jiné program nabízí rodinám a blízkým tzv. skupinové sezení, během nichž mají blízcí možnost se vzájemně podpořit a sdílet své zkušenosti.

Na základě evaluace programu [175; 176] bylo indikováno, že program podpořil zplnomocnění u blízkých klientů a zároveň snížil jejich strach a znepokojení v důsledku duševního onemocnění jejich blízkého. Tento efekt bylo možné pozorovat po dobu šesti měsíců od ukončení programu. Dále bylo evaluací prokázáno, že rodiny, které se zúčastnily programu, měly signifikantně lepší schopnost řešit problémy a zvládat své pocity úzkosti [156]. Nicméně Smith a kolektiv [177] podotkli, že efektivita rodinné psychoedukace se může lišit podle etnického původu rodiny. Pro zajištění efektivity musí být tudíž struktura Family-to-Family programu přizpůsobena cílové skupině, včetně etnického původu rodin.

Program NAMI Family-to-Family je nejrozsáhlejší psychoedukační program pro rodiny v USA. Zároveň byl přizpůsoben pro španělskou komunitu v Americe, Mexiku a Portoriku (v překladu NAMI de Familia de Familia). V roce 2013 byl program zařazen do Národního registru na důkazech založených programů a postupů (NREPP) [178].

6.8.4 PROGRAMY, JEJICHŽ EFEKTIVITA JE V PROCESU TESTOVÁNÍ

PROGRAM VIA FAMILY

VIA Family je multidisciplinární a skupinový program pro rodiny, který se zaměřuje na děti ve věku 6–12 let, jejichž rodiče mají příznaky schizofrenie či jiného duševního onemocnění. Jedná se o tzv. včasnou intervenci pro rodiny, která je zaměřena na snížení rizik a zvýšení odolnosti u této skupiny dětí [179]. Včasná péče je poskytována multidisciplinárním týmem skládajícím se z odborníků z oblasti zdravotních služeb pro děti a dospělé a sociálních služeb. Program VIA Family je založen na skupině několika základních prvků, které mohou být obohaceny o další prvky na žádost rodiny. Základní prvky programu VIA Family se skládají z následujících:

✓ Case manažer

Ke každé rodině je přiřazen case manažer, který je rodině k dispozici a zároveň pomáhá s identifikací a naplňováním potřeb rodiny.

✓ Psychoedukace

Rodině je poskytnuto 6–8 individuálních psychoedukačních sezení, které se orientují na současnou situaci v rodině a psychický stav rodiče. Na závěr je s rodiči dětí uskutečněna evaluace, jejíž součástí je i plánování tématu pro nadcházející psychoedukační sezení.

✓ Školení pro rodiče a podpora rodičů v rodičovské roli

Rodičům je nabídnut nejefektivnější a na důkaze založený program Triple P (Positive Parenting Program), což je intervence pro rodiče. Jejím cílem je jednak zvýšit znalosti, dovednosti a sebevědomí rodičů v jejich rodičovské roli, jednak snížit projevy emocionálních a behaviorálních problémů u dětí [180; 181]. Triple P nabízí rodičům jednoduché a praktické metody, které přispívají k vybudování zdravého a silného vztahu mezi rodiči a jejich dětmi. Intenzita, obsah i způsob, jakým je Triple P administrován, jsou přizpůsobeny situaci v rodině.

✓ Krizový plán, mapování sociálních sítí a sociálních zdrojů rodiny

Krizový plán je určen pro krizové případy v rodině. Jeden z příkladů je urgentní potřeba hospitalizace. Součástí krizového plánu jsou postupy, které má rodina následovat v případě, že dojde ke zhoršení stavu rodiče s duševním onemocněním.

Case manažer může rodině poskytnout další možnosti péče, jež jsou k dispozici s ohledem na potřeby rodiny [179]. Mezi poskytovanou péčí patří specializovaná péče skládající se z kognitivně-behaviorální terapie (KBT) pro klienty s afektivními poruchami dle klasifikace nemocí. Zároveň jsou usku- tečněny léčebné skupiny, které propojují klienty nacházející se v podobné životní situaci. Tyto skupiny umožňují klientům sdílet jejich názory a zku- šenosti. Další možnou podporou jsou konzultace a poskytování finanční, sociální či praktické podpory. Case manažer pomáhá rodinám se zajištěním dostupné podpory, kterou má rodina nárok pobírat. Zároveň tým pomáhá klientům s optimalizací léčby a životního stylu, zatímco case manažer se spolu s klientem zaměřuje na roli rodiče v procesu uzdravování.

6.9 KATEGORIZACE INTERVENČÍ V PROJEKTU VIZDOM

Jednotlivé intervence vykonává profesionál, který k tomu má patřičné kompetence. Celý tým prošel souhrnným výcvikem, tedy disponuje řadou kompetencí a možností vykonávat dílčí intervence. Například psychotera- pii vykonává zpravidla ten profesionál v týmu, který má alespoň započatý psychoterapeutický výcvik.

Níže uvádíme metodiku vykazování, která byla využita v projektu VIZDOM. Obecně lze říci, že o typologiích vykazování rozhodují plátcí péče. Ve zdravotních službách je to systém zdravotních výkonů, jejichž se-znam a cena se pravidelně aktualizují. V sociálních službách existuje povin- nost evidovat a ročně reportovat stanovené údaje o poskytovaných službách, nicméně jednotlivé kraje mají kromě toho ještě další pravidla a požadavky na prokazování výkonnosti.

Kategorizace intervencí byla v projektu VIZDOM využívána pro účely určení způsobu služby (osobně, nebo v zájmu klienta) a také pro bližší spe- cifikaci služby, která byla poskytnuta danému klientovi.

6.9.1 INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA KLIENTA

OSOBNĚ S KLIENTEM

1. Informování o EI službě

Informování klienta o způsobu práce EI týmu, jaké služby tým poskytuje, kdo tým tvoří, jak často budou schůzky probíhat, jak dlouho může podpora trvat, ale také to, že EI služby působí v rámci výzkumného projektu.

2. Dojednávání schůzky

Telefonické, e-mailové nebo osobní domlouvání další schůzky, případně dalšího telefonátu.

3. Mapování situace klienta

Zjišťování informací, které mohou být důležité pro další práci s klientem (historie klienta, jeho onemocnění, zdroje, rodina, materiální situace, cíle).

4. Psychoterapie

Systematická dlouhodobá práce s klientem, která probíhá podle vodítek typických pro konkrétní psychoterapeutický směr; provádí ji pracovník, který k tomu má kompetence (typicky má alespoň započatý příslušný psychoterapeutický výcvik).

5. Krizová intervence

Zaměřuje se na konkrétní krizovou situaci klienta a její bezprostřední překonání. Například může být zahrnuta podpora člověka, který ohrožuje sebe či jiné osoby na životě či zdraví. V extrémní situaci může vyústit až v nedobrovolnou hospitalizaci klienta. Uvedená intervence může být vykázána jakýmkoliv pracovníkem týmu, který podstoupil výcvik v krizové intervenci. Model krizové intervence v rámci výcviku VIZDOM se může považovat za minimum. V jiných případech je žádoucí uvádět jako podpůrný hovor.

6. Sociální poradenství

Intervence zaměřená na sociální oblast, například poradenství v oblasti možností invalidního důchodu, podpory v nezaměstnanosti, příspěvku na bydlení, hledání bydlení, hledání volnočasových aktivit aj. Tuto intervenci zpravidla poskytuje sociální pracovník.

7. Pracovní poradenství (IPS)

Poradenství v oblasti zaměstnání a vzdělávání, doprovod a asistence, hledání zaměstnání a udržení v něm, obdobně ve vzdělávací dráze. Může probíhat podle metody IPS. Více viz Metodika IPS [186]. Toto pracovní poradenství může vykonávat pracovník, který má kompetence dle metodiky IPS [186].

8. Edukace

Poskytování informací týkajících se duševního onemocnění (příznaky, možnosti léčby, systém zdravotní a sociální podpory, edukace týkající se zdravého životního stylu) i vytváření krizového plánu. *Poznámka: délka trvání min. 30 minut.*

9. Podpůrný hovor

Obecná podpora klienta v jeho silných stránkách, zaměření na zotavení a sociální edukaci. Jde o hovor, který nelze jednoznačně zahrnout do jiných kategorií (psychoterapie, krizová intervence, poradenství, edukace aj.).

10. Diagnostika, screening, vyplňování výzkumných nástrojů

Vyšetření spojené s diagnostikou a vyplňováním výzkumných nástrojů. Zahrnuje i vysvětlení a podpis informovaného souhlasu. Zahrnuje i sbírání nutných informací pro screening a výzkumné nástroje, které ale pracovník vyplňuje do systému až později bez přítomnosti klienta. Tento úkon může provádět pracovník, který je vyškolen v diagnostice a screeningu.

11. Doporučení dalších služeb

Projednávání možností navázání klienta na jiné zdravotní a sociální služby v případě klientovy potřeby. Zahrnuje i předávací schůzku do jiné služby, pokud je u toho klient přítomný.

12. Neuskutečněná intervence

Intervence, které se neočekávaně neuskuteční (např. klient nedorazí na domluvenou schůzku), je nutné zaznamenávat především kvůli času, který tým věnuje přípravě a cestě.

13. Asistence a doprovod

Jedná se o doprovod do jiného zařízení (sociálního nebo zdravotního), kde pracovník je po dohodě s klientem více či méně aktivní, či otevřeně v pozici profesionála, nebo coby klientův známý (např. v bance při zakládání účtu) za účelem trénování co nejvíce běžné situace. Asistenční služby zahrnují nácvik sociálních dovedností v terénu za účelem příštího zvládnutí bez podpory pracovníka (např. jízda tramvají atd.).

V ZÁJMU KLIENTA

1. Komunikace o klientovi s jinou službou (např. s lékařem)

Schůzka s jinou službou zaměřená na podporu klienta, např. o možnostech předání klienta této službě.

2. Předávací schůzka s jinou službou

Schůzka zaměřená na předání klienta do jiné služby, pokud u toho klient není přítomný.

6.9.2 INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA RODINU

OSOBNĚ S RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKEM

1. Informování o EI službě

Informování rodinného příslušníka o způsobu práce EI týmu, jaké služby tým poskytuje, kdo tým tvoří, jak často budou schůzky probíhat, jak dlouho může podpora trvat, ale také to, že EI služby působí v rámci výzkumného projektu.

2. Dojednávání schůzky

Telefonické, e-mailové nebo osobní domlouvání další schůzky, případně dalšího telefonátu.

3. Mapování situace v rodině

Zjišťování informací, které mohou být důležité pro další práci (historie, onemocnění klienta, jeho zdroje, materiální situace rodiny aj.).

4. Psychoterapie

Systematická dlouhodobá práce s rodinným příslušníkem/rodinnými příslušníky, která probíhá podle vodítek typických pro konkrétní psychoterapeutický směr; provádí ji pracovník, který k tomu má kompetence (typicky má aspoň započatý příslušný psychoterapeutický výcvik).

5. Krizová intervence

Zaměřuje se na konkrétní krizovou situaci klienta a její bezprostřední překonání. Například může být zahrnuta podpora člověka, který ohrožuje sebe či jiné osoby na životě či zdraví. V extrémní situaci může vyústit až v nedobrovolnou hospitalizaci klienta. Uvedená intervence může být vykázána jakýmkoliv pracovníkem týmu, který podstoupil výcvik v krizové intervenci. Model krizové intervence v rámci výcviku VIZDOM se může považovat za minimum. V jiných případech je žádoucí uvádět jako podpůrný hovor.

6. Sociální poradenství

Intervence zaměřená na sociální oblast, například poradenství v oblasti možnosti příspěvku na bydlení, hledání bydlení. Jde o poradenství, které se týká rodinného příslušníka, případně celé rodiny.

7. Edukace

Zahrnuje poskytování informací týkajících se duševního onemocnění (příznaky, možnosti léčby, systém zdravotní a sociální podpory, edukace týkající

se zdravého životního stylu) i vytváření krizového plánu. *Poznámka: délka trvání min. 30 minut.*

8. Podpurný hovor

Obecná podpora rodinného příslušníka v jeho silných stránkách, zaměření na zotavení a sociální edukaci. Jde o hovor, který nelze zahrnout do jiných kategorií (psychoterapie, krizová intervence, poradenství, edukace aj.).

9. Neuskutečněná intervence

Intervence, které se neočekávaně neuskuteční (např. rodinný příslušník nedorazí na domluvenou schůzku), je nutné zaznamenávat především kvůli času, který tým věnuje přípravě a cestě.

10. Doporučení dalších služeb

Projednávání možností navázání rodinného příslušníka na jiné zdravotní a sociální služby, v případě jeho potřeby. Zahrnuje i předávací schůzku do jiné služby, pokud je u toho rodinný příslušník přítomný.

V ZÁJMU RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA

1. Komunikace o rodinném příslušníkovi s jinou službou (např. s lékařem)

Schůzka s jinou službou zaměřená na podporu klienta, např. o možnostech podpory rodinného příslušníka.

2. Předávací schůzka s jinou službou

Schůzka zaměřená na předání rodinného příslušníka, resp. rodinných příslušníků do jiné služby, pokud u toho rodinný příslušník není přítomný.

VII. EVALUACE SLUŽBY

Součástí práce intervenčních týmů je i průběžné mapování stavu klienta, a to pro potřeby evidence, plánování péče i její evaluaci. V projektu VIZDOM se hodnocení zaměřilo na úroveň globálního fungování, příjemcem reportovanou kvalitu života, sociální situaci, čerpané služby a další klíčové aspekty. Standardizovaná forma reportingu napomáhá strukturované komunikaci s dalšími službami. Vzhledem k tomu, že se v případě VIZDOM jednalo o pilotní testování nové služby, evaluace poskytované podpory a jejího dopadu na klienty je klíčová pro vyhodnocení efektivity služby a její další rozvoj.

Pro evaluaci v projektu VIZDOM byly využity nástroje, které byly vybrány na základě konsenzu v rámci MERRPS (Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb). Tato metodika byla vytvořena za účelem rozvoje systému psychiatrických služeb založených na evidenci. Na vývoji metodiky se podíleli jak zástupci lůžkových služeb (psychiatrických nemocnic), tak služeb komunitních, uživatelé služeb péče o duševní zdraví a jejich rodinní příslušníci, zástupci ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, pojišťoven a další aktéři. Metodika byla sestavena tak, aby mohla být použita pro porovnání služeb, zároveň je však využitelná při přípravě individuálního léčebného/podpůrného plánu. V současnosti je metodika používána i v dalších projektech probíhajících v rámci reformy psychiatrické péče a umožňuje tak srovnání klientů napříč projekty. Navíc se dá očekávat, že pracovníci ve zdravotním a sociálním systému jsou (nebo budou) s těmito nástroji obeznámeni.

7.1 NÁSTROJE A SBĚR DAT

Použití hodnotících nástrojů by mělo probíhat v předem daném časovém rozvržení. Zhodnocení proběhne nejdříve při vstupu klienta do služby (lhůta je nejvýše šest týdnů od dohody s klientem o poskytování péče spojené s podepsáním informovaného souhlasu), následně každých šest měsíců a také při ukončení spolupráce s klientem (viz obrázek 5). Tyto lhůty jsou doporučené, nicméně jejich překročení je možné pouze v odůvodněných

případech. Jednotlivé dotazníky i celou baterii je nutné vždy vyplňovat ve stejném období, ideálně v rámci jednoho dne, maximálně během jednoho týdne. Je to klíčové pro validitu zjištěných informací.

Součástí práce intervenčních týmů je také nastavení důvěry nutné pro administraci hodnotících nástrojů. V tom může pomoci i text informovaného souhlasu, kde jsou základní informace zahrnuté. Vysvětlení nutnosti administrace hodnotících nástrojů je třeba věnovat dostatečné množství času, včetně času vyhrazeného na případné otázky klientů. Nedílnou součástí je ujištění o důvěrnosti sbíraných dat.

7.1.1 EVALUAČNÍ NÁSTROJE

Global Assessment of Functioning (GAF)

Nástroj hodnotí funkčnost klienta na škále od 0 do 100 (absolutní nefunkčnost – plná funkčnost), administrace může trvat přibližně pět minut. Vyplňuje člen týmu, který absolvoval specializovaný kurz pro práci s tímto nástrojem, přičemž tento kurz by měli absolvovat ideálně všichni členové týmu. Hodnotí se poslední týden.

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

Tento dotazník hodnotí funkčnost a problémy klienta ve 12 oblastech, administrace by měla trvat přibližně 10–20 minut. Vyplňuje člen týmu, který absolvoval specializovaný kurz pro práci s tímto výzkumným nástrojem, přičemž tento kurz by měli absolvovat ideálně všichni členové týmu. Hodnotí se období za posledních 14 dní.

Assessment of Quality of Life 8D (AQoL–8D)

Dotazník AQoL–8D obsahuje 35 položek a vyplňuje ho sám klient. Asistence ze strany člena týmu je možná. Vyplnění by mělo trvat asi 10–30 minut. V případě, že stav klienta neumožní vyplnit standardní 8D verzi, je použita zkrácená verze AQoL–6D. Hodnotí se poslední týden.

Soupis klientem přijatých služeb (SKPS)

Tento nástroj se zaměřuje na čerpání sociálních a zdravotních služeb, kontakt s trestněprávními institucemi, užívané léky a socioekonomickou situaci klienta. Zahrnuje i sociodemografické charakteristiky. Vyplňuje člen týmu, který absolvoval specializovaný kurz pro práci s tímto výzkumným nástrojem, přičemž tento kurz by měli absolvovat ideálně všichni členové týmu.

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS–6)

Jedná se o zkrácenou verzi široce používané metody pro hodnocení intenzity pozitivních a negativních symptomů u lidí s psychotickým onemocněním. Mezi sledované symptomy patří bludy (P1), konceptuální dezorganizace (P2), halucinační chování (P3), citová oploštělost (N1), pasivní/apatické sociální stažení (N4), ztráta spontaneity a plynulé konverzace (N6). Každý symptom je hodnocený na škále 1–7 podle příslušných kritérií. Hodnotitel posuzuje závažnost symptomů za poslední týden.

Na základě administrace PANSS–6 lze získat dva závěry:

1. *Pokud klient dosáhne výsledku 3 nebo méně ve všech sledovaných škálách, je administrován CAARMS-B, který může být podkladem pro zařazení klienta do jedné ze skupin ARMS.*
2. *Pokud klient dosáhne výsledku 4 nebo více ve kterékoliv ze škál, je zařazen do skupiny v první epizodě psychózy. U klienta je dále administrován nástroj NUDZ DUP.*

Odhad doby neléčené psychózy (NUDZ DUP)

Vodítka pro odhad neléčené psychózy byla navržena po vzoru výzkumných nástrojů, které k měření doby neléčené psychózy využívají symptomatologii dle PANSS-6. Jsou sledovány vybrané pozitivní symptomy, jedná se o bludy (P1), konceptuální dezorganizaci (P2) a halucinační chování (P3). Hodnocení je zaměřeno retrospektivně, tedy do klientovy minulosti. Cílem je odhadnout dobu mezi momentem, kdy kterýkoliv z uvedených symptomů dosáhl minimální stanovené intenzity, a okamžikem přijetí do léčby (tj. vytvoření individuálního / léčebného / podpůrného plánu A/NEBO nasazení antipsychotické medikace A/NEBO přijetí k hospitalizaci z důvodu dg. F2.).

Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States – brief version (CAARMS–B)

Jedná se zkrácenou verzi metody určené pro standardizované posouzení rizika rozvoje psychotického onemocnění. S pomocí nástroje lze mapovat rozsah psychopatologie psychotického spektra a také vyloučit, nebo potvrdit akutní psychotický stav. Mezi klíčové domény patří 1) neobvyklý myšlenkový obsah, 2) nebizarní bludy, 3) poruchy vnímání a 4) dezorganizovaná řeč. Důležité je také fungování v sociální a pracovní oblasti. Na základě zjištění je možné klienta zařadit do jedné ze skupin spojených s rizikem rozvoje psychózy:

1. ARMS vulnerabilní skupina

Do této skupiny lze řadit jedince, u kterých jsou přítomné rizikové faktory a zároveň je možné sledovat významné zhoršení duševního stavu a fungování.

2. ARMS oslabená psychóza

Rozlišují se dvě dílčí podkategorie označené jako:

a) Podprahová intenzita – míra rozvinutí symptomů nedosahuje prahových hodnot psychózy (příznaky nejsou dostatečně závažné).

b) Podprahová frekvence – symptomy lze pozorovat pouze v oslabené frekvenci (neobjevují se dost často).

3. ARMS a BLIPS skupina

BLIPS (*Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms*) označuje skupinu lidí, kteří jsou v riziku kvůli nedávným, jasně rozvinutým symptomům psychotického onemocnění a u kterých došlo ke spontánní remisi (bez antipsychotické medikace) do jednoho týdne.

4. Práh psychózy/práh pro zahájení léčby antipsychotiky

Další informace

Kromě údajů z těchto hodnotících nástrojů intervenční týmy prostřednictvím evidenčního systému Highlander zaznamenávaly základní sociodemografické údaje o klientech – věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, zdroj klienta do služby a okolnosti ukončení spolupráce.

7.1.2 PRŮBĚH SBĚRU DAT

Vyplňování údajů probíhá primárně skrze evidenční systém (v projektu VIZDOM se jednalo o systém Highlander) dostupný online. Alternativně má tým k dispozici i papírové verze dotazníků, je však nutné je následně do systému zaznamenat.

Intervenční týmy při vstupním hodnocení klientů z cílových skupin ARMS, FEP, v léčbě či ostatní využívaly dotazníky GAF, HoNOS, AQoL, SKPS a PANSS-6. V případě, že klient nedosáhl výsledků na nástroji PANSS-6 (tj. na žádné z položek nedosáhl hodnoty 4 a více), měl by tým administrovat dotazník CAARMS-B pro podrobnější zmapování možného rizika onemocnění. Pokud klient na nástroji PANSS-6 nedosáhl výsledků (úroveň minimálně jedné z položek dosáhla hodnoty 4 a více), tým by měl

administrovat dotazník DUP, tedy vyšetřit dobu neléčené psychózy. V průběhu služby a při ukončení spolupráce byly využívány nástroje GAF, Ho-NOS, AQoL, PANSS-6 a SKPS. Diagram služby (obrázek 5) popisuje průběh mapování před vstupem klienta do služby, v jejím průběhu a před ukončením spolupráce.

Dotazníky je nutné vyplňovat vždy ve stejném období, ideálně v rámci jednoho dne a nejpозději během jednoho týdne. Je to klíčové jak pro validitu získaných informací, tak i plánování navazujícího dotazování.

7.2 HODNOCENÍ STANDARDU

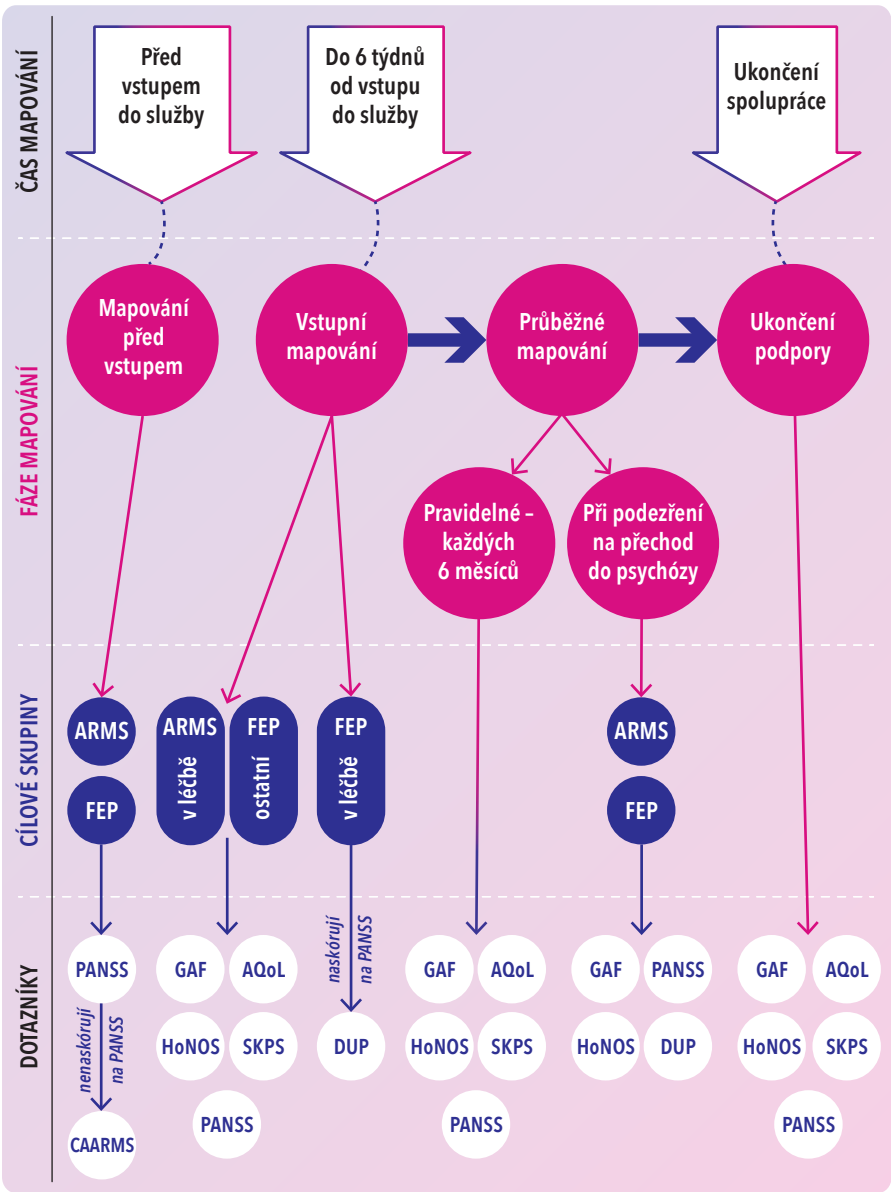
Hodnocení standardu (fidelity) poskytovaných psychiatrických služeb napříč poskytovateli péče umožňuje zhodnotit, nakolik daný program odpovídá standardům pro danou službu, a to na základě předem stanovených kritérií. Škály fidelity se zaměřují na to, zda daný program skutečně poskytuje na důkazech založené intervence. Služby včasné intervence hodnocené jako vysoce kvalitní dosahují nejvyššího skóre na fidelity škále [187]. Postupy a metodologie vývoje nástrojů pro hodnocení fidelity se mohou lišit napříč různými službami včasné intervence.

Škály fidelity mohou vzniknout na základě již vyvinutého programu včasné intervence, který je považován za efektivní v randomizovaných či kontrolních studiích [188]. Například program OPUS vytvořil dánskou fidelity škálu pro služby včasné intervence, která vznikla na základě rešerše efektivních a na důkazech založených komponentů z již fungujících zahraničních služeb včasné intervence a dále na základě dosažení konsenzu s expertní platformou skládající se z pěti dánských EI týmů [187]. V Austrálii byla vyvinuta škála fidelity s názvem EPPIC Model Integrity Tool (EMIT) pro účel podpory zavedení služeb včasné intervence do praxe na národní úrovni [189]. Tato škála byla vyvinuta již na základě existujícího programu nazývaného model centra prevence a intervence včasné psychózy (*EPPIC; Early Psychosis Prevention and Intervention Centre Model*) [190].

Dále tyto škály mohou vzniknout na základě systematické rešerše nebo po dosažení konsenzu s mezinárodní expertní platformou [188]. Například fidelity škála First Episode Psychosis Services Fidelity Scale (FEPS-FS-1.0, dále pouze FEPS) byla vytvořena podle systematické rešerše a mezinárodního konsenzu, v rámci něhož byly identifikovány klíčové komponenty programů pro osoby v první epizodě psychózy [109]. FEPS škálu tvoří

Obrázek 5 – Harmonogram mapování klienta v pilotním projektu

Zdroj: vlastní zpracování (projekt VIZDOM)



komponenty, které jsou označovány za standard poskytované péče a reflektují postupy, jež jsou založené na důkazech [191; 192]. Formální testování FEPS škály, které se uskutečnilo ve dvou zemích, prokázalo vysokou míru reliability a validity [192]. Vysoká míra reliability byla také prokázána jak na úrovni prezenční, distanční, tak i na úrovni sebehodnocení [193]. Je nutné brát v potaz to, že implementace distančního hodnocení fidelity může být v některých oblastech obtížná [193]. Část českého překladu FEPS-FS-1.0 škály je součástí přílohy č. 6.

VIII. ZAVÁDĚNÍ SLUŽEB DO PRAXE

Při zavádění služeb včasné detekce a včasné intervence do praxe je nutné zohlednit stávající překážky i možné budoucí výzvy, kterým mohou nově vznikající programy tohoto typu čelit. Hlavním cílem při překlenutí výzev by měl být především posun od čistě klinického pohledu k pojetí, které je širší a pojme problematiku včasné detekce a včasné intervence komplexně [195]. Pro tento účel zde předkládáme rešerši stávajících i možných budoucích výzev pro implementaci programů včasné detekce a včasné intervence.

8.1 VÝZVY PŘI ZAVÁDĚNÍ SLUŽEB

Existují faktory, které mohou mít dopad na proces včasné detekce onemocnění, prodlevu při stanovení diagnózy nastavení včasné léčby. Jedná se například o problematiku prevence, edukace, stigmatizace, nedostatečné personální a finanční zdroje, netransparentní systém rozhodování nebo spolupráce segmentů péče a výzkumu.

8.1.1 PREVENCE

U zdravé populace a především pak u skupiny osob v riziku rozvoje psychotického onemocnění je zcela zásadní zintenzivnit a zefektivnit oblast prevence – specificky je nutné pracovat na zvýšení obecného povědomí o duševním zdraví a nemoci a paralelně s tím i na snížení stigmatizace duševních onemocnění a zvyšování ochoty vyhledat odbornou pomoc, zajistit podporu programů zdravého životního stylu a dostupnost psychologických služeb na školách a zapojení praktických lékařů [194]. V oblasti prevence je důležité zajistit návaznost na úrovni primární i sekundární prevence – zatímco cílem systému primární prevence je zabránit či oddálit propuknutí onemocnění u osob v riziku rozvoje psychotického onemocnění, sekundární prevence se již zaměřuje na snížení doby neléčené nemoci, snížení rizika hospitalizace či nedobrovolného přijetí k hospitalizaci u osob v rané fázi onemocnění [196; 197]. Aby systém prevence a včasné detekce mohl správně fungovat, musí být zajištěna i návaznost mezi primární a sekundární péčí [196].

8.1.2 EDUKACE

U skupiny osob, u nichž je detekováno zvýšené riziko rozvoje psychotického onemocnění, je také nutné posílit oblast edukace o symptomech onemocnění, možné léčbě a dostupnosti kvalitních služeb, a to u všech relevantních aktérů v oblasti včasné detekce: praktických lékařů, pracovníků ve školství a ve vzdělávání či složek integrovaného záchranného systému. Zároveň je pro optimalizaci včasné podpory zásadní, aby všechny tyto složky společně komunikovaly, aby byly k dispozici pro podporu člověka s duševním onemocněním i jeho rodiny [194]. V kontextu regionu střední a východní Evropy je také klíčové, aby se systematicky pracovalo se skutečností, že politici, kteří se podílí na koncepci péče o duševní zdraví, nemají dostatek informací o dané problematice [198]. Nedostatek informací může být také jedním z faktorů vedoucích k tomu, že neexistuje dostatečná vůle politických aktérů pro podporu prevence a preventivních programů [195]. Zásadní pro překonání této výzvy je nutná srozumitelná komunikace výsledků výzkumu rozhodujícím orgánům a institucím a také nastavení kooperace různých sektorů, které do oblasti péče o duševní zdraví vstupují, a ministerstev – zejména ministerstva zdravotnictví, ministerstva sociálních věcí, ministerstva školství, ministerstva spravedlnosti, ministerstva financí, ministerstva pro místní rozvoj apod. [199].

8.1.3 STIGMATIZACE

V neposlední řadě je překážkou včasné detekce a včasné intervence vysoká míra stigmatizace [194]. Stigma pravděpodobně souvisí s izolací a exkluzí duševně nemocných v historii, ale ve značné míře přetrvává i v současnosti, přičemž je posilována existencí institucionálních forem zdravotní nebo sociální péče. Stigma duševní nemoci může být jednou z příčin, proč zástupci státu a plátců péče mohou mít menší vůli investovat do péče o duševně nemocné.

8.1.4 NEDOSTATEČNÉ PERSONÁLNÍ A FINANČNÍ ZDROJE

Mezi další překážky implementace programů včasné detekce a včasné intervence, které byly identifikovány na základě zkušeností ze zemí střední a východní Evropy, dále patří: nedostatečné zdroje [10; 198] a nízká ochota rozhodujících orgánů a plátců péče podporovat zavádění nových typů služeb [198; 200]. Nejenom v regionu střední a východní Evropy, ale i v rozvinutých zemích nebyl rozvoj programů včasné intervence pro psychotická onemocnění podporován na takové úrovni jako podobné programy pro léčbu rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění [200].

Nedostatečné zdroje, finanční i personální, mají za následek nedostatečné pokrytí služeb péče o duševní zdraví nejenom na národní, ale celosvětové úrovni [199–201]. Zatímco v národní perspektivě se nedostatečné pokrytí týká zejména vesnických a chudších regionů, typicky těch bez zázemí nemocnice nebo univerzity [199; 201], v celosvětové perspektivě je možné pozorovat obrovské rozdíly v dostupnosti základní péče mezi kontinenty. Stejně tak jako jsou pozorovatelné rozdíly v přístupu k základní péči o duševní zdraví, je v dlouhodobém horizontu výzvou zajistit všeobecnou a rovnou dostupnost služeb včasné detekce a včasné intervence.

Personální zdroje

Související výzvou k zajištění pokrytí péče je i zajištění personálu. Vzhledem k tomu, že služby včasné detekce a včasné intervence jsou službami, které jsou relativně inovativní, postupně se rozvíjející či pracující asertivním způsobem a v terénu, je výhodou, pokud jsou služby poskytovány „dynamickou, kvalifikovanou a optimistickou pracovní silou“ [200]. Výzvou je nejenom zajištění personálu jako takového, ale také zajištění odpovídajícího vzdělávání, které bude v souladu se zaměřením služeb včasné detekce a včasné intervence [199] i nejnovější evidencí o efektivitě jednotlivých přístupů [201] a které bude současně pracovat na rozvoji „filozofie“ včasné detekce a včasné intervence napříč službami, například formou kontinuálního vzdělávání a setkávání [202].

Finanční zdroje

V dlouhodobém i krátkodobém horizontu je zásadní výzvou finanční udržitelnost [203]. Dle dostupné evidence o nákladové efektivitě jsou programy včasné detekce a včasné intervence nákladově efektivní v dlouhodobém horizontu [4; 9; 204–206]. Navzdory tomu, že tyto programy mohou být nákladné během prvních 12 měsíců poskytované podpory, existují důkazy o tom, že hlavní prvky včasné intervence jsou nákladově efektivní [207]. Do 24 měsíců mohou být celkové náklady na systém zdravotní péče výrazně nižší než náklady na standardní služby v oblasti duševního zdraví. Tato ekonomická výhoda se může prodloužit až na 36 měsíců [208]. Nicméně je v této oblasti žádoucí další výzkum, jelikož existují i studie, které nákladovou efektivitu jasně nepotvrzují [209–212]. V případech, kdy nejsou dostupná data z pilotních projektů, je možné za použití ekonomického modelování využít dat z již výzkumně ověřených programů [195; 213] a ty projektovat i na prostředí, kde

programy včasné detekce a včasné intervence doposud nebyly zavedeny do praxe. Tyto modely lze následně využít při komunikaci s rozhodujícími orgány s cílem zajistit financování pro pilotní projekty. Následně, na základě evidence z pilotních projektů, je možné vypsat speciální granty, jako tomu bylo v případě dánského programu OPUS [199]. Paralelně s tím je nutné společně s politiky, plátcí péče a výzkumníky vést debaty o možnostech zahrnutí služeb včasné detekce a včasné intervence do systému veřejného zdravotnictví, jako je tomu ve Velké Británii, Dánsku, Norsku či Singapuru [195].

8.1.5 NETRASPARENTNÍ SYSTÉM ROZHODOVÁNÍ

Netransparentní systém rozhodování je rovněž jednou z výzev, která byla identifikována v souvislosti s procesem implementace programů včasné detekce a včasné intervence v zemích střední a východní Evropy [10; 198]. Netransparentnost systému rozhodování je sycena i skutečností, že navzdory přesvědčivé evidenci o efektivitě intervenčních programů [211] neexistuje jednotný přístup při samotném poskytování intervencí [200]. Snahy o zajištění fidelity mezi jednotlivými typy služeb na mezinárodní úrovni jsou liché, a to s ohledem na specifika jednotlivých systémů péče o duševní zdraví. McGorry například v reakci na systematickou rešerši [211] poukazuje na to, že jednotlivé programy zahrnuté do rešerše se lišily z hlediska rozsahu i délky poskytované podpory, některé programy nerozlišovaly specifickou postupů pro specifické fáze psychotického onemocnění apod. [200]. Tento nesoulad v sobě nese riziko, že proces implementace bude narušen a nově vzniklá služba nebude odpovídat původnímu modelu – např. nedojde k zahrnutí všech klíčových prvků, zúžení cílové skupiny z hlediska věku nebo také rozšíření cílové skupiny o další diagnózy [200]. Zajištění vysoké úrovně fidelity při zavádění nové služby je výzvou pro jakýkoliv zdravotní systém [214]. Zvláště to platí v oblasti péče o duševní zdraví, která vyžaduje multidisciplinární přístup. S ohledem na specifika jednotlivých systémů péče o duševní zdraví je nutné pečovat o fidelity modelu minimálně na národní úrovni, což vyžaduje průběžný monitoring naplňování předem stanovených kritérií.

8.1.6 SPOLUPRÁCE SEGMENTŮ PÉČE A ZAPOJENÍ VÝZKUMU

Další z výzev je koordinace jednotlivých segmentů péče. Na první úrovni je to koordinace mezi zdravotní a sociální péčí, na druhé se jedná o koordinaci mezi péčí primární a specializovanou [195]. Na třetí úrovni jde o koordinaci mezi zdravotními službami [195; 202] a s tím související

Tabulka 4: Facilitující faktory a překážky zavádění služeb včasné intervence

Zdroj: článek „Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation“ [195]

FACILITUJÍCÍ FAKTORY	PŘEKÁŽKY
Výzkumné důkazy	
✓ Experti ze služby včasné intervence mají důkazy o klinickém a ekonomickém přínosu ✓ Je zachována vysoká úroveň fidelity	✓ Orientace pouze na klinickou úroveň; přístup nezahrnující systém péče jako celek
Politická úroveň	
✓ Zavedení služeb včasné intervence zdravotnickými orgány podle metodik / klinických důkazů	✓ Nedostatek politického zájmu ✓ Nedostatečné rozeznání specifických potřeb klientů v rané fázi psychózy
Komunikace a zúčastněné strany	
✓ Uživatelé služeb a rodinní příslušníci by měli být od samého začátku úzce zapojeni ✓ Rodinné asociace mohou přispět finančními prostředky a iniciativami ✓ Pozitivní příklady (champions) mohou zvýšit povědomí o rané psychóze ✓ Individuální příběhy uživatelů a rodin, které využívají služby včasné intervence, mohou mít velký dopad	✓ Nedostatek efektivní komunikace s příbuznými, jinými zdravotníky a dalšími odborníky, jako jsou učitelé ✓ Nedostatek efektivní komunikace s politiky a jinými aktéry
Ekonomické, strukturální a administrativní faktory	
✓ Začlenění služeb včasné intervence do systému zdravotní péče financované z veřejných zdrojů ✓ Platební mechanismy podporující rozvoj kapacit služeb včasné intervence ✓ Změna struktury zdravotnických služeb, aby byl kontakt méně stigmatizující ✓ Centrální koordinace v zemích s regionální variabilitou ve zdravotní péči ✓ Spolupráce s profesionály v administrativě, získávání finančních prostředků nebo marketingu	✓ Omezení ve veřejných financích, nedostatečné financování ✓ Překážky ve struktuře zdravotnického systému (např. důraz na institucionalizaci) ✓ Špatná koordinace mezi specialisty na duševní zdraví a primární péči ✓ Špatný přístup ke službám ✓ Zařízení špatně přizpůsobené potřebám mladých lidí

zohlednění procesů, jako je rozvoj sítě center duševního zdraví nebo transformace psychiatrických nemocnic a deinstitucionalizace péče. Poslední úroveň je spolupráce segmentu péče s výzkumem [199; 202] a zapojení výsledků výzkumu do plánování [199].

Z hlediska procesu implementace není výzvou jenom oslovení ostatních služeb, získání podpory organizací, které jsou pro danou službu autoritou a nastavení parametrů spolupráce. Otázka spolupráce a koordinace péče je velmi komplexní a zahrnuje též nutnost vyhranit se jako nová služba a zároveň usilovat o to, stát se součástí jednoho systému. Dle zkušenosti s implementací služeb včasné detekce a včasné intervence z Velké Británie může tento vnitřní rozpor vést k tomu, že bude vytvářet napětí mezi stávající a novou službou. Příkladem mohou být specializované týmy pro psychotické onemocnění, které mohou být týmy center duševního zdraví vnímány jako ty týmy, které si „vybírají“ klienty, s nimiž budou pracovat [203]. Prostředkem, jak tomuto předcházet, je nastavení jasné komunikační strategie, která bude přizpůsobena jednotlivým typům služeb a bude zohledňovat možné konflikty.

V tabulce 4 jsou uvedeny facilitující faktory a překážky při zavádění služeb včasné intervence podle autorů Csillag, Nordentoft a Mizuno [195].

8.2 DEVĚT KROKŮ PRO ZAVEDENÍ SLUŽEB DO PRAXE

Edwards a McGorry [215] uvádí devět doporučení pro zavedení služeb do praxe. Jedná se o souhrn důležitých kroků, které by podle autorů měly být v souvislosti se spuštěním služeb včasné detekce a včasné intervence učiněny. Jejich realizace nemusí probíhat v uvedeném pořadí.

✓ Krok 1:

Zavedení filozofie a principů včasné detekce a včasné intervence

Filozofie utváří obecnou organizaci a principy, kterými se řídí konkrétní každodenní činnosti. Vypracování filozofie a zásad v písemné podobě často zahrnuje přizpůsobení a opětovné potvrzení dříve vypracovaných deklarací.

✓ Krok 2:

Nastavení diagnostických podmínek pro první epizodu psychózy

Je důležité získat, případně odhadnout epidemiologické charakteristiky platné pro daný region. Je nezbytné definovat věkové rozmezí a diagnos-

tická kritéria první epizody psychózy i skupinu osob ve vysokém riziku rozvoje psychotického onemocnění.

✓ Krok 3:

Provedení situační analýzy

Je potřeba kvantitativně i kvalitativně objasnit specifické potřeby cílové skupiny v konkrétním prostředí. Lékaři primární péče jsou často první odborníci, na které se pacienti obracejí v případech obav souvisejících s duševním zdravím. Role těchto odborníků je zásadní při včasném rozpoznání a počáteční léčbě psychóz. Jedním z prvních úkolů při zavádění služby je vyhodnocení vazby mezi stávajícími službami v oblasti duševního zdraví a primární péči a v případě potřeby ji zlepšit. Specializované služby musí přijmout výzvu vzdělávat pracovníky v primární péči, to znamená strukturovaně a metodicky jim zprostředkovat informace o včasném zachytu psychózy a hodné intervenci. Vzdělávání by v ideálním případě mělo být součástí širší strategie v oblasti primární péče a duševního zdraví.

✓ Krok 4:

Připravte vhodné prostředí

Klíčovou aktivitou při vývoji služby je poskytnutí vzdělání pro zaměstnance stávajících psychiatrických služeb. Je důležité vytvářet a rozšiřovat relevantní dokumenty určené lékařům, výzkumníkům, manažerům i cílové skupině. Úroveň informovanosti a podpory politiků reagovat na výzvu je klíčová při zřizování služby, protože určuje nově dostupné nebo přerozdělené zdroje. Důležitá je také připravenost zdravotnického personálu k reformnímu úsilí a ke změnám. Je potřeba poskytovat také praktické informace pro pacienty a jejich rodiny včetně videí a webových stránek.

✓ Krok 5:

Identifikujte personál

Je třeba identifikovat pracovníky, kteří jsou schopni službu realizovat a rozvíjet. Jsou zapotřebí lidé se specifickými dovednostmi (klinická a psychosociální práce, organizace, výzkum atp.). Musí být definovány zdroje potřebné k realizaci, zejména pokud jde o klinickou supervizi a vzdělávání. Zajištění dalších finančních prostředků na urychlení restrukturalizace služeb a posílení klinické odbornosti může mít pozitivní vliv. Získání

grantů je snazší v situaci, pokud byl realizován pilotní projekt a jsou k dispozici jeho výsledky.

✓ Krok 6:

Definujte zaměření služby

Je důležité mít jasno v zaměření a strategiích navrhované služby. Na nejzákladnější úrovni je třeba rozlišovat mezi službami orientovanými na osoby ve zvýšeném riziku rozvoje onemocnění, případně prodromální fázi a službami orientovanými na první epizodu psychózy. Údaje ze třetího kroku mohou pomoci při definování zaměření a strategií navrhované služby.

✓ Krok 7:

Vytvořte písemný plán

Měl by být formulován plán zahrnující krátkodobé a dlouhodobé cíle, rozpočet a harmonogram. V optimálním případě by součástí měla být pilotní fáze zahrnující vyhodnocení výsledků.

✓ Krok 8:

Implementujte klíčové komponenty služby

Autoři Edwards a McGorry uvádějí: „Jděte na to!“

✓ Krok 9:

Monitorujte a kontrolujte

Už od samotného spuštění služby by měl být zaveden systém monitoringu a evaluace. Evaluaci v případě projektu VIZDOM shrnuje kapitola 7.

8.3 DOPORUČENÍ PRO REALIZACI

V následující části textu je uveden výběr doporučení z různých služeb včasné intervence včetně projektu VIZDOM. Doporučení jsou zaměřena na oblast publicity a osvěty, síť služeb a nastavení spolupráce, včasné intervence, využití stávajících zdrojů, ale i potenciálních systémových změn.

8.3.1 PUBLICITA A OSVĚTA

Informační kampaně s využitím moderních technologií jsou nejenom prostředkem, jak edukovat veřejnost i relevantní subjekty z oblasti péče

o duševní zdraví, zejména praktické lékaře nebo školy [201]. Jsou také nástrojem pro podporu včasného zachytu osob v riziku rozvoje nebo v rané fázi onemocnění [196]. V kombinaci s využitím sociálních sítí mohou být moderní technologie cestou k oslovení osob, které jsou v riziku rozvoje onemocnění, ale aktivně nehledali adekvátní podporu [196].

Zkušenosti se službami včasné intervence ve střední a východní Evropě potvrzují, že specializované služby jsou zpravidla kontaktovány blízkým okolím zájemce o službu, nikoliv zdravotním profesionálem (např. praktickým lékařem) [198]. Včasný zachyt je žádoucí podpořit různými nástroji, jako jsou například dotazníky pro sebehodnocení (viz podkapitola 4.1.3 Sebehodnotící dotazníky). Zapojení uživatelů služeb přímo do kampaní umožňuje „zlidštit“ problematiku duševního onemocnění a může přispět k výraznějšímu dopadu [195]. Zároveň je žádoucí do přípravy a realizace kampaně zapojit i odborníky na oblast marketingu, kteří mohou být užiteční při sestavování strategie a při zavádění změn [195]. Kampaň by měla být zacílená také na politické představitele i zástupce médií, kteří by o problematice duševního zdraví měli být adekvátním způsobem informováni. Za nezbytné lze považovat také informování odborné veřejnosti, například na národních konferencích apod. Relevantní profesionály (např. praktické lékaře) je třeba vybavit odpovídajícími nástroji (viz např. Příloha 5: Zhodnocení rizika psychózy).

8.3.2 SÍŤ SLUŽEB A NASTAVENÍ SPOLUPRÁCE

Pro včasný zachyt i přímou práci s klienty a jejich okolím je zásadní nastavení spolupráce s dalšími službami. V rámci projektu VIZDOM vznikly tři samostatné týmy, které od začátku fungovaly v těsné spolupráci s CDZ nebo místním komunitním týmem. Pro optimální fungování intervenčních služeb je důležitý pravidelný kontakt s ostatními poskytovateli služeb v regionu (vč. nemocnic).

Služby včasné detekce a včasné intervence by měly navázat spolupráci s celou sítí péče zahrnující psychiatrická lůžková i ambulantní zařízení, praktické lékaře, komunitní služby péče o duševní zdraví, svépomocné skupiny, rodinné organizace a také různé odbornosti, které do oblasti péče o duševní zdraví promlouvají (vč. psychiatrů, psychologů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, case manažerů) [194]. Na základě zkušenosti z projektu VIZDOM je vhodné se při oslovování možných zdrojů prvních kontaktů zaměřit také na pracovníky úřadů, zástupce škol nebo církevních institucí.

8.3.3 VČASNÁ INTERVENCE

V případě akutní nebo rozvinuté fáze onemocnění jsou hlavními principy optimální léčby zejména rychlost, otevřený vztah mezi profesionálem a klientem, který je navíc orientovaný na klienta, respektuje princip sdíleného rozhodování, multidisciplinární přístup, nastavení léčby kombinující farmakoterapii a psychosociální intervence dle individuálních potřeb klienta [194]. Optimální je možnost kombinace terénní práce a multidisciplinárního týmu.

Z dlouhodobého hlediska je nutné podporovat oblasti, které mohou být pro zotavení daného klienta klíčové a zároveň mohou přispět ke snížení rizika relapsu u osob, které již prošly akutní fází onemocnění, opět je však nutné přihlížet k individuálním potřebám. Patří sem například pravidelná kontrola symptomů a jejich vlivu na individuální fungování. Možným řešením je využití moderních technologií [200] a nástrojů telemedicíny včetně mobilních aplikací. Příkladem dobré praxe je aplikace Nepanikař, která může být nápomocná v rámci prevence i v případě výskytu raných symptomů onemocnění [216]. Příkladem aplikace využívané osobami v rané fázi duševního onemocnění může být program OPUS, jehož klienti využívají mobilní aplikace pro zanášení informací z individuálního léčebného plánu [217].

Důležitými prvky léčby je farmakoterapie v kombinaci s psychologickou podporou, ale i podpora adherence vůči léčbě. Uplatnění najdou programy podporovaného zaměstnávání a vzdělávání či podporované bydlení, programy na podporu fyzického zdraví a zdravého životního stylu, ale i svépomocné skupiny klientů a rodinných příslušníků.

PEER PRACOVNÍK:

„Vznik svépomocné skupiny pro klienty by byl v rámci služby užitečný. Např. za vedení či asistence psychologa týmu včasných intervencí s pravidelným setkáváním s frekvencí např. 1x–2x za měsíc. Skupinová setkávání mohou být velmi přínosná pro sdílení zkušeností, obav a vzájemné podpory, kterou u okolí bez zkušenosti s duševními problémy nenajdou.“

Dalšími z pracovníků v oblasti duševního zdraví, jejichž role se v systému péče stále upevňuje, jsou tzv. peer pracovníci, tedy osoby s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, které mohou být nápomocné při nastolení vlastní cesty zotavení. V tuzemských týmech včasné intervence

není peer pracovník standardní součástí týmu. Zahraniční programy mají zkušenost se službami peer pracovníka, který doplňuje služby týmu zejména o podporu klienta z pohledu jeho vlastní zkušenosti. Může tak klientovi pomoci v těchto oblastech: poskytnutí informací o nemoci, užívání medikace, identifikace symptomů a jejich zvládání, podpora v přístupu ke službám duševního zdraví, vyrovnávání se se stresovými situacemi a jinými obtížemi, sestavení krizového plánu, nápomoc při budování sociální sítě, nastavování dílčích cílů na cestě v zotavení a nápomoc při prevenci relapsu [32]. Zároveň může být přítomen workshopům na školách v rámci detekčních opatření.

V zemích střední a východní Evropy je zavedeno pouze několik služeb včasné intervence, přičemž většina z nich je poskytována v nemocničním prostředí [198]. Umístění služeb včasné intervence v nemocnicích je žádoucí v těch případech, kdy se jedná o všeobecné nemocnice, naopak nevhodné je umísťování těchto služeb do prostředí psychiatrických nemocnic, a to především s ohledem na riziko vyšší stigmatizace spojené s ochotou vyhledat včas odbornou pomoc, a tedy i se vstupem do služby.

8.3.4 VYUŽITÍ STÁVAJÍCÍCH ZDROJŮ

S ohledem na omezené zdroje, které jsou do oblasti nových služeb v oblasti péče o duševní zdraví vynakládány, je dočasným řešením zapojení stávajících aktivních osob a organizací. Jak ukazuje zkušenost z regionu střední a východní Evropy, v 90. letech se v tomto regionu postupně začaly zakládat a dynamicky rozvíjet komunitní služby v oblasti duševní péče, a to zejména díky nadšencům, kteří tyto služby budovali za velmi omezených podmínek [10; 198]. Zkušenosti již existujících služeb a organizací s daným systémem je vhodné využívat i v případě zavádění nových specializovaných služeb, jichž jsou služby včasné detekce a včasné intervence příkladem [198]. Tyto služby by mohly být navázány přímo na centra duševního zdraví nebo na jiné služby, z jejichž zdrojů mohou být postupně rozvíjeny [195; 202].

Zásadním zdrojem inspirace a zkušeností je pak i sdílení zkušeností s tímto typem služeb na národní i mezinárodní úrovni [195; 199]. Paralelně s tím je vhodné přizvat na diskuzi o možném dalším rozvoji národní organizace a aktéry a zároveň pracovat se zpětnou vazbou klientů, např. formou evaluačních rozhovorů [203].

8.3.5 SYSTÉMOVÉ ZMĚNY

Nejen pro rozvoj služeb včasné detekce a včasné intervence je žádoucí iniciovat opatření, která ve středně či dlouhodobém horizontu mohou vést ke změnám na systémové úrovni. Je žádoucí podporu prevence a programů včasné detekce a včasné intervence [194] specificky ukotvit v národním akčním plánu, a to včetně závazku dalšího rozvoje [198]. Zároveň je důležité, aby principy včasné detekce a včasné intervence byly začleněny do doporučených postupů odborných společností [198], a to včetně zapojení rodinného systému do procesu léčby. Lze doporučit založení sekce včasné detekce a včasné intervence v rámci psychiatrické společnosti.

V České republice doposud není zavedený specifický výcvik v oblasti včasné detekce a včasné intervence. Za důležité lze označit zajištění vzdělávání přinejmenším pro pracovníky v přímém kontaktu s klienty i jejich lektory včetně kontinuálního vzdělávání a odborné supervize.

Jako vhodná forma opatření se jeví revize vzdělávání praktických lékařů, systematická podpora multidisciplinární a mezioborové spolupráce v prostředí zdravotních i sociálních služeb nebo systematická opatření podporující zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví v obecné populaci apod. Rozvoj služby je důležité facilitovat také podporou výzkumu, který zajistí spolehlivé informace o dopadu služeb včasné intervence včetně analýz nákladové efektivity.

Zahraniční evidence ukazuje, že včasné intervence poskytované multidisciplinárními terénními týmy představují ve srovnání s běžnou péčí o osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění poskytovanou v komunitě (jíž jsou centra duševního zdraví příkladem) potenciál ve snížení rizika hospitalizace [1; 211], snížení rizika relapsu [1], snížení závažnosti symptomů nemoci [1; 211; 218], snížení rizika sebevraždy [219] a ve zkrácení doby neléčené psychózy [5; 8]. Včasné intervence v porovnání s běžnou péčí zvyšují adherenci k léčbě [218] a zároveň snižují riziko ukončení léčby [211].

LITERATURA

1. BIRD, Victoria, et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, November 2010, 197(5), 350-356. ISSN 0007-1250.
2. BOND, Gary R., DRAKE, Robert E. a LUCIANO, Alison. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 2015, 24(5), 446–457. ISSN 2045-7960.
3. MARSHALL, Max a RATHBONE, John. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (6).
4. MCCRONE, Paul, PARK, A-La a KNAPP, Martin. Economic evaluation of early intervention (EI) services: Phase IV report 2010.
5. OHANNESSEN, Jan Olav, et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 2001, 51(1), 39–46. ISSN 0920-9964.
6. LLOYD-EVANS, Brynmor, et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2011, 198(4), 256–263. ISSN 0007-1250.
7. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance 2016.
8. LARSEN, Tor K., et al. Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychol Med*, Jul 2011, 41(7), 1461–1469. ISSN 1469-8978 (Electronic) 0033-2917 (Linking).
9. HASTRUP, Lene Halling, et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry*, Jan 2013, 202(1), 35–41. ISSN 1472-1465 (Electronic) 0007-1250 (Linking).
10. WINKLER, Petr, et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry*, 2017, 4(8), 634–642. ISSN 22150366.
11. VIZDOM. Analýza zahraničních zkušeností. 2022; Dostupné z: <https://vizdom.cz/materialy/>.
12. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Metodika včasných intervencí v multidisciplinárních týmech*. Praha 2017; Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf.
13. GARETY, Philippa A., et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 188(1), 37–45. ISSN 0007-1250.

14. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Indikátory psychiatrické péče*. 2021 [8. 4. 2021]; Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/indikatory/>.
15. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. [Prvohospitalizace pro psychotické onemocnění v ČR].
16. FARKAČ, Bronislav a KONDRÁTOVÁ, Lucie. Komunitní služby pro osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění v České republice: kvalitativní analýza. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 2019, 115(3), 108–116. ISSN 1212-0383.
17. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Včasná intervence u závažných duševních onemocnění: situační analýza české zkušenosti*. 2019; Dostupné z: http://vizdom.cz/wp-content/uploads/2018/10/ceska_situacni_analyza.pdf.
18. EHMANN, T., et al. Standards and guidelines for early psychosis intervention (EPI) programs. *Victoria: British Columbia Ministry of Health Services*, 2010, 105.
19. WORLD HEALTH ORGANISATION. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope 2001. ISSN 9241562013.
20. BARBATO, Angelo. Nations for Mental Health: Schizophrenia and Public Health [Internet]. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization Geneva*, 1998.
21. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2020; Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>.
22. RUS-CALAFELL, Mar a SCHNEIDER, Silvia. Are we there yet?! – a literature review of recent digital technology advances for the treatment of early psychosis. *mHealth*, 2020, 6. ISSN 2306-9740.
23. BECHDOLF, Andreas, et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry*, Jan 2012, 200(1), 22–29. ISSN 0007-1250.
24. SCHULTZE-LUTTER, Frauke a SCHIMMELMANN, Benno. Early Detection and Treatment of Psychosis: The Bern Child and Adolescent Psychiatric Perspective. *Advances in Psychiatry*, 2014, 1–16.
25. HÖSCHL, Cyril, ŠVESTKA, Jaromír a LIBIGER, Jan. *Psychiatrie* 2002.
26. MIROSLAV, Orel. *Psychopatologie* 2012.
27. EISNER, Emily, DRAKE, Richard a BARROWCLOUGH, Christine. Assessing early signs of relapse in psychosis: review and future directions. *Clin Psychol Rev*, Jul 2013, 33(5), 637–653. ISSN 0272-7358.
28. YUNG, Alison R., NELSON, Barnaby a THOMPSON, Andrew. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis „prodromal“ population. *Schizophr Bull*, Nov 2012, 38(6), 1277–1287. ISSN 0586-7614 (Print) 0586-7614.

29. DORAZILOVA, Aneta, HUMPOLÍČEK, Pavel, MOHR, Pavel a RODRIGUEZ, Mabel. Bazální symptomy a prodromální fáze schizofrenie. *Psychiatrie*, 2018, 22(2).
30. KOEHLER, Karl a SAUER, Heinrich. Huber's basic symptoms: another approach to negative psychopathology in schizophrenia. *Compr Psychiatry*, Mar-Apr 1984, 25(2), 174–182. ISSN 0010-440X (Print) 0010-440x.
31. KNYTL, Pavel a ŠVANCER, Pavel. Prezentace pro VIZDOM: CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk Mental State 2019.
32. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical Guideline 2014. ISSN 978-1-4731-0428-0.
33. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition 2013.
34. MARSHALL, Max, et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, Sep 2005, 62(9), 975–983. ISSN 0003-990X (Print) 0003-990X (Linking).
35. BARNES, Thomas R. E., et al. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*, Sep 2008, 193(3), 203–209. ISSN 0007-1250 (Print) 0007-1250 (Linking).
36. BOTTLENDER, Ronald, STRAUS, Anton a MÖLLER, Hans-Jürgen. Impact of duration of symptoms prior to first hospitalization on acute outcome in 998 schizophrenic patients. *Schizophrenia research*, 2000, 44(2), 145–150. ISSN 09209964.
37. LOEBEL, Antony, et al. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*, Sep 1992, 149(9), 1183–1188. ISSN 0002-953X (Print) 0002-953X (Linking).
38. PERKINS, Diana O, et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, Oct 2005, 162(10), 1785–1804. ISSN 0002-953X (Print) 0002-953X (Linking).
39. LIBERMAN, Robert a KOPELOWICZ, Alex. Recovery From Schizophrenia: A Concept in Search of Research. *Psychiatric services (Washington, D. C.)*, 07/01 2005, 56, 735–742.
40. YUNG, Alison R. a NELSON, Barnaby. The ultra-high risk concept-a review. *Can J Psychiatry*, Jan 2013, 58(1), 5–12. ISSN 0706-7437 (Print) 0706-7437 (Linking).
41. YUNG, Alison R., et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*, Nov-Dec 2005, 39(11-12), 964–971. ISSN 0004-8674 (Print) 0004-8674 (Linking).
42. FALDYNA, Zdeněk. Schizotypní porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, 2(1), 12–14. ISSN 1213-0508.

43. YUNG, Alison R., et al. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*, Apr 1 2004, 67(2-3), 131–142. ISSN 0920-9964 (Print) 0920-9964 (Linking).
44. FUSAR-POLI, Paolo, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, Mar 2012, 69(3), 220–229. ISSN 1538-3636 (Electronic) 0003-990X (Linking).
45. FUSAR-POLI, Paolo, et al. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychol Med*, Jan 2014, 44(1), 17–24. ISSN 1469-8978 (Electronic) 0033-2917 (Linking).
46. SCHMIDT, Stefanie J., et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, Mar 2015, 30(3), 388–404. ISSN 1778-3585 (Electronic) 0924-9338 (Linking).
47. GAAG, Mark van der, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*, Sep 2013, 149(1-3), 56–62. ISSN 1573-2509 (Electronic) 0920-9964 (Linking).
48. LALLY, John, et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Br J Psychiatry*, Dec 2017, 211(6), 350–358. ISSN 1472-1465 (Electronic) 0007-1250 (Linking).
49. PUNTIS, Stephen, et al. Specialised early intervention teams for first episode psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019. ISSN 14651858.
50. MARSHALL, M. a RATHBONE, J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*, Jun 15 2011, (6), CD004718. ISSN 1469-493X (Electronic) 1361-6137 (Linking).
51. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Včasné intervence u závažných duševních onemocnění: metodika výcviku týmů včasné detekce a včasné intervence*. 2020 11. 3. 2021; Dostupné z: http://vizdom.cz/wp-content/uploads/2021/01/Metodika_v%C3%BDcviku_EIED_FINAL.pdf.
52. LIDOVKY.CZ. *Lidem s psychickými potížemi pomáhají nové odborné týmy* 2019, 18. 5. 2019; Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/lidem-s-psychickymi-potizemi-pomahaji-nove-odborne-tymy.A190516_102231_ln-zdravi_ape.
53. RADNIČNÍ LISTY. *Pomohou lidem s příznaky duševního onemocnění* 2020; Dostupné z: https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2021/01/RL_prosinec_2020.pdf, str. 3.
54. ČASOPIS OSMIČKA. *Máte psychické potíže? Rychlá služba vám pomůže* 2020; Dostupné z: <https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2021/01/Mesicnik-Osmicka-prosinec-2020.pdf>, str. 23.
55. BLANENSKÝ DENÍK. *V Blansku pomáhá v terénu tým odborníků. Zachraňují lidskou duši* 2021; Dostupné z: https://blanensky.denik.cz/zpravy_region/v-blansku-pomaha-v-terenu-tym-odborniku-zachranuji-lidskou-dusi-20210502.html.
56. ČT24. *Rozhovor s Petrem Winklerem na ČT24*. 2019, 17. 5. 2019; Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10101491767-studio-ct24/219411058310517/>; čas 16:40.

57. RADIO WAVE. Petr Winkler z projektu VIZDOM: Gramotnost v oblasti duševního zdraví je velmi nízká 2019, 27. 5. 2019; Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/petr-winkler-z-projektu-vizdom-gramotnost-v-oblasti-dusevniho-zdravi-je-velmi-7951978>.
58. RADIO WAVE. Diagnóza F. 2021; Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/psychozy-se-poprve-projevuj-vetsinou-v-zacatku-dospelosti-rika-psychozolka-8495925>.
59. FACEBOOK NA ROVINU. Jak se poslední dobou cítíte? 2021, 12. 7. 2021; Dostupné z: <https://www.facebook.com/iniciativaNAROVINU/posts/660631601521191>.
60. GOOGLE. Google Ads: Průvodce nastavením dynamického remarketingu pro web. 2022; Dostupné z: <https://support.google.com/google-ads/answer/6077124?hl=cs>.
61. LOEWY, R. L. a CANNON, T. The prodromal questionnaire, brief version (PQ-B). *University of California*, 2010.
62. VIZDOM. Otestujte se. 2022, 13. 3. 2022; Dostupné z: <https://vizdom.cz/otestujtese/>.
63. VIZDOM. Poradna. 2022, 10. 3. 2022; Dostupné z: <https://vizdom.cz/poradna/>.
64. NA ROVINU. Stigma a stigmatizace. 2022; Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>.
65. NA ROVINU. Fakta a mýty. 2022; Dostupné z: <https://narovinu.net/fakta/>.
66. OPATRUJ.SE. Duševní zdraví; Dostupné z: <https://www.opatruj.se/>.
67. RIECHER-RÖSSLER, Anita a MCGORRY, Patrick. Early Detection and Intervention in Psychosis 2016, 181, 179–189.
68. MCGORRY, Patrick, et al. Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *World Psychiatry*, 2014, 13(3), 211–223. ISSN 1723-8617.
69. UMBRICHT, Daniel a KRLJES, Sanya. Mismatch negativity in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 2005, 76(1), 1–23. ISSN 0920-9964.
70. SALISBURY, Dean F, et al. Progressive and interrelated functional and structural evidence of post-onset brain reduction in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 2007, 64(5), 521–529. ISSN 0003-990X.
71. DEVRIM-ÜÇÖK, Müge, KESKIN-ERGEN, H. Yasemin a ÜÇÖK, Alp. Mismatch negativity at acute and post-acute phases of first-episode schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2008, 258(3), 179–185. ISSN 1433-8491.
72. MAGNO, Elena, et al. Are auditory-evoked frequency and duration mismatch negativity deficits endophenotypic for schizophrenia? High-density electrical mapping in clinically unaffected first-degree relatives and first-episode and chronic schizophrenia. *Biological psychiatry*, 2008, 64(5), 385–391. ISSN 0006-3223.
73. RASSER, PE, et al. Gray matter deficits, mismatch negativity, and outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 2011, 37(1), 131–140. ISSN 1745-1701.

74. MILLER, Brian J., et al. Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biological psychiatry*, 2011, 70(7), 663–671. ISSN 0006-3223.
75. RAEDLER, Thomas J. Inflammatory mechanisms in major depressive disorder. *Current opinion in psychiatry*, 2011, 24(6), 519–525. ISSN 0951-7367.
76. WADEE, Ahmed A., et al. Serological observations in patients suffering from acute manic episodes. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 2002, 17(4), 175–179. ISSN 0885-6222.
77. YAO, Jeffrey K. a KESHAVAN, Matcheri S. Antioxidants, redox signaling, and pathophysiology in schizophrenia: an integrative view. *Antioxidants & redox signaling*, 2011, 15(7), 2011–2035. ISSN 1523-0864.
78. BERK, Michael, et al. Glutathione: a novel treatment target in psychiatry. *Trends in pharmacological sciences*, 2008, 29(7), 346–351. ISSN 0165-6147.
79. DO, Kim Q., et al. Redox dysregulation, neurodevelopment, and schizophrenia. *Current opinion in neurobiology*, 2009, 19(2), 220–230. ISSN 0959-4388.
80. FIRST, MB, WILLIAMS, JBW a BENJAMIN, L. Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD). Washington. DC: *American Psychiatric Publishing*, 2016.
81. PAAP, Muirne, et al. More is more: Evidence for the incremental value of the SCID-II/SCID-5-PD specific factors over and above a general personality disorder factor. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2021. ISSN 1949-2723.
82. CASILLAS, Alex a CLARK, Lee Anna. The mini mood and anxiety symptom questionnaire (Mini-MASQ) 2000.
83. BEEVERS, Christopher G. a MEYER, Björn. Lack of positive experiences and positive expectancies mediate the relationship between BAS responsiveness and depression. *Cognition & Emotion*, 2002, 16(4), 549–564. ISSN 0269-9931.
84. WATSON, David, et al. Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of abnormal Psychology*, 1995, 104(1), 15. ISSN 1939-1846.
85. BUCKBY, Joe A., et al. Clinical utility of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ) in a sample of young help-seekers. *BMC psychiatry*, 2007, 7(1), 1–7. ISSN 1471-244X.
86. BECK, Aaron T., STEER, Robert A. a BROWN, Gregory K. Beck depression inventory (BDI-II) 1996, 10.
87. PREISS, Marek, VRANÁ, Klára a KUCHAROVÁ, Jirina. Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá Psychologie*, 2010, 54(4), 357. ISSN 0009-062X.
88. BERNSTEIN, DP, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)[Database record]. APA *PsyTests* 1994.

89. HERNANDEZ, Ana, et al. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of interpersonal violence*, 2013, 28(7), 1498–1518. ISSN 0886-2605.
90. LIEBSCHUTZ, Jane M., et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) correlations with prospective violence assessment in a longitudinal cohort. *Psychological assessment*, 2018, 30(6), 841. ISSN 1939-134X.
91. HUMENIUK, Rachel, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 2008, 103(6), 1039–1047. ISSN 0965-2140.
92. ADDINGTON, Donald Emile, et al. Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services*, 2013, 64(5), 452–457. ISSN 1075-2730.
93. JACOB, KS. Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care 2015. ISSN 0253-7176.
94. ANTHONY, William A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 1993, 16(4), 11. ISSN 0147-5622.
95. CHAN, Randolph CH., et al. Flourishing with psychosis: a prospective examination on the interactions between clinical, functional, and personal recovery processes on well-being among individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 2018, 44(4), 778–786. ISSN 0586-7614.
96. DAVIDSON, Larry, et al. Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005, 36(5), 480. ISSN 1939-1323.
97. IYER, Srividya, et al. Early intervention for psychosis: a Canadian perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2015, 203(5), 356–364. ISSN 0022-3018.
98. CORRIGAN, Patrick W. a PHELAN, Sean M. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community mental health journal*, 2004, 40(6), 513–523. ISSN 1573-2789.
99. LIBERMAN, Robert Paul a KOPELOWICZ, Alex. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International review of psychiatry*, 2002, 14(4), 245–255. ISSN 0954-0261.
100. NILSEN, Liv, et al. Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early intervention in psychiatry*, 2016, 10(2), 152–159. ISSN 1751-7885.
101. DEEGAN, Patricia E. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social work in health care*, 1997, 25(3), 11–24. ISSN 0098-1389.
102. STOVELL, Diana, et al. Shared treatment decision-making and empowerment related outcomes in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2016, 209(1), 23–28. ISSN 0007-1250.

103. GREALISH, Annmarie, et al. Qualitative exploration of empowerment from the perspective of young people with psychosis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2013, 20(2), 136–148. ISSN 1063-3995.
104. LINHORST, Donald M. Empowering people with severe mental illness: A practical guide 2006. ISSN 019517187X.
105. STAFFORD, Megan R., et al. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, Jan 18 2013, 346, f185. ISSN 1756-1833 (Electronic) 0959-8138 (Linking).
106. ALBERT, Nikolai, et al. Predictors of recovery from psychosis: analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia research*, 2011, 125(2-3), 257–266. ISSN 0920-9964.
107. MILLAN, Mark J., et al. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov*, Jul 2016, 15(7), 485–515. ISSN 1474-1784 (Electronic) 1474-1776 (Linking).
108. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. 2013; 155]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327747/>.
109. ADDINGTON, Donald, et al. Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatr Serv*, May 1 2013, 64(5), 452–457. ISSN 1557-9700 (Electronic) 1075-2730 (Linking).
110. GALDERISI, Silvana, et al. EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry*, Feb 18 2021, 64(1), e23. ISSN 0924-9338 (Print) 0924-9338.
111. RATCLIFFE, Tom, DABIN, Sam a BARKER, Peter. Physical healthcare for people with serious mental illness. *Clinical Governance: An International Journal*, 01/25 2011, 16, 20–28.
112. MCELROY, Susan L. Obesity in patients with severe mental illness: overview and management. *J Clin Psychiatry*, 2009, 70 Suppl 3, 12–21. ISSN 0160-6689.
113. BAILEY, Sue, et al. The cardiovascular health of young people with severe mental illness: addressing an epidemic within an epidemic. *The Psychiatrist*, 2012, 36(10), 375–378. ISSN 1758-3209.
114. DICKERSON, Faith, et al. Obesity among individuals with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, Apr 2006, 113(4), 306–313. ISSN 0001-690X (Print) 0001-690x.
115. LESTER H., SHIERS DE, RAFI I, COOPER SJ, HOLT RIG. Positive Cardiometabolic Health Resource: an intervention framework for patients with psychosis on antipsychotic medication. *Royal College of Psychiatrists: London*, 2012.
116. LAMBERT, Tim. Managing the metabolic adverse effects of antipsychotic drugs in patients with psychosis. *Australian Prescriber*, 08/01 2011, 34, 97–99.

117. FOUNTAINE, Robert, et al. Increased Food Intake and Energy Expenditure Following Administration of Olanzapine to Healthy Men. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 08/01 2010, 18, 1646–1651.
118. LAMBERT, Tim a NEWCOMER, John. Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? Barriers to care. *The Medical journal of Australia*, 03/01 2009, 190, S39–42.
119. COMPTON, Michael, DAUMIT, Gail a DRUSS, Benjamin. Cigarette Smoking and Overweight/Obesity Among Individuals with Serious Mental Illnesses: A Preventive Perspective. *Harvard review of psychiatry*, 08/01 2006, 14, 212–222.
120. HAW, Camilla a BAILEY, S. Body mass index and obesity in adolescents in a psychiatric medium secure service. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 05/17 2011, 25, 167–171.
121. TAYLOR, Valerie, et al. An Overview of Treatments for Obesity in a Population With Mental Illness. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 01/01 2012, 57, 13–20.
122. ARCHIE, Suzanne, et al. Psychotic Disorders, Eating Habits, and Physical Activity: Who Is Ready for Lifestyle Changes? *Psychiatric services (Washington, D. C.)*, 03/01 2007, 58, 233–239.
123. GENTILE, Salvatore. Long-Term Treatment with Atypical Antipsychotics and the Risk of Weight Gain: A Literature Analysis. *Drug safety: an international journal of medical toxicology and drug experience*, 04/01 2006, 29, 303–319.
124. ALVAREZ-JIMENEZ, Mario, et al. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. *CNS Drugs*, 2008, 22(7), 547–562. ISSN 1172-7047 (Print) 1172-7047.
125. HJORTHØJ, Carsten, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, Apr 2017, 4(4), 295–301. ISSN 2215-0366.
126. NIELSEN, René Ernst, et al. Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades – a Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophr Res*, May 2013, 146(1-3), 22–27. ISSN 0920-9964.
127. BROWN, Steve, INSKIP, H. a BARRACLOUGH, B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, Sep 2000, 177, 212–217. ISSN 0007-1250 (Print) 0007-1250.
128. DREGAN, Alex, et al. Potential gains in life expectancy from reducing amenable mortality among people diagnosed with serious mental illness in the United Kingdom. *PLoS One*, 2020, 15(3), e0230674. ISSN 1932-6203.
129. WOLF, Susanne A., MELNIK, Andre a KEMPERMANN, Gerd. Physical exercise increases adult neurogenesis and telomerase activity, and improves behavioral deficits in a mouse model of schizophrenia. *Brain Behav Immun*, Jul 2011, 25(5), 971–980. ISSN 0889-1591.

130. FIRTH, Joseph, et al. Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull*, May 1 2017, 43(3), 546–556. ISSN 0586-7614 (Print) 0586-7614.
131. MITTAL, Vijay A., et al. Exercise Treatments for Psychosis: A Review. *Curr Treat Options Psychiatry*, Jun 2017, 4(2), 152–166. ISSN 2196-3061 (Print).
132. MCEWAN, Desmond, et al. The effectiveness of multi-component goal setting interventions for changing physical activity behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 10/07 2015, 10, 67–88.
133. SWANN, Christian a ROSENBAUM, Simon. Do we need to reconsider best practice in goal setting for physical activity promotion? *British Journal of Sports Medicine*, 09/18 2017, 52, bjsports-2017.
134. SCOTT, David a HAPPELL, Brenda. The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals with Severe Mental Illness. *Issues in mental health nursing*, 08/19 2011, 32, 589–597.
135. HOLT, Richard a PEVELER, Robert. Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. *Diabetes, obesity & metabolism*, 08/01 2009, 11, 665–679.
136. FORD, Ginger. Putting Feeding Back into the Hands of Patients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 06/01 1996, 34, 35–39.
137. KATIE, Adams, VIRGINIA, Minogue a LUCOCK, Mike. Nutrition and mental health recovery. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 05/02 2010, 7, 43–57.
138. APPLETON, Katherine, ROGERS, Peter a NESS, Andy. Updated systematic review and meta-analysis of the effects of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids on depressed mood. *The American journal of clinical nutrition*, 03/01 2010, 91, 757–770.
139. CASPER, Regina. Diet and Mental Health: An Up-to-Date Analysis. *World review of nutrition and dietetics*, 08/01 2011, 102, 98–113.
140. GOREN, Jessica a TEWKSBURY, Ashley. The Use of Omega-3 Fatty Acids in Mental Illness. *Journal of pharmacy practice*, 09/22 2011, 24, 452–471.
141. LAKHAN, S. E. a VIEIRA, K. F. Nutritional therapies for mental disorders 2013, 91–108.
142. SKERRETT, Patrick J. a WILLETT, Walter C. Essentials of healthy eating: a guide. *Journal of midwifery & women's health*, Nov-Dec 2010, 55(6), 492–501. ISSN 1542-2011 1526-9523.
143. LARA, Diogo R. Caffeine, mental health, and psychiatric disorders. *J Alzheimers Dis*, 2010, 20 Suppl 1, S239-248. ISSN 1387-2877.
144. JEE, Hye Jin, et al. Effect of Caffeine Consumption on the Risk for Neurological and Psychiatric Disorders: Sex Differences in Human. *Nutrients*, Oct 9 2020, 12(10). ISSN 2072-6643.
145. WINSTON, Anthony P. Neuropsychiatric effects of caffeine. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11/01 2005, 11, 432–439.

146. TAYLOR, David, PATON, Carol a KAPUR, Shitij. Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry – 11th Edition 2012.
147. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Příručka jazyka zotavení*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/38545/Prirucka_jazykazotaveni.pdf.
148. MITTAL, Vijay A., et al. Ethical, Legal, and Clinical Considerations when Disclosing a High-Risk Syndrome for Psychosis. *Bioethics*, Oct 2015, 29(8), 543–556. ISSN 0269-9702.
149. LINK, Bruce G., MIROTNÍK, J. a CULLEN, F. T. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *J Health Soc Behav*, Sep 1991, 32(3), 302–320. ISSN 0022-1465 (Print) 0022-1465.
150. PINQUART, Martin a SÖRENSEN, Silvia. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 2003, 18(2), 250. ISSN 1939-1498.
151. CHRISTAKIS, Nicholas A. a ALLISON, Paul D. Mortality after the hospitalization of a spouse. *New England Journal of Medicine*, 2006, 354(7), 719–730. ISSN 0028-4793.
152. KRUPCHANKA, Dzmitry, et al. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine*, 2018, 212, 129–135. ISSN 0277-9536.
153. WINKLER, Petr, et al. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *Eur Psychiatry*, Sep 2015, 30(6), 801–806. ISSN 1778-3585 (Electronic) 0924-9338 (Linking).
154. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Psychosis and Schizophrenia in Adults. Quality Standard 2015.
155. INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION WRITING GROUP. International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 2005, 187(S48), 120–124. ISSN 0007-1250.
156. DUCKWORTH, Kenneth a HALPERN, Lisa. Peer support and peer-led family support for persons living with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 2014, 27(3), 216–221. ISSN 0951-7367.
157. LUCKSTED, Alicia, et al. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of marital and family therapy*, 2012, 38(1), 101–121. ISSN 0194-472X.
158. JEWELL, Thomas C., DOWNING, Donna a MCFARLANE, William R. Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia. *Journal of clinical psychology*, 2009, 65(8), 868–878. ISSN 0021-9762.
159. MCFARLANE, William R., et al. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 2003, 29(2), 223–245. ISSN 0194-472X.

160. MONTERO, Isabel, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia bulletin*, 2001, 27(4), 661–670. ISSN 1745-1701.
161. RESNICK, Sandra G., ROSENHECK, Robert A. a LEHMAN, Anthony F. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 2004, 55(5), 540–547. ISSN 1075-2730.
162. CUIJPERS, Pim. The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of mental health*, 1999, 8(3), 275–285. ISSN 0963-8237.
163. SIN, Jacqueline a NORMAN, Ian. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 2013, 74(12), 1145–1162. ISSN 0160-6689.
164. BROWNE, Julia, et al. Implementation case study: Multifamily group intervention in first-episode psychosis programs. *Early intervention in psychiatry*, 2020. ISSN 1751-7885.
165. ROSSBERG, Jan Ivar, et al. Are multi family groups appropriate for patients with first episode psychosis? A 5-year naturalistic follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010, 122(5), 384–394. ISSN 0001-690X.
166. HAAHR, Ulrik, et al. Patient satisfaction with treatment in first-episode psychosis. *Nordic journal of psychiatry*, 2012, 66(5), 329–335. ISSN 0803-9488.
167. MCFARLANE, William R. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process*, 2016, 55(3), 460–482. ISSN 0014-7370.
168. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Serious Mental Illness and Severe Emotional Disturbance. *Training Grid Outlining Best Practices for Recovery and Improved Outcomes for People with Serious Mental Illness*, 2004.
169. LEHMAN, Anthony F., et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia bulletin*, 2004, 30(2), 193–217. ISSN 1745-1701.
170. DRAPALSKI, Amy, LEITH, Jaclyn a DIXON, Lisa. Involving families in the care of persons with schizophrenia and other serious mental illnesses: History, evidence, and recommendations. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2009, 3(1), 39–49. ISSN 1935-1232.
171. MCFARLANE, William R. Family therapy in schizophrenia 1983. ISSN 0898620422.
172. MCFARLANE, William R. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders 2004. ISSN 1593850956.
173. MCDONELL, Michael G., et al. Multiple family group treatment of outpatients with schizophrenia: Impact on service utilization. *Family Process*, 2006, 45(3), 359–373. ISSN 0014-7370.

174. BURLAND, Joyce. NAMI family-to-family education program: A 12-week series of classes for families of individuals with mental illness. *National Alliance for the Mentally Ill, Colonial Place Three*, 1998, 2107, 22201-23042.
175. DIXON, Lisa, et al. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services*, 2001, 52(7), 965–967. ISSN 1075-2730.
176. BADEMLI, Kerime a CETINKAYA, Duman Z. Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review. *Turk Psikiatri Derg*, 2011, 22(4), 255–265.
177. SMITH, Melissa Edmondson, et al. Race-related differences in the experiences of family members of persons with mental illness participating in the NAMI Family to Family Education Program. *American journal of community psychology*, 2014, 54(3-4), 316–327. ISSN 0091-0562.
178. US DEPARTMENT OF HEALTH HUMAN SERVICES. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). *Partners for Change Outcome Management Systems (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project*, 2012.
179. MÜLLER, Anne D., et al. VIA Family – a family-based early intervention versus treatment as usual for familial high-risk children: a study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 2019, 20(1), 1–17. ISSN 1745-6215.
180. SANDERS, Matthew R. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical child and family psychology review*, 1999, 2(2), 71–90. ISSN 1573-2827.
181. SANDERS, Matthew R. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology*, 2008, 22(4), 506. ISSN 1939-1293.
182. BERGSTRÖM, Tomi, et al. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 09/01 2018, 270.
183. JAAKKO SEIKKULA, Tom Erik Arnkil. Otevřené dialogy 2013. ISSN 9788026043461.
184. LAMBERT, Martin, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 1. Rationale, treatment concept and results of the pre-study]. *Psychiatr Prax*, Jul 2014, 41(5), 257–265. ISSN 0303-4259.
185. KAROW, Anne, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax*, Jul 2014, 41(5), 266–273. ISSN 0303-4259.
186. FOKUS. Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora (IPS). 2014; Dostupné z: https://www.artmovement.cz/upload/Paraleln%C3%AD%20%C5%BEivoty/PUBLIKACE_PZ/Metodika%20IPS_2014.pdf.

187. MELAU, Marianne, ALBERT, Nikolai a NORDENTOFT, Merete. Development of a fidelity scale for Danish specialized early interventions service. *Early intervention in psychiatry*, 2019, 13(3), 568–573. ISSN 1751-7885.
188. MOWBRAY, Carol T., et al. Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American journal of evaluation*, 2003, 24(3), 315–340. ISSN 1098-2140.
189. KILLACKEY, Eoin. F253. A FIDELITY TOOL FOR THE AUSTRALIAN EARLY PSYCHOSIS SYSTEM. *Schizophrenia bulletin*, 2018, 44(Suppl 1), S321.
190. HUGHES, Frank, et al. At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities. *Australasian Psychiatry*, 2014, 22(3), 228–234. ISSN 1039-8562.
191. ADDINGTON, Donald, et al. Development and testing of the first-episode psychosis services fidelity scale. *Psychiatric Services*, 2016, 67(9), 1023–1025. ISSN 1075-2730.
192. ADDINGTON, Donald, et al. Fidelity scales and performance measures to support implementation and quality assurance for first episode psychosis services. *Early intervention in psychiatry*, 2018, 12(6), 1235–1242. ISSN 1751-7885.
193. ADDINGTON, Donald, et al. Reliability and Feasibility of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale–Revised for Remote Assessment. *Psychiatric Services*, 2020, 71(12), 1245–1251. ISSN 1075-2730.
194. MOHR, Pavel, et al. Value of schizophrenia treatment I: The patient journey. *European Psychiatry*, 2018, 53, 107–115. ISSN 0924-9338.
195. CSILLAG, Claudio, et al. Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early intervention in psychiatry*, 2018, 12(4), 757–764. ISSN 1751-7885.
196. FUSAR-POLI, Paolo. Extending the benefits of indicated prevention to improve outcomes of first-episode psychosis. *JAMA psychiatry*, 2017, 74(7), 667–668. ISSN 2168-622X.
197. JOA, Inge, et al. Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. *BMC psychiatry*, 2015, 15(1), 1–9. ISSN 1471-244X.
198. MARIC, Nadja P., et al. Implementation of early detection and intervention services for psychosis in Central and Eastern Europe: Current status. *Early intervention in psychiatry*, 2019, 13(5), 1283–1288. ISSN 1751-7885.
199. CSILLAG, Claudio, et al. Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early intervention in psychiatry*, 2016, 10(6), 540–546. ISSN 1751-7885.
200. MCGORRY, Patrick D., RATHEESH, Aswin a O'DONOGHUE, Brian. Early Intervention – An implementation challenge for 21st century mental health care. *JAMA psychiatry*, 2018, 75(6), 545–546. ISSN 2168-622X.

201. COCCHI, Angelo, et al. Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi. *Early intervention in psychiatry*, 2018, 12(1), 37–44. ISSN 1751-7885.
202. BAUMANN, Philipp Sebastian, et al. Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early intervention in psychiatry*, 2013, 7(3), 322–328. ISSN 1751-7885.
203. LESTER, Helen, et al. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *The British Journal of Psychiatry*, 2009, 194(5), 446–450. ISSN 0007-1250.
204. ANDREW, Alison, et al. Effective interventions in schizophrenia: the economic case 2012.
205. VALMAGGIA, LR, et al. Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychological medicine*, 2009, 39(10), 1617. ISSN 0033-2917.
206. MIHALOPOULOS, Cathrine, et al. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophrenia bulletin*, 2009, 35(5), 909–918. ISSN 1745-1701.
207. RADHAKRISHNAN, Muralikrishnan, et al. Cost-effectiveness of early intervention services for psychosis and fidelity to national policy implementation guidance. *Early Interv Psychiatry*, Aug 2018, 12(4), 747–756. ISSN 1751-7885.
208. MCCRONE, Paul, KNAPP, Martin a DHANASIRI, S. Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Interv Psychiatry*, Nov 2009, 3(4), 266–273. ISSN 1751-7885.
209. BERTELSEN, Mette, et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of general psychiatry*, 2008, 65(7), 762–771. ISSN 0003-990X.
210. CAMPION, Jonathan a KNAPP, Martin. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *The Lancet Psychiatry*, 2018, 5(2), 103–105. ISSN 2215-0366.
211. CORRELL, Christoph U, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA psychiatry*, 2018, 75(6), 555–565. ISSN 2168-622X.
212. ACEITUNO, David, et al. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2019, 215(1), 388–394. ISSN 0007-1250.
213. WINKLER, Petr, et al. Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 2018, 53, 116–122. ISSN 0924-9338.

214. MCGORRY, Patrick D, et al. Beyond the „at risk mental state“ concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, Jun 2018, 17(2), 133–142. ISSN 1723-8617 (Print) 1723-8617.
215. EDWARDS, Jane a MCGORRY, Patrick D. Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services 2002.
216. NEPANIKAR. *Nepanikař – První pomoc při psychických potížích [mobilní aplikace]*. Dostupné z: <https://nepanikař.eu/> [staženo 23. 9. 2021]. 2021.
217. TERP, Malene, et al. A smartphone app to foster power in the everyday management of living with schizophrenia: qualitative analysis of young adults' perspectives. *JMIR mental health*, 2018, 5(4), e10157.
218. PETERSEN, Lone, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 2005, 331(7517), 602. ISSN 0959-8138.
219. MELLE, Ingrid, et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163(5), 800–804. ISSN 0002-953X.
220. BELLO, Iruma, et al. *Primary Clinician's Manual*. 2015; Dostupné z: https://ontracknyc.org/portals/1/Files/Resources/PrimaryClinicianManual_2015.03.25_Final.pdf.
221. OPUS TRIAL. Treatment Plan 29. 04. 2021 2021.
222. COUNCILS, Luton Borough. *Trust-wide Care Programme Approach (CPA)*. East London NHS Foundation Trust 2018; Dostupné z: https://www.elft.nhs.uk/sites/default/files/2022-01/da3733a_appendix.pdf.
223. CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ CHOMUTOV. Osobní profil 2021.
224. RIECHER-RÖSSLER, Anita. Risk Checklist for Psychoses 2007.
225. ADDINGTON, Donald. The First Episode Psychosis Services Fidelity Scale 1.0: Review and Update. *Schizophrenia Bulletin Open*, 03/27 2021, 2.
226. CATON, Carol L.M., et al. Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190, 105–111.

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

ASSIST.....	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ARMS.....	V riziku rozvoje psychózy (At Risk Mental State)
BDI-II.....	Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé
BIP.....	Basel interview for psychosis
BLIPS.....	Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms
BSIP.....	Basel Screening Instrument for Psychosis
CAARMS.....	The Comprehensive Assessment of At Risk Mental States
CDZ.....	Centrum duševního zdraví
CKI.....	Centrum krizové intervence
COGDIS.....	The Cognitive Disturbances Scale
COPER.....	The Cognitive-Perceptive basic symptoms Scale
CTQ.....	Childhood Trauma Questionnaire
CTR.....	Click-through rate
DALY.....	Disability-Adjusted Life Years (zkrácená léta života v důsledku nemoci)
DUP.....	Doba neléčené psychózy (Duration of Untreated Psychosis)
ECT.....	Elektrokonvulzivní terapie
ED.....	Včasné detekce (Early Detection)
EEG.....	Elektroencefalografie
EI.....	Včasné intervence (Early Intervention)
EMIT.....	Model integrity nástrojů (Model Integrity Tool EMIT)
EPA.....	Evropská psychiatrická asociace (European Psychiatric Association)
EPPIC.....	Early Psychosis Prevention and Intervention Centre Model
F2.....	Diagnostický okruh psychózy: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (diagnóza podle MKN-10)
F3.....	Afektivní porucha (diagnóza podle MKN-10)
FEP.....	První epizoda psychózy (First-Episode Psychosis)
FEPS-FS-1.0.....	First Episode Psychosis Services Fidelity Scale

CHR	Klinicky vysoké riziko (Clinical High Risk)
IS	Informovaný souhlas
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MASQ	Mood and Anxiety Symptom Questionnaire
MERRPS	Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravot. problémů, 10. revize
MMN	Nesoulad negativity (Mismatch Negativity)
MRI	Magnetická rezonance (Magnetic Resonance Imaging)
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
OPUS	Program zaměřený na intenzivní včasnou intervenci v Dánsku (Intensive early-intervention program)
PANSS	The Positive and Negative Syndrome Scale
PET	Pozitronová emisní tomografie
PQ-B	Prodromal Questionnaire – brief version
RCTs	Randomizovaná kontrolovaná studie
SCID-5-PD	Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders
SIPS	The Structured Interview for Prodromal Syndromes
SOPS	Scale of Psychosis-Risk Symptoms
SPI-A	The Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version
SPI-CY	The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version
TIPS	Treatment and Intervention in Psychosis
UHR	Extrémně vysoké riziko (Ultra High Risk)
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR
VIZDOM	Včasné intervence u závažných duševních onemocnění
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1:

Diagnostické nástroje k posouzení ARMS a FEP 52

Tabulka 2:

Přehled nástrojů pro neurokognitivní testování 53

Tabulka 3:

Efektivní komponenty služeb včasné intervence 58

Tabulka 4:

Facilitující faktory a překážky zavádění služeb včasné intervence 116

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1:

Hypotetický časný průběh psychózy ve vztahu k primárním a sekundárním preventivním přístupům 13

Obrázek 2:

Typický průběh psychotického onemocnění a postpsychotické fáze 16

Obrázek 3:

Průběh jednání se zájemcem o službu v pilotním projektu 64

Obrázek 4:

Výživová pyramida 91

Obrázek 5:

Harmonogram mapování klienta v pilotním projektu 110

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1:

Přibrání na váze indukované antipsychotiky v první epizodě a při chronické psychotické poruše 88

Graf 2:

Porovnání průměrného věku úmrtí všeobecné populace a osob s diagnostikovanou schizofrenií 89

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1:

Individuální plán	145
-------------------------	-----

Příloha 2:

Krizový plán	148
--------------------	-----

Příloha 3:

Leták – schéma „Jak se cítíte?“	151
---------------------------------------	-----

Příloha 4:

Leták – schéma „Proces včasné intervence“	152
---	-----

Příloha 5:

Zhodnocení rizika psychózy	153
----------------------------------	-----

Příloha 6:

Ukázka FEPS–FS–1.0	155
--------------------------	-----

Příloha 7:

Evidenční systém pro interní vykazování	157
---	-----

Příloha 8:

Leták – Psychické potíže – Včasná pomoc	159
---	-----

PŘÍLOHA 1: INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Jméno:	
Člen týmu zodpovědný za individuální plán klienta:	
Datum vzniku plánu:	
Zapojení rodiny do přípravy individuálního plánu (zakroužkovat vhodnou možnost)	ANO / NE
Psychiatrické diagnózy včetně příznaků:	
Somatické diagnózy včetně příznaků:	
Krátkodobé cíle Jaké jsou mé krátkodobé cíle, které bych chtěl naplnit během příštích 3 měsíců ? Zaškrtnout relevantní oblasti:	
☐ Duševní zdraví/osobní pohoda (<i>well-being</i>) (např. věnovat se technikám, které mi pomohou zvládat stres)	
☐ Volnočasové aktivity [např. aktivity, kterým bych se chtěl (opět) věnovat]	
☐ Vzdělání (např. jaké školení/kurzy bych chtěl začít studovat)	
☐ Zaměstnání (např. jaké zaměstnání bych chtěl vykonávat)	
☐ Vztahy s ostatními (např. jak bych chtěl zlepšit své vztahy s ostatními)	

Popis dle zaškrtnutých oblastí:
Jaké překážky mohou nastat v naplnění mých stanovených krátkodobých cílů a jakým způsobem bude možné tyto překážky překonat?
Dlouhodobé cíle Jaké jsou mé dlouhodobé cíle, které bych chtěl naplnit během příštího 1 roku? Zaškrtnout relevantní oblasti:
☐ Duševní zdraví/osobní pohoda (<i>well-being</i>) (např. věnovat se technikám, které mi pomohou zvládat stres)
☐ Volnočasové aktivity [např. aktivity, kterým bych se chtěl (opět) věnovat]
☐ Vzdělání (např. jaké školení/kurzy bych chtěl začít studovat)
☐ Zaměstnání (např. jaké zaměstnání bych chtěl vykonávat)
☐ Vztahy s ostatními (např. jak bych chtěl zlepšit své vztahy s ostatními)
Popis dle zaškrtnutých oblastí:

Jaké překážky mohou nastat v naplnění mých stanovených dlouhodobých cílů a jakým způsobem bude možné tyto překážky překonat?		
Vyhodnocení spokojenosti klienta s léčbou		
Druhy léčby	Spokojenost klienta s léčbou (zakroužkovat vhodnou možnost)	Poznámky / návrhy na změny
Farmakologická léčba	ANO/NE/Nepobírám	
Psychoterapie	ANO/NE/Nepobírám	
Sociální intervence	ANO/NE/Nepobírám	
Životní styl	ANO/NE/Nepobírám	
Potvrzení klienta s individuálním plánem (zaškrtně klient):	Souhlasím/Nesouhlasím	
Termín následujícího hodnocení (průběžné hodnocení plnění cílů):		
Datum:		
Podpis klienta:		
Jméno a podpis pracovníka služby:		

Tento individuální plán byl vytvořen na základě existujících individuálních plánů z následujících služeb: [220; 221].

PŘÍLOHA 2: KRIZOVÝ PLÁN

Jméno	
Adresa	
Telefon	
Datum narození	
Rodné číslo	
Jaké jsou spouštěče krize (situace přispívají k výskytu krize)? <i>(např. stres, hádka s blízkou osobou, dlouhodobá samota?)</i>	
Jak se u mě projevují varovné signály, které předcházejí samotnému stavu krize? <i>(např. problémy s koncentrací, podrážděnost, problémy se vstáváním?)</i>	
Co mi pomáhá se rozptýlit a zvládat situaci, kdy se u mě projeví varovné příznaky? <i>(např. promluvit si s někým blízkým, procházka v přírodě, konzultace s psychiatrem/psychologem?)</i>	
1.	
2.	
3.	
Jak mi může pomoci rodina v situaci, kdy se u mě projeví varovné příznaky? <i>(např. vyjádření podpory, kontaktování týmu včasné intervence, pomoc s denními úkoly? Specifikujte kdo.)</i>	
1.	
2.	
3.	

Jak mi může pomoci tým včasné intervence v situaci, kdy se u mě projeví varovné příznaky? <i>(např. zajistí mi konzultaci u psychiatra, pomůže vysvětlit situaci ve škole/v práci/doma?)</i>	
1.	
2.	
3.	
Jak se u mě krize projevuje? <i>(např. zvýšený zájem o ezoteriku, ztráta energie, nechutenství?)</i>	
Jak by se ke mně mělo okolí chovat v případě propuknutí krize? <i>(např. koho kontaktovat, jak se mnou komunikovat?)</i>	
Kontakty	
Kontakt na blízkou osobu v případě propuknutí krize	
Jméno:	
Jaký má tato osoba ke mně vztah?	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	
Kontakt na ambulantního psychiatra	
Jméno:	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	

Kontakt na praktického lékaře	
Jméno:	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	
Kontakt na ostatní mnou využívané služby	
Jméno (sociální pracovník / psychiatrická sestra):	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	
Jaké mám příznaky/způsob chování, když se (již) nenacházím v krizi?	

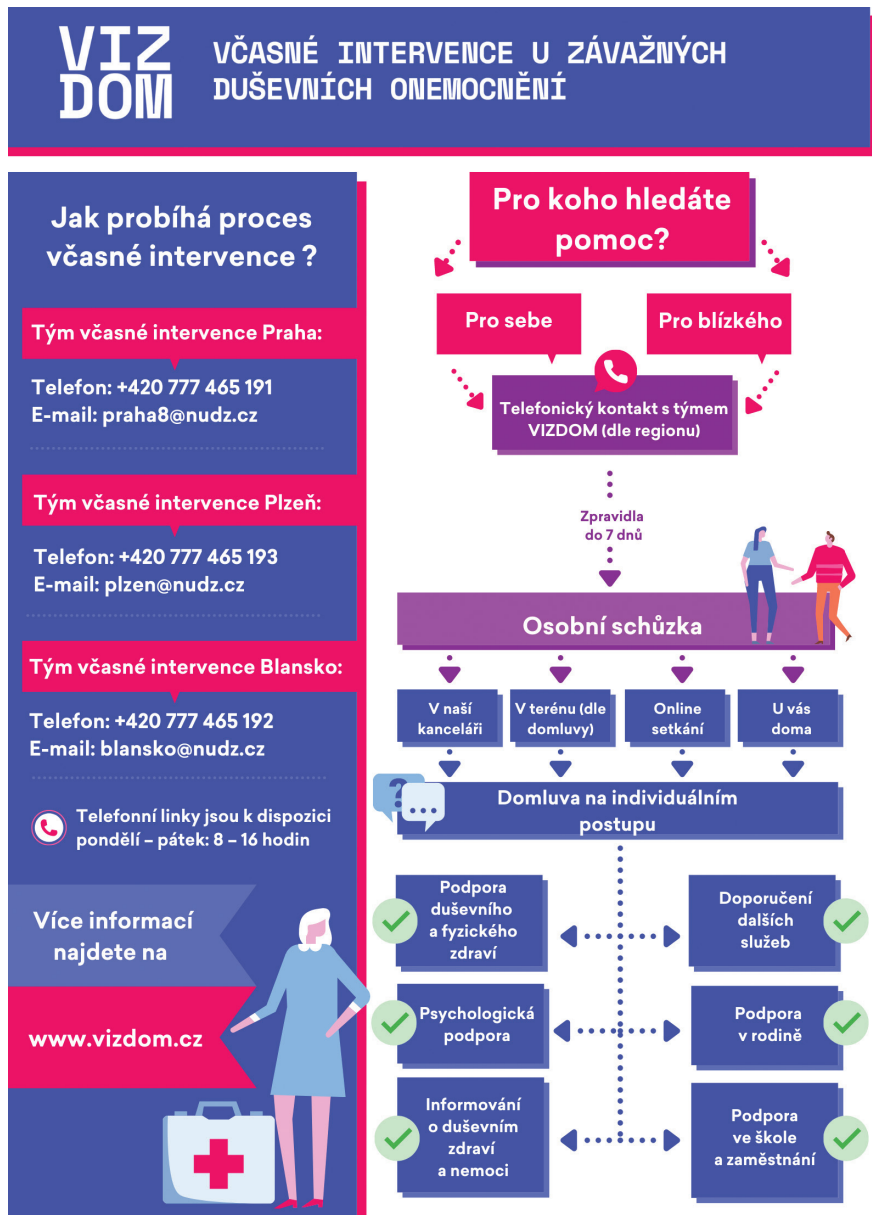
Tento individuální plán byl vytvořen na základě existujících individuálních plánů z následujících služeb: [220; 221].

PŘÍLOHA 3: LETÁK – SCHÉMA „JAK SE CÍTÍTE?“



Zdroj: vlastní zpracování projektu VIZDOM

PŘÍLOHA 4: LETÁK – SCHÉMA „PROCES VČASNÉ INTERVENCE“



Zdroj: vlastní zpracování projektu VIZDOM

PŘÍLOHA 5: ZHODNOCENÍ RIZIKA PSYCHÓZY

ZHODNOCENÍ RIZIKA PSYCHÓZY
<i>Screeningový nástroj pro praktické lékaře</i>
Když se u mladého člověka vyskytnou trvalé změny v povaze nebo výkonnosti, měla by se vždy zvážit možnost, že se jedná o rozvíjející se psychózu. Věnujte prosím pozornost následujícím možným časným příznakům a rizikovým faktorům, zejména pokud se objevily nově v posledních letech.
A – RANÉ PŘÍZNAKY
ZMĚNY POVAHY ✓ neklid, nervozita, vznětlivost ✓ zvýšená citlivost, přecitlivělost, podrážděnost ✓ poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu ✓ zanedbávání sebe sama ✓ náhlá ztráta zájmu, iniciativy, energie, vůle
ZMĚNY EMOCÍ ✓ deprese, oploštělé emoce nebo silné výkyvy nálad ✓ obavy; především strach, že člověku někdo ublíží nebo ho ohrozí ✓ změny ve výkonnosti ✓ nízká odolnost, především ve stresu ✓ poruchy soustředění, zvýšená roztržitost ✓ nápadný pokles ve výkonnosti
ZMĚNY V SOCIÁLNÍ OBLASTI ✓ podezíravost ✓ sociální stažení, izolace ✓ problémy ve vztazích
ZMĚNY V ZÁJMECH ✓ náhlé neobvyklé zájmy, např. náboženství, magie, ezoterika, nadpřirozené ✓ fenomény apod.

ZMĚNY VE VNÍMÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ

- ✓ podivné představy, neobvyklé prožitky
- ✓ neobvyklé vjemy (např. změny nebo zesílení zvuků a barev; pocit, že se proměnil jedinec sám nebo prostředí)
- ✓ představy o vlastní významnosti (vztahovačnost); pocit, že člověka někdo sleduje
- ✓ pocity ovlivňování (pocit, že někdo může mít přístup k myšlenkám člověka, může člověka kontrolovat, řídit)
- ✓ neobvyklé zvukové nebo zrakové vjemy (kdy nikdo/nic není přítomné)

B – ZLOM V ŽIVOTĚ

- ✓ nápadné zhoršení ve výkonnosti a fungování, potíže v zaměstnání, škole atd.
- ✓ zhoršení v pracovní oblasti, ztráta zaměstnání nebo vyloučení ze školy
- ✓ nápadné zhoršení ve vztahových schopnostech (v partnerském vztahu, v rodině, v zaměstnání)

C – DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V RODINĚ

- ✓ psychóza nebo podezření na psychózu v rodině / u příbuzných
- ✓ duševní onemocnění v rodině (matka, otec nebo sourozenci)

D – DROGY

- ✓ pravidelné užívání drog (alkohol, kanabinoidy, kokain, opioidy, amfetaminy apod.)

E – VĚK

- ✓ je člověk mladší než 30 let (pozdější počátek je také možný)?

Tento screeningový nástroj pro praktické lékaře byl přeložen B. Farkačem roce 2019 na základě existujícího screeningového nástroje pro zhodnocení rizika psychózy [224].

PŘÍLOHA 6: UKÁZKA FEPS-FS-1.0

KOMPONENT	HODNOCENÍ				
	1	2	3	4	5
1. VEDOUcí TÝMU SLUŽEB Vedoucí týmu je zodpovědný za administrativní dohled a supervize (klinického vedení), rovněž poskytuje přímé klinické služby. Administrativní a supervizní role může být dělena mezi dvě osoby. <i>(Zdroj dat: rozhovor s vedoucím týmu)</i>	Vedoucí týmu poskytuje pouze administrativní dohled.	Vedoucí týmu poskytuje administrativní dohled. Zajišťuje klinickou supervizi ostatním.	Vedoucí týmu poskytuje administrativní dohled a klinickou supervizi některým pracovníkům.	Vedoucí týmu poskytuje administrativní dohled a klinickou supervizi všem pracovníkům.	Vedoucí týmu poskytuje administrativní dohled, klinickou supervizi a přímou klinickou službu.
2. POMĚR POČTU KLIENTŮ NA POSKYTOVATELE PÉČE Cílový poměr aktivních klientů na poskytovatele (tj. členové týmu) je 20:1. Nezapočítávejte čas vedoucího týmu strávený administrativou nebo psychiatra/osobu předepisující medikaci. <i>(Zdroj dat: rozhovor s vedoucím týmu; metodika programu).</i>	51+ KLIENTŮ na poskytovatele na plném úvazku.	41–50 KLIENTŮ na poskytovatele na plném úvazku.	31–40 KLIENTŮ na poskytovatele na plném úvazku.	21–30 KLIENTŮ na poskytovatele na plném úvazku.	20 NEBO MÉNĚ KLIENTŮ na poskytovatele na plném úvazku.

3. SLUŽBY POSKYTOVANÉ TÝMEM Kvalifikovaní odborníci poskytují služby, které zahrnují následující: 1. Případové vedení (case management) / koordinaci péče 2. Zdravotnické služby 3. Psychoterapie 4. Zvládání užívání návykových látek 5. Podporované zaměstnávání 6. Rodinná edukace / podpora 7. Psychoedukace klienta 8. Farmakoterapie (Zdroj dat: vedoucí týmu, všechny rozhovory)	Tým poskytuje čtyři nebo méně z uvedených položek.	Tým poskytuje pět položek včetně případového vedení (case managementu) / koordinace péče.	Tým poskytuje šest položek včetně případového vedení (case managementu) / koordinace péče.	Tým poskytuje sedm položek včetně případového vedení (case managementu) / koordinace péče.	Tým poskytuje všechny položky.
--	---	--	---	---	---------------------------------------

Tato ukázka fidelity je převzatá z Fidelity Scale (FEPS–FS 1.0) [225].

PŘÍLOHA 7: EVIDENČNÍ SYSTÉM PRO INTERNÍ VYKAZOVÁNÍ

Regionální týmy v projektu VIZDOM evidovaly poskytnuté intervence, a to pomocí evidenčního systému Highlander. Tento systém provozuje Fokus Vysočina se sídlem v Havlíčkově Brodě. Byly rozlišeny celkem tři úrovně aktivit ED a EI: klient, rodina a detekce. V následujících podkapitolách je hlouběji rozebráno, co a v jaké podobě týmy zaznamenávaly.

Zaznamenávání do evidenčního systému rozlišuje čtyři oblasti: klient, anonymní klient, klient s informovaným souhlasem (IS) a rodinní příslušníci a blízcí. Dále byly zaznamenávány do interního vykazování detekční opatření a služby.

KLIENT

Klientem je každá osoba, která čerpá podporu ED a EI týmu. Také je nutné zaznamenávat všechny poskytnuté intervence klientům i jejich rodinným příslušníkům.

Do zadávací dokumentace se dále vkládají informace:

- ✓ „**kontakt od**“
= první telefonát, e-mail, setkání s klientem (či zájemcem o službu),
- ✓ „**spolupráce od**“
= podepsání informovaného souhlasu,
- ✓ „**ukončení smlouvy**“
= domluva na ukončení podpory, domluva na předání do jiné služby, zrušení informovaného souhlasu ze strany klienta,
- ✓ „**ukončení kontaktu**“
= poslední kontakt s klientem.

ANONYMNÍ KLIENT

Při prvním kontaktu s klientem je třeba zajistit **anonymizaci údajů**, tj. zanést anonymní jméno klientovi. Výběr **unikátního jména** se generuje názvem „Anonym“ a přidanou hodnotou „1“, která přibývá s rostoucím počtem osob, například „Anonym 1“, „Anonym 2“ atd. Další možnou anonymizací osob je přiřazení jejich křestního jména, například „Anonym Marie“. Dále do evidenčního systému zadáváme **pohlaví, telefonní a e-mailový kontakt, zdroj klienta** do služby, **klíčového pracovníka, primární pracoviště a okolnosti ukončení služby** (vyplňuje se při odchodu).

KLIENT S IS
Při podepsání informovaného souhlasu je třeba zajistit tyto informace o klientovi: jméno a příjmení klienta, datum narození, pohlaví, bydliště (stačí, zdali odpovídá spádová oblast), telefonní a e-mailový kontakt, cílová skupina („Diagnóza“), datum přechodu do psychózy, zdroj klienta do služby, klíčový pracovník, primární pracoviště a okolnosti ukončení služby (vyplňuje se při odchodu).
RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI A BLÍZCÍ
Rodinné příslušníky a blízké je nutné uvádět samostatně, v jejich kartě klienta je nutné zaškrtnout v políčku „ Primární pracoviště “ jako „rodina“. Je nutné zaznamenávat všechny intervence, kde jsou přítomní blízcí klienta. Dále pro jednotnost v názvech rodinných příslušníků je nedílnou součástí identifikace. Preferuje se přidání informace k názvu: rodina / matka / otec / otčím / macecha / manžel / manželka / teta / strýc / kamarád / kamarádka / majitel bytu / atd. Například „Anonym 63 – matka“, „Anonym Marie – manžel“ atd.
DETEKČNÍ OPATŘENÍ
Do detekčních opatření jsou zahrnuty organizace, které mají potenciál přispět k včasné detekci osob v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění, např. školy, lékaři různých odborností, městské úřady a jiné. Do evidenčního systému jsou zadány samostatně. V jejich kartě klienta mají „ Primární pracoviště “ jako detekce . Detekčním kontaktem je konkrétní organizace, např. Gymnázium Boskovice, CDZ Praha 8, Sociální odbor magistrátu města Plzně.
V soukromých ordinacích (psychiatrii a praktičtí lékaři) je detekčním kontaktem přímo daný lékař. Například MUDr. Radek Novák, MUDr. Gertruda Nováková. Je nutné zaznamenávat všechny intervence, kterých se zúčastnily organizace či soukromé ordinace, a je nutné zaznamenávat dobu intervence, dobu cesty i formu (online x osobní setkání).
VYKAZOVANÉ SLUŽBY
V záložce služby (= intervence) je možné přidat novou službu jak s klienty, rodinnými příslušníky, tak i detekčními zařízeními. V evidenčním systému v „kartě služby“ je uvedeno několik položek, které je nutné vyplnit u klientů s informovaným souhlasem, anonymních klientů nebo rodinných příslušníků. Mezi něž patří: datum intervence, doba trvání, cesta za klientem (v případě dojezdu za klientem), pracoviště, klient, pracovník, místo intervence (pracoviště týmu / online / terén), způsob intervence (osobně / v zájmu klienta), (klient / rodina / detekce) a popis služby a kategorie služby .

Zdroj: vlastní zpracování projektu VIZDOM

PŘÍLOHA 8: LETÁK – PSYCHICKÉ POTÍŽE – VČASNÁ POMOC



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NUDZ
Národní ústředna
důležitéch volání

Psychické potíže - Včasná pomoc

Tým včasné intervence Praha 8

Telefon: +420 777 465 191

E-mail: praha8@nudz.cz

Web: www.vizdom.cz

Tým včasných intervencí je dostupný:

- na telefonu v pondělí – pátek 8 – 16 hodin
- po domluvě na osobní schůzce v čase a místě dle vašeho výběru (na Praze 8)
- bez předchozí domluvy každý pátek v 10 – 12 hodin na adrese: CDŽB, Dolákova 24, Praha 8
- bezplatně



Zní vám něco z toho povědomě?
Tým včasné intervence může účinně pomoci.

Čím dříve, tím lépe!



„Tým včasné intervence mě naučil, jak přijmout své psychické obtíže, místo toho, abych se svých obtíží bála.“

Angela, klientka týmu včasné intervence, Kanada



„Hodně důležité je dostat se k člověku s psychologickými obtížemi rychle a věřit, že se to může zlepšit, mít naději.“

Jiří Š., odborník na pomoc při psychologických obtížích, Česko

Včasnou pomoc u psychologických obtíží může poskytnout specializovaný tým odborníků, zvaný „tým včasné intervence“. Taková pomoc podle výzkumů vede k:

- Menšímu výskytu a závažnosti příznaků
- Lepšímu fungování v různých oblastech života (ve vztazích, v zaměstnání, ve škole)
- Celkovému zvýšení kvality života



Včasná pomoc je účinná.

O jaké psychologické obtíže se může jednat?

Lidé se mohou někdy potýkat s nejrůznějšími psychologickými obtížemi. Mezi časté příznaky patří:

- Problémy se soustředěním
- Problémy se spánkem
- Problémy v každodenním fungování (například ve škole, v práci)
- Problémy ve vztazích, izolovanost
- Změny nálad
- Podezřivost
- Slyšení hlasů
- Pocit, že je člověk sledovaný

Tyto příznaky mohou být projevem toho, čemu odborníci říkají psychóza. Více než pojmenování je však důležitější to, nakolik tyto příznaky způsobují problémy v každodenním životě.

S výše zmíněnými psychologickými obtížemi se někdy v životě potýkají **4 lidé ze 100**, nejde tedy o nic neobvyklého.

Více než polovina lidí se z těchto příznaků zotaví.

Otestujte se anonymně online:
www.vizdom.cz/otestujtese



Kdo tvoří tým včasné intervence?

Tým včasné intervence je vyškolený tým odborníků v různých oblastech péče o duševní zdraví. Tým se specializuje na včasnou pomoc a podporu lidem se začínajícími psychologickými obtížemi.

V čem může tým včasné intervence pomoci?

Tým včasné intervence vás může podpořit například v těchto oblastech:

- Překonávání psychologických obtíží
- Porozumění příznakům
- Každodenní život (jako je nakupování, doprovod na úřady)
- Zvládání obtíží ve škole
- Hledání či udržení zaměstnání
- Pomoc celé rodině
- Komunikace s praktickým lékařem, odbornými lékaři, atd.
- Zprostředkování kontaktu na další služby – v případě potřeby a po vzájemné domluvě

Tým včasné intervence je tu pro vás.



Jak probíhá kontakt s týmem včasné intervence?

Pokud tým kontaktujete kvůli vlastním potížím:

Tým se v telefonickém rozhovoru (případně v e-mailové komunikaci) doptá blíže na vaše obtíže.



Tým si s vámi domluví schůzku na místě, které vám bude vyhovovat (u vás doma, v kavárně, v sídle týmu...). V ideálním případě proběhne schůzka do 7 dní.



Tým se s vámi dále setkává podle plánu, na kterém se společně domluvíte.



Pokud tým kontaktujete kvůli svému blízkému/pacientovi/studentovi:

Tým se v telefonickém rozhovoru doptá blíže na obtíže vašeho blízkého/studenta/pacienta a prozkoumá s vámi možnosti, jak domluvit schůzku s ním/ni a s vámi.



V ideálním případě proběhne schůzka do 7 dní, na místě dle vašeho výběru (například u vás doma, v kavárně, v sídle týmu...).



Na schůzce se společně domluví plán, podle kterého budou probíhat další schůzky.



Čím dříve, tím lépe!

REALIZAČNÍ TÝM PROJEKTU

Odborný tým

Garant:

PhDr. Petr Winkler, Ph.D.

Metodik:

Mgr. Pavel Říčan

Odborný koordinátor:

Mgr. Lucie Kondrátová

Specialista VIZDOM / Interní evaluátor:

Mgr. Bc. Ondřej Krupčík

Specialista VIZDOM (abecedně):

MUDr. Matěj Kučera

RNDr. Marie Kuklová

Mgr. Karolína Mladá

Hana Tomášková, M.Sc.

Česká expertní platforma

MUDr. Michal Goetz, Ph.D.

MUDr. Petr Hejzlar

MUDr. Jan Stuchlík

Mgr. Jiří Šupa, Ph.D.

BcA. Jan Tyl

MUDr. Veronika Zagatová

Mgr. et Mgr. Drahomíra Franzová

MUDr. Miroslav Pastucha

BcA. Tereza Vašků

Zahraniční expertní platforma

Prof. Anita Riecher-Rössler

Prof. Merete Nordentoft

Dr. Robert Leon Jørgensen

Dr. Olivier Andlauer

PODĚKOVÁNÍ (ABECEDNĚ):

RNDr. Irena Borgulová, Ph.D., Karolína Dominguez,
PhDr. Monika Dvořáková, Mgr. Bronislav Farkač, Bc. František Forbelský,
Ivan Chvalovský, MSc., Petra Juránková, BBA, PhDr. Milan Kinkor,
Daniela Komárková, Ing. Karla Komárková, MUDr. Jonáš Kolibík,
Mgr. Radim Koníček, Mgr. Michael Kostka, MUDr. Petr Lejčko,
Mgr. Terézia Matisková (Dlhošová), Mgr. David Navrátil, Mgr. Petr Nečina,
MUDr. Juraj Okaji, Mgr. Jana Poláčková, MUDr. Petr Příhoda,
Mgr. Anežka Pučelíková (Fialková), Mgr. Marek Rubricius,
Mgr. Iva Stoklasová, Mgr. et Mgr. Karel Straka, Mgr. Pavla Šelepová,
Lucie Tesařová, DiS, Adéla Trochtová, Viktorie Vasiljeva,
Mgr. Lucie Vojtková, Bc. Pavla Zárybnická, Ing. Martina Zavadilová,
Mgr. Naďa Zmeková



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NU^DZ
NÁRODNÍ ÚSTAV
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

ISBN 978-80-87142-48-6