

# Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech

MUDr. Zuzana Foitová  
MUDr. Petr Hejzlar  
Mgr. Lucie Kondrátová  
MUDr. Jan Lorenc  
Bc. Vendula Machů  
MUDr. Miroslav Pastucha  
Mgr. Pavel Říčan  
Mgr. Jiří Šupa, PhD.



CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ  
CENTRE FOR MENTAL HEALTH CARE DEVELOPMENT



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

## **Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech**

Kolektiv autorů (abecedně):

MUDr. Zuzana Foitová, MUDr. Petr Hejzlar, Mgr. Lucie Kondrátová, MUDr. Jan Lorenc, Bc. Vendula Machů, MUDr. Miroslav Pastucha, Mgr. Pavel Říčan, Mgr. Jiří Šupa, PhD.

Rešerše zahraničních modelů:

Národní ústav duševního zdraví

Odborná korektura:

MUDr. Ondřej Pěč, PhD., MUDr. Jan Stuchlík

Odborná redakce:

MUDr. Jan Lorenc – odborná redakce

Konzultace:

MUDr. Petr Příhoda, Mgr. Michael Kostka, MUDr. Jan Beneš

Jazyková korektura:

Mgr. Martina Vavřínková

## Předmluva

Tato metodika vznikala v roce 2016. Do její tvorby se zapojili naši přední odborníci se zkušenostmi z terénní, ambulantní i lůžkové péče o lidi s první epizodou psychózy. Významným příspěvkem bylo setkání s autory norského TIPS modelu na jaře 2016. Akademickou expertízu zajistil Národní ústav duševního zdraví. Členové týmu, kteří na textu spolupracovali, mají profesní zkušenosti z různých oborů – psychiatrie, psychologie, sociální práce, sociologie, vědy a výzkumu.

Naším cílem bylo zpracovat konzistentní materiál opřený o zahraniční studie i praxi z ČR. Věříme, že naše práce se stane cenným příspěvkem do odborné debaty o efektivní podpoře lidí s duševním onemocněním a zároveň bude inspirativní a návodná pro odborníky v první linii.

Děkujeme Ministerstvu zdravotnictví ČR za finanční podporu a Psychiatrické společnosti ČLS JEP za připomínky k tomuto materiálu i za její stanovisko.

Pavel Říčan

## Vyjádření Psychiatrické společnosti ČLS JEP

*Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech* je v souladu s Doporučenými postupy psychiatrické péče v aktuální verzi. Tuto metodiku doporučujeme jako jednu ze součástí pracovních postupů vznikajících center duševního zdraví.

# Obsah

<b>Předmluva</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>Vyjádření Psychiatrické společnosti ČLS JEP</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>1 Příběh, který mohl probíhat jinak.</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>2 Důležitost časných intervencí a současný kontext</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>3 Koncept časně intervence</b> . . . . .	<b>6</b>
3.1 Definice . . . . .	6
3.2 Principy . . . . .	6
3.3 Podpora poskytovaná v rámci časně intervence. . . . .	7
<b>4 Zahraniční zkušenosti – jaké postupy lze považovat za na důkazech založené?</b> . . . . .	<b>9</b>
4.1 TIPS . . . . .	9
4.2 OPUS . . . . .	10
4.3 Lambeth Early Onset (LEO) . . . . .	11
4.4 Open dialogue . . . . .	12
4.5 Zahraniční zkušenosti - shrnutí . . . . .	14
<b>5 Organizační rámec služby EI</b> . . . . .	<b>15</b>
5.1 Fungování služby v kontextu sítě dalších služeb a prostředí komunity . . . . .	15
5.2 Vnitřní uspořádání služby . . . . .	15
<b>6 Kompetence potřebné pro EI</b> . . . . .	<b>17</b>
6.1 Kompetence/zodpovědnost v týmu . . . . .	17
6.2 Vzdělávání členů EI týmů . . . . .	18
<b>7 Doporučené postupy EI</b> . . . . .	<b>20</b>
7.1 Specifika prvního kontaktu . . . . .	20
7.2 Jak je zapojováno nejbližší okolí a rodina . . . . .	23
7.3 Psychoedukace – jak a kdo ji poskytuje . . . . .	27
7.4 Farmakoterapie v rámci časně intervence . . . . .	30
7.5 Návazné služby. . . . .	32
7.6 Monitoring a hodnocení . . . . .	33
7.7 Řešení krizových situací v EI. . . . .	34
<b>8 Použitá literatura</b> . . . . .	<b>38</b>

# 1 Příběh, který mohl probíhat jinak

Kazuistika: MUDr. Petr Hejzlar, komentář: MUDr. Jan Lorenc

## Jakub

Jakub je jednadvacetiletý student prvního ročníku právnické fakulty. Než se odstěhoval na studentskou kolej, bydlel s rodiči a mladší sestrou. Škola je náročná, nejde mu. Středoškolský premiant a sportovec zažívá první životní neúspěchy. Stydí se o nich s kýmkoliv mluvit. Ve druhém semestru přestává navštěvovat přednášky, přestává jezdit domů. Kouří marihuanu, ponocuje, zanedbává jídlo, leží v knihách s esoterickou tematikou.

*V životě dospívajícího nastávají krize, které mohou mít různou podobu. Stává se, že doposud vcelku hladký běh života se začíná zadržávat. V tomto případě zatím nevíme nic o vnitřní motivaci a okolnostech těchto změn v Jakubově životě. V každém případě je Jakubova krize zářmována odchodem od rodiny, několikaměsíčním životem na koleji a nároky samostatného života a studia bez rodinného zázemí. Zájem o spirituální témata, v tomto věku typický, může být výrazem jeho nouze při vyrovnávání se s neúspěchy. V jeho případě se kombinuje s užíváním kanabis, které může být také sebeléčebným pokusem či únikem od reálných problémů.*

Po dvou měsících nečekaně přijíždí k rodičům. Jsou zděšení, protože Jakub je silně zanedbaný, neholený, špinavý. Nepřivezl si ani osobní věci, nemá doklady, peníze. Odmítá se bavit o škole a praktických věcech vůbec. Vysvětluje rodičům, že prohlédl a je na duchovní cestě za svojí skutečnou identitou. Rodiče situaci nechávají čas, ale nápadnosti v chování a promluvách Jakuba se stupňují. Je stažený, nemluví, jindy zaníceně vysvětluje, jak ve skutečnosti funguje svět, a při pokusu odvést hovor k běžným tématům reaguje podrážděně.

*Náhly zlom v chování a jednání syna je pro rodiče jistě velkým šokem. Rodiče jsou často bezradní a jejich bezmoc pak způsobuje vychýlení zaběhnutého života rodiny. Často se oba rodiče liší v porozumění této situaci. Může dojít ke konfliktům mezi členy rodiny. Zároveň se musí všichni zúčastnění vyrovnávat s představou, že by mohlo jít o duševní poruchu. Celý rodinný systém se tak ocitá v krizi, která navozuje proces vyrovnání se s tímto faktem, a většinou trvá delší dobu, než si rodiče tuto možnost reálně připustí. Také obava ze stigmatizace syna i rodiny hraje významnou roli. Všechny tyto aspekty multidisciplinární tým reflektuje a umí s nimi pracovat.*

Matka v tom vidí psychospirituální krizi. Telefonuje s místním ambulantním psychiatrem. Mohl by přijít inkognito k nim domů a se synem si promluvit? Hlavně aby nebyl žádný lékařský záznam. Kdyby měl psychiatrickou nálepkou, určitě by nemohl pokračovat ve škole. Psychiatr Jakuba rád vyšetří ve své ordinaci. Přijít k němu domů odmítá, nepovažuje za etické někoho vyšetřovat, aniž by dotyčný věděl, že mluví s psychiatrem. Takový postup si matka nepřejí.

*Význam prvokontaktu s psychosociálními službami nelze podceňovat, jelikož determinuje postoj nejen rodičů, ale zprostředkovaně i syna k těmto službám. V tomto případě prvotně žádá o pomoc matka a její jednání je stále ještě ovlivněno zmíněnými motivy, které by služba měla brát v potaz. Vstřícný postoj služby v nouzi je na místě. Navíc komunitní služby by měly být připraveny zasáhnout v místě krize a věnovat se tomu, kdo o pomoc žádá. Matku i celou rodinu je třeba získat pro spolupráci. Mobilita služby a zaměření intervence na celou rodinu či blízké sníží práh vstupu do služby. V rámci časné intervence u psychóz jde o službu, která bude nejspíše probíhat dlouhodobě, a první kontakt předurčí postoje všech zúčastněných při budoucí spolupráci.*

Za dva týdny matka volá psychiatrovi znovu. Krize se prohlubuje, syn nespí, v noci křičí ve svém pokoji, skoro se nenají, naprosto nedbá na hygienu. Psychiatr se obává vážnější duševní poruchy, apeluje, aby rodina syna přesvědčila k návštěvě v ordinaci. Matka to chce promyslet, poradit se s manželem. Za dva dny volá do ambulance Jakubův otec. Je rozhořčený, syn doma rozbil zrcadlo, vyhodil nějaké věci z okna, nedá se usměrnit. Neměl by ho radši vykázat z bytu? Psychiatr doporučuje při opakování agrese vůči věcem nebo objevení se agrese vůči rodině volat policii a záchrannou službu.



*Při spolupráci se službami nejde jen o spolupráci stran potenciálního klienta/pacienta nebo rodiny, také systém péče musí být spolupracující. V tomto případě to předpokládá mobilitu a flexibilitu služeb, které konzervativní služby popsané v tomto příběhu nemohou poskytnout. Také implicitní a striktní vymezení služby, které předem definuje, kdo je klientem/pacientem, se v tomto případě stává překážkou pro přátelskou a nestigmatizující pomoc. Pokud služba naváže kontakt s rodinou a skrze ni si najde cestu ke klientovi/pacientovi, celý proces se odvíjí jinak než primárně restriktivním způsobem, protože vztahová dynamika nedospěje do extrémního vyhrocení.*

Další den záchranná služba za asistence policie přiváží Jakuba na psychiatrické oddělení v nedalekém okresním městě. Při hádce strčil do otce, který upadl. Mluví z cesty, působí zmateně. Jakub je při vyšetření negativistický, hospitalizaci odmítá. Lékař ve službě rozhoduje o přijetí proti vůli pacienta. Noc Jakub stráví chozením po chodbě oddělení. Ráno při pokusu o odběr krve se aktivně brání. Atletického Jakuba nakonec pacifikuje 5 členů personálu a dva přivolání policisté, dostává neklidovou medikaci. Ranní porada lékařů rychle rozhoduje Jakuba převézt do spádové psychiatrické léčebny s tím, že malé oddělení není zařízené na zvládnutí silnějších stavů neklidu.

*Dle zkušenosti se takové vyhrocené situace negativně projeví i na dalším přístupu jak klienta/pacienta, tak rodinných příslušníků k další léčbě. Nedobrovolné, do agrese vyhrocené přijetí k nedobrovolné hospitalizaci bývají nočními můrami pacientů i příbuzných po dlouhá léta.<sup>1</sup> Podaří-li se navázat kontakt s rodinou, případně i s klientem/pacientem, a k hospitalizaci dojde, dává k ní podnět multidisciplinární tým ve spolupráci s rodinou. Za těchto okolností probíhá intervence důstojněji, nestigmatizujícím způsobem a nestává se traumatem.*

Na Jakubově příběhu jsme chtěli ukázat, jak funguje stávající systém. I když se všichni zúčastnění snaží a jednají podle svých možností a profesionální etiky, výsledek může být neuspokojivý. Jsme přesvědčeni, že kdyby pro Jakuba byla dostupná služba časné intervence, mohl se jeho příběh odvíjet příznivěji. K Jakubovi se proto budeme v této metodice opakovaně vracet a na konkrétních příkladech se pokusíme ukázat „co mohlo být jinak“.

<sup>1</sup> Existují studie o retraumatizaci pacientů vlivem hospitalizace a zhoršení disociativních poruch (Morrison AP, 2003)

## 2 Důležitost časných intervencí a současný kontext

Mgr. Pavel Říčan

Ke zpracování prvního náčrtu metodiky časných intervencí přistupujeme z několika důvodů. Především bylo opakovaně prokázáno, že poskytnutí časné intervence (dále EI) lidem v časném stadiu závažného psychotického onemocnění významně zlepšuje jejich prognózu – a to jak z hlediska průběhu nemoci, tak z hlediska jejího vlivu na sociální aspekty života klienta/pacienta. Řada studií také ukázala, že včasná a komplexní profesionální podpora lidem s prvními projevy závažné duševní nemoci a jejich blízkým je efektivní i ekonomicky a snižuje pozdější náklady na léčbu pacientů s rozvinutou či chronifikující duševní nemocí. Tyto poznatky, spolu se zkušenostmi z praxe, vedly k tomu, že v systémech s vysokou úrovní péče o duševně nemocné se celoplošně zavádí systém časných intervencí (volně dle NICE 2016, s. 15).

V České republice v posledních letech probíhá plánování změn v poskytování péče lidem se závažným duševním onemocněním. Vlajkovou lodí těchto změn se stala centra duševního zdraví, jejichž jádrem je multidisciplinární terénní tým. Jednou z funkcí těchto nově budovaných služeb má být právě schopnost reagovat na rozvoj duševních onemocnění přímo v komunitě, ale i včas. Do roku 2020 by mělo vzniknout prvních 30 těchto center. Pracovní postupy a dobrá praxe v těchto službách se budou právě v nejbližších letech utvářet a ověřovat. V této souvislosti vnímáme implementaci účinných a ekonomicky efektivních postupů časné intervence (dále také EI) jako prioritní. Abychom neobjevovali již objevené, je logické analyzovat existující a popsané modely EI jinde v Evropě.

Legitimní otázkou je, zda má být služba zajišťující EI koncipována jako samostatný tým (takové uspořádání mají v UK nebo v Norsku), nebo má být integrována do vznikajících center duševního zdraví (jako je tomu například v Itálii nebo Holandsku). V době tvorby této metodiky neumíme na tuto otázku přesvědčivě odpovědět. Pro samostatnou službu svědčí některé prokazatelně účinné programy v zahraničí (norský TIPS) a také skutečnost, že nově diagnostikovaných osob jen pro okruh schizofrenních onemocnění je podle dat ÚZISu poměrně hodně – přibližně 50 na 100 tisíc obyvatel ročně. Argumentem pro integraci EI do vznikajících týmů CDZ je naproti tomu skutečnost, že v nejbližších letech není pravděpodobné, že se mezi odbornou veřejností podaří prosadit plošné zavádění samostatných týmů EI. V předkládané metodice se pokusíme tyto varianty rozlišovat a upozorňovat na jejich výhody a nevýhody v konkrétních situacích.

V případě, že se zavedení postupů EI nepodaří, ať již formou samostatných služeb, nebo v rámci center duševního zdraví, hrozí zde několik rizik. Bez znalosti postupů EI se v rámci CDZ může z neznalosti a v obavách o klienty/pacienty uplatňovat spíše princip „early detention“ – tedy časnější detekce klientů/pacientů s psychózou s tendencí je hospitalizovat, aniž by se pracovalo s rodinným systémem a aniž by se zvažovaly partnerské a méně restriktivní varianty léčby založené na vzájemné spolupráci. Rozšíření terénní práce tak může paradoxně přinést kontraproduktivní výsledky: nenaplněné potřeby rodin a blízkého okolí či odmítání jakéhokoliv kontaktu a léčby ze strany potencionálních klientů/pacientů s rozvíjejícím se onemocněním.

Z výše uvedených důvodů jsme přesvědčeni, že zavedení a rozšíření postupů EI je pro rozvoj komunitních služeb v současné ČR klíčové a nezbytné. Zpracování této metodiky vnímáme jako další krok na cestě ke službám, které jsou schopny efektivně pomoci lidem, u nichž se rozvíjí nebo již propuklo vážné duševní onemocnění.

## 3 Koncept časné intervence

Mgr. Jiří Šupa, PhD., MUDr. Jan Lorenc, MUDr. Miroslav Pastucha

### 3.1 Definice

---

Časná intervence je přístup zaměřený na pomoc lidem, u nichž se rozvíjí závažné duševní onemocnění nebo se u nich již naplno projevilo první psychotickou atakou.

Časná intervence zahrnuje jak aktivity včasné detekce (rozpoznání symptomů), tak včasnou léčbu během první ataky a následujícího kritického období. Hovoříme-li o léčbě, pak tím myslíme léčebný přístup při zachování komunitních principů péče. Cílem časné intervence je snížení délky neléčeného stavu psychózy, podpora zotavení člověka s první atakou psychózy, snížení rizika relapsu, ovlivnění průběhu první ataky takovým způsobem, aby se co nejvíce snížilo riziko sociální izolace a zvýšila kvalita dalšího průběhu života. Intervence se zaměřují nejen na samotného klienta/pacienta, ale i na jeho blízké (rodinné příslušníky, partnery). Délka intervence v rámci EI je dána individuálním průběhem psychózy, nejčastěji se EI intervence poskytují po dobu 5 let. Časnou intervencí jako organizovaný soubor systematických postupů zajišťuje multidisciplinární tým jakou součástí komunitní péče (NICE, 2016).

**Časná intervence je pojem, který lze úzce chápat ve třech různých významech.**

1. intervence u klientů/pacientů, u nichž se vyskytly prodromální nebo rizikové příznaky, nesplňují tedy diagnostická kritéria pro určitou závažnou psychotickou poruchu, a jejich další průběh může, ale nemusí vyústit v závažné psychotické onemocnění;
2. intervence zaměřené na první ataku závažného duševního onemocnění;
3. intervence navazující na první ataku s následnou několikaletou péčí zaměřenou na sekundární prevenci.

V této metodice se vztahujeme k pojmu časné intervence v celém spektru. Náš přístup je především praktický. Pracovníci týmu EI se nutně budou dostávat do kontaktu s lidmi, u nichž se projevují rizikové nebo prodromální příznaky, i s lidmi v období první ataky. Podle zvoleného organizačního modelu s těmito lidmi budou udržovat kontakt i v následujícím období.

Nejvíce pozornosti ovšem soustředíme na specifické intervence spojené s prvním vzplanutím psychotického onemocnění. K takto chápané EI se vztahují zahraniční modely, které v textu popisujeme. V této oblasti je také možné se odkázat na prokázanou efektivitu péče. Kde je třeba, zabýváme se i situacemi souvisejícími s prodromálními příznaky, případně podporou poskytovanou po odeznění první ataky psychózy.

Čtenáři této metodiky pravděpodobně znají pojmy „asertivní komunitní léčba“ a „krizová intervence“. Asertivní komunitní léčba je nejznámější model case managementu, určený původně především pro klienty/pacienty s chronickým průběhem nemoci. Pro intervence EI je tento model v mnoha ohledech inspirativní. Pojmově je tu však rozdíl v tom, že asertivní komunitní léčba představuje přesně definovaný model včetně týmového uspořádání, zatímco EI je především soubor principů a intervencí, které je možné provádět v různých modelech péče, jak o tom bude podrobněji řeč.

Krizová intervence je dle této metodiky v určité míře nutnou součástí práce týmu EI a věnujeme jí tedy adekvátní pozornost. Časná intervence je ovšem typická řadou dalších postupů a intervencí, které nesouvisí s krizovými stavy.

### 3.2 Principy

---

Celkový přístup časné intervence respektuje životní situaci mladého člověka s první atakou, je co nejvíce „uživatelsky přátelský“ a maximálně snižuje riziko stigmatizace a sebestigmatizace. Multidisciplinární tým se snaží vytvořit důvěryhodný vztah s optimistickým přístupem k další životní perspektivě člověka s první psychotickou zkušeností, také však s jeho nejbližšími příbuznými – rodiči, partnerem nebo partnerkou a s dalšími blízkými sociálními kontakty klienta/pacienta – spolužáky, kolegy, sousedy.



Časná intervence vychází z podobných principů jako komunitní péče, specifické je však zaměření na rychlé vyhledání lidí v prodromálním stadiu projevů nemoci a na rychlou odezvu podpůrného systému služeb v běžném prostředí.

Základní principy časné intervence se zaměřují na definici místa, času a skladbu intervencí pokrývajících nejdůležitější oblasti podpory a léčby.

**Místo** – časná intervence by měla probíhat především v místě bydliště nebo na místě, kde se člověk s prvotními příznaky běžně pohybuje. Pokud je potřeba hospitalizace, měla by proběhnout v nemocničním prostředí přizpůsobeném potřebám dospívajících lidí (McGorry, 2015).

**Rychlá odezva na první kontakt** – reakce multidisciplinárního týmu by měla být co nejrychlejší. Každý tým EI má mít jasně definovaný způsob, jak sledovat a dodržovat lhůtu, ve které na první kontakt zareaguje. Bude se pravděpodobně odvíjet od možností týmu a podmínek prostředí. Například metodika National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2016) doporučuje první setkání do 2 týdnů od doporučení, v přístupu „otevřený dialog“ organizují pracovníci kontakt do 24 hodin (Seikkula, Arnkill, 2013).

**Délka podpory** – za časnou intervenci lze považovat období prvních 3 – 5 let od propuknutí onemocnění. Podpora by se měla flexibilně přizpůsobovat vývoji života člověka v prvotních stádiích nemoci, aby odpovídala jak jeho vývojovým potřebám, tak i jednotlivým fázím zotavení.

### 3.3 Podpora poskytovaná v rámci časné intervence

---

#### Podpora při identifikaci symptomů psychózy a rychlé doporučení do péče

Hlavní předností časných intervencí je včasnost reakce, která podstatně souvisí s dostatečnou informovaností veřejnosti o potřebě vyhledání pomoci při zpozorování neobvyklých projevů chování u blízkého člověka. Program TIPS v Norsku prokázal, že cílená kampaň zaměřená na veřejnost snižuje takové překážky, jako je stigma či nedůvěra v systém péče, a zlepšuje možnosti diagnostiky symptomů u lidí s rizikem rozvoje duševních potíží.

#### Sdílené rozhodování

V rámci časné intervence je vhodné společně sdílet informace potřebné k rozhodování o dalším postupu, vyjednávat a zahrnout do řešení situace a plánování péče všechny zúčastněné (příbuzní, učitelé, zaměstnavatelé).

#### Terapeutické intervence a rodinné intervence

V rámci časné intervence je nabídnuta psychologická podpora jak člověku s první atakou, tak i jeho blízkým, rovněž může být účelné doporučit klientům/pacientům či zúčastněným některou z forem systematické psychoterapie.

Psychologické intervence se zaměřují na podporu zotavení. Pomáhají člověku v prvotních stádiích onemocnění i jeho rodině porozumět vztahům mezi projevy nemoci a stresem, podporují ho v samostatném zvládnání a překonávání obtíží.

Rodinnými intervencemi rozumíme postupy, které se zabývají přímo vztahy v rodině klienta/pacienta (např. v rodině je další člověk s duševní nemocí, jde o první zkušenost rodiny s duševní nemocí). Kromě strukturovaných psychoedukačních programů zahrnují buď systematickou rodinnou terapii, nebo individuální či skupinovou psychologickou podporu.

#### Intervence zaměřené na fyzické zdraví a zdravý životní styl

Klientům/pacientům v prvotních stádiích onemocnění jsou nabídnuty programy zaměřené na životosprávu a rozvoj fyzické aktivity. Užitečné je zaměřit se na změny životního stylu, např. omezení kouření či spotřeby alkoholu. Podpora může být jak individuální, tak skupinová, včetně monitoringu fyzického zdraví. Podpora by měla také vést k lepšímu rozpoznání fyzických problémů, které bývají často zastíněny současně se objevujícími psychickými potížemi.

Rozpoznání obtíží a podpora se týkají i přidružených zdravotních problémů včetně dalších psychických potíží – úzkosti, deprese atd. Zhruba 40 % lidí s první atakou má zkušenost se zneužíváním návykových látek, může se vyskytnout předchozí traumatizace, neurovývojové poruchy, premorbidní autismus, nižší IQ aj.

## **Farmakoterapie**

Z hlediska farmakoterapie se u EI držíme standardních metodických postupů. Z metaanalýzy studií farmakoterapie u prvních psychotických atak (Álvarez-Jiménez, 2011) nevyplývají jednoznačné specifikace farmakoterapeutických postupů. V každém případě je třeba význam farmakoterapie posuzovat v kontextu ostatních přístupů v multidisciplinárním týmu. Zavedené standardní farmakoterapeutické postupy je třeba přizpůsobovat (volba konkrétního antipsychotika, dávkování, způsob aplikace, vedlejší účinky, kontinuita a délka farmakologické léčby) s vědomím, že může u pacientů i rodiny v pozitivním i negativním smyslu ovlivnit další spolupráci u této kategorie pacientů a předurčit tak další vývoj onemocnění i postoje zúčastněných k dalším průběhu léčby.

## **Podpora vzdělávání a práce**

Kromě poradenství a podpory při vyhledávání zaměstnání zahrnují tyto aktivity také trénink dovedností potřebných pro získání vzdělání nebo podporu pokračování ve studiu či v pracovním procesu. Upřednostňuje se model „place and train“, tedy přímý trénink v zaměstnání, nikoliv zařazení do přípravných a tréninkových činností v terapeutických dílnách.

## **Asertivní přístup**

Tým aktivně vyhledává a udržuje kontakt i s lidmi, kteří necítí potřebu podpory při zvládnání svého stavu. Důvody pro nezáměr o spolupráci se službami mohou být různé, např. průběh ataky zvyšuje riziko ublížení sobě nebo druhým, tendence k sociální izolaci, ztráta důležitých sociálních rolí (pracovní, studijní, rodinné).

## **Pobyt v krizovém centru, hospitalizace**

Pobyt v krizovém centru slouží k poskytování krizové intervence v akutní psychické krizi v nejširším slova smyslu. Krizové centrum poskytuje nízkoprahovou, nepřetržitě dostupnou a profesionální krizovou službu. Kromě krizových konzultací tváří v tvář lze využít i možnost několikadenního pobytu s komplexní a intenzivní péčí všech odborností (psychiatr, psycholog, sociální pracovník).

Podle doporučených postupů by hospitalizace měla proběhnout v podpůrném prostředí, které umožňuje spolupráci s terénním týmem, nepřerušeným kontaktem s blízkými a příbuznými a terapeutické aktivity s cílem co nejrychlejšího návratu klienta/pacienta do běžného prostředí.

## **Krizová intervence**

Krizová intervence je soubor postupů a postojů pomáhajících klientovi/pacientovi v krizi adaptovat se na situaci, ve které dochází k selhání jeho psychického fungování v každodenním životě. Krizová intervence pomáhá strukturovat prožitky klienta/pacienta, zastavit ohrožující tendence jeho chování a jednání, navodit pocit úlevy, usnadňuje klientovi/pacientovi zvládnání situace a posiluje tak jeho kompetenci v tom, aby při hledání východiska dokázal čerpat z vlastních zdrojů a přirozených vztahů.

## 4 Zahraniční zkušenosti – jaké postupy lze považovat za na důkazech založené?

**Mgr. Lucie Kondrátová, Bc. Vendula Machů**

Zahraniční zkušenosti ukazují, že časné intervence představují ve srovnání s běžnou péčí o osoby s vážným duševním onemocněním potenciál ve snížení rizika hospitalizace, snížení výskytu symptomů nemoci či zvýšení kvality života. Abychom pro účely této metodiky mohli představit dosavadní programy časných intervencí, které byly realizovány v zahraničí a které se ukázaly jako efektivní, byla zpracována systematická rešerše z odborné literatury. Jejím cílem bylo identifikovat publikace, které souhrnně hodnotí dosavadní programy a vědecké studie zaměřené na časné intervence v neklinickém prostředí. Strategie vyhledávání byla založena na kombinaci klíčových slov „early intervention“, „early detection“, „mental health“ a „review“. Vyhledávání bylo realizováno v databázích vědeckých publikací EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library a Web of Science a bylo nalezeno celkem 5127 referencí. Identifikováno bylo na 8 desítek programů, které se zaměřovaly na časné intervence v prostředí komunity. Programy, které se ukázaly být neefektivnější, jsou podrobněji popsány níže.

### 4.1 TIPS

Smyslem programů časných intervencí je rozpoznání duševních onemocnění v jejich počátečních fázích a částečně také změna postojů většinové společnosti k vyhledání odborné pomoci a k duševnímu zdraví. Norský program TIPS naplňuje první cíl prostřednictvím specializovaných detekčních týmů, na destigmatizaci duševních onemocnění se zaměřují doprovodné regionální kampaně. Projekt TIPS probíhal v regionu Rogaland v Norsku (počet obyvatel 370 tisíc), jako kontrolní sloužila oblast Ullevål v norském Oslu a Roskilde v Dánsku (celkem 295 tisíc obyvatel). Léčba první epizody psychózy sestávala ve všech oblastech z podávání antipsychotik, individuální psychoterapie a rodinné psychoedukace. Hlavním cílem celého projektu bylo zjistit, zda má časná detekce onemocnění pozitivní vliv na měřené výstupy, především na dobu neléčené psychózy a symptomatiku.

Týmy časné intervence jsou vždy multidisciplinární, v rámci projektu TIPS byli součástí tzv. detekčních týmů psychiatr a psycholog, dvě psychiatrické sestry a sociální pracovník. Důraz byl kladen na to, aby celý proces přijetí pacienta do služby probíhal rychle, proto s ním do 24 hodin od prvního kontaktu byl proveden rozhovor, na základě kterého členové detekčního týmu rozhodli o případné léčbě. Kontaktovat detekční tým mohl kdokoliv – sám pacient, jeho blízcí nebo lékař.

Cílem doprovodné kampaně pak bylo vzdělávání veřejnosti ve třech oblastech: rozpoznání prvních příznaků psychózy, důležitost časné intervence a informování o činnosti detekčních týmů. Všechny domácnosti obdržely brožuru se základními informacemi o projektu. Na širokou veřejnost byla zaměřena rovněž mediální kampaň založená na vyvracení mýtů o duševních onemocněních. V rámci projektu byly dále natočeny spoty promítané v kinech, televizní a rozhlasové reklamy a vznikla také speciální webová stránka. Odborníci z detekčních týmů pracovali i se studenty a učiteli. Za tímto účelem navštěvovali pravidelně čtyřikrát ročně všechny střední školy v daných regionech. Součástí kampaně bylo i vzdělávání zdravotníků, jelikož ti jsou často prvními odborníky, které lidé s duševními problémy vyhledávají. Vzdělávací program byl speciálně sestaven pro lékaře, psychiatrické sestry, sociální pracovníky a další profesionály a sestával ze seminářů, videí a diskuzí. Lékaři navíc obdrželi vždy dvakrát ročně zprávu s výsledky studie.

Nejdůležitějším zjištěním projektu TIPS bylo, že časná detekce signifikantně zkracuje dobu neléčené psychózy (duration of untreated psychosis – DUP). Existuje několik studií, které srovnávají dopady intervence na pacienty s kontrolní skupinou z regionu, kde kampaň a detekční týmy nepůsobí. V některých studiích byla pro srovnání použita historická kohorta. Ve všech případech se podařilo DUP zkrátit (Lloyd-Evans et al., 2011). Například při srovnání pacientů zahrnutých do TIPS (1997–1998) a historické kohorty ze stejné oblasti (1993–1994) byla podle další studie (Johannessen et al., 2001) průměrná

délka neléčené psychózy snížena ze 114 týdnů (medián 26) na 26 (medián 5). Ve studii porovnávací intervenční oblast s kontrolní oblastí, do které bylo během let 1997–2000 zahrnuto celkem 281 osob, byl rozdíl v DUP také signifikantní – medián 5 týdnů oproti 16 týdnům. Pacienti z kontrolní oblasti nastupovali léčbu později a při prvním kontaktu měli více symptomů (Larsen et al., 2011). Po skončení informační kampaně detekční týmy dále pokračovaly ve své činnosti, nicméně výsledky již nebyly tak pozitivní, např. medián délky neléčené psychózy se u lidí přijatých mezi lety 2002 a 2004 opět prodloužil na 15 týdnů (Joa et al., 2008). Po pěti letech od začátku poskytování služeb časné intervence dosahovali lepších výsledků pacienti intervenční oblasti ve třech škálách PANSS (negativní, kognitivní a depresivní složka), v GAF a také měli oproti lidem z kontrolní oblasti signifikantně více kontaktu s přáteli (Larsen et al., 2011). Žádné statisticky významné rozdíly nebyly prokázány v pravidelnosti účasti na terapiích a v užívání medikace. Pacienti z intervenční skupiny byli během posledního roku (po pěti letech od začátku projektu) signifikantně častěji hospitalizováni a také za celých pět let dohromady strávili více týdnů v nemocnici (Larsen et al., 2011). Autoři studie však interpretují, že tento výsledek neindikuje, že by na tom byli pacienti z intervenční skupiny zdravotně hůře než osoby z kontrolní skupiny. Pacienti zapojení do programu časné intervence neměli vyšší riziko relapsu, dokonce se u nich neobjevovaly psychotické symptomy po delší dobu než u lidí z kontrolní skupiny. Hospitalizace mohla být ovlivněna spíše nastavením systému než závažností onemocnění, a tím pádem nemusí být vhodnou proměnnou k hodnocení léčby.

Limitem studií byl jejich design, jelikož vzhledem k povaze intervence nebyly randomizované, nicméně i díky velikosti vzorku přispívají výsledky studií k důkazům o efektivitě a důležitosti implementace programů časné intervence.

## 4.2 OPUS

Dánský program OPUS je psychiatrickou službou, jejíž cílovou skupinou jsou lidé s první epizodou psychózy. Integrovaná léčba poskytovaná multidisciplinárními týmy byla ve studiích provedených začátkem tisíciletí srovnávána se standardní léčbou v komunitních centrech. Na rozdíl od projektu TIPS, který cílil na časné rozpoznání psychózy, bylo cílem programu OPUS prokázat efektivitu integrované léčby. Poté, co se v randomizované kontrolované studii ukázalo, že lidé z intervenční skupiny dosahují lepších výsledků ve většině sledovaných proměnných, byl program implementován ve všech regionech Dánska jako standardní léčba (Nordentoft et al., 2013).

V rámci této studie byla porovnáována efektivita standardní péče s časnou intervencí OPUS. Standardní péče byla nejčastěji poskytována v centrech duševního zdraví, pouze v omezených případech přímo u pacienta doma (Nordentoft, 2013). Pacienti standardní péče byli v kontaktu s lékařem, psychiatrickou sestrou, někdy i se sociálním pracovníkem. Podíl pacientů na jednoho pracovníka v komunitních centrech se pohyboval mezi 20 až 30 pacienty (Petersen, 2005). Naproti tomu v týmu časné intervence se počet pacientů na jednoho člena týmu obvykle pohybuje kolem deseti a nikdy nepřekračuje patnáct. Intervence OPUS je poskytována osmi- až dvanáctičlennými týmy složenými z psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester, ergoterapeutů a sociálních pracovníků. Lidem s první epizodou psychózy poskytují integrovanou léčbu zahrnující asertivní komunitní léčbu (ACT, Assertive Community Treatment), trénink sociálních dovedností a rodinnou psychoedukační terapii. Ve spolupráci s každým pacientem je vypracován krizový plán a je mu přidělen primární pracovník, který s ním udržuje kontakt, koordinuje léčbu, komunikuje s ostatními složkami zdravotně-sociálního systému (praktický lékař, sociální služby). Primární pracovník též motivuje pacienta i jeho rodinné příslušníky, aby se zapojovali do aktivit zaměřených na řešení problémů a strategie vyrovnání se s nemocí, které jsou v rámci programu OPUS nabízeny. Individuální setkání s klienty/pacienty mohou probíhat u pacientů doma, v okolí jejich bydliště, případně na pracovišti multidisciplinárního týmu. V případě hospitalizace zajišťuje léčbu nemocnice, nicméně primární pracovník tam pacienta každý týden navštěvuje.

Psychoedukační terapie (podle McFarlana) se skládá z pravidelných setkání dvou terapeutů a čtyř až šesti pacientů s rodinnými příslušníky. Terapie probíhá dvakrát měsíčně, trvá 90 minut a je orientovaná na rozvíjení schopnosti řešit problémy. Pacienti a jejich rodiny jsou v rámci těchto pravidelných schůzek informováni o nabízených službách a medikaci, velmi důležitou složkou těchto setkání jsou také rozhovory

s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Trénink sociálních dovedností se koná buď ve skupinách šesti pacientů, nebo pokud si to pacient přeje, jednotlivě. Trénuje se především zvládnání symptomů, řešení konfliktů a správné dodržování medikace. Pacientům, kteří rozvoj sociálních dovedností nepotřebují, je poskytnuta individuální psychoedukace. Léčba zahrnuje dále KBT, podporované zaměstnávání, nutriční poradenství, fyzické aktivity, pomoc s výchovou dětí nebo programy na odvykání kouření.

Služba funguje ve všední dny od 8 do 17 hodin. Mimo pracovní dobu mohou pacienti nechat členům týmu vzkaz na záznamníku. Služba je poskytována po dobu dvou let, pro každého je pak vypracován krizový plán.

Výsledky randomizované kontrolní studie s celkem 547 účastníky (Petersen et al., 2005) dokazují úspěšnost a efektivitu integrované terapie oproti standardní péči. Do studie byli zařazeni všichni hospitalizovaní nebo ambulantní pacienti ze všech zařízení ve vybraných regionech, kterým byla diagnostikována F2, splňují věkový limit a nebrali antipsychotické léky déle než tři měsíce. Pacienti čerpající služby programu OPUS dosahovali výrazně lepšího skóre ve škálách SAPS a SANS (negativní a psychotické symptomy) a GAF. Signifikantní rozdíl mezi skupinami byl po prvním roce léčby také v podílu pacientů, kteří žili sami nezávisle a kteří se účastnili rehabilitace. Další významný rozdíl byl v adherenci k léčbě – výrazně méně pacientů z intervenční skupiny léčbu přerušilo na dobu delší než jeden měsíc. Navíc strávili signifikantně méně dní v nemocnicích.

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

### 4.3 Lambeth Early Onset (LEO)

Velká Británie je obecně považována v oblasti psychiatrické péče za jednu z nejvyspělejších zemí a podobně je tomu i v oblasti časných intervencí pro osoby s vážným duševním onemocněním. Konkrétně již v roce 2009 byla služba časné intervence pro osoby s psychózou poskytována 145 komunitními týmy napříč územím Velké Británie (Bird et al., 2010). V Lambethu, v oblasti v jižní části Londýna, díky spolupráci s lokálně spřízněným Institutem psychiatrie, psychologie a neurověd při King's College London, se tradičně výzkumné aktivity propojují s klinickou praxí. Díky tomu probíhalo systematické vyhodnocování programu časné intervence s názvem LEO (Lambeth Early Onset) již od roku 2003. V něm byla porovnávána efektivita LEO časných intervencí se standardní péčí poskytovanou komunitními týmy, jejichž členové nebyli speciálně proškoleni v tematice časných psychóz (Craig et al., 2004). Specializovaný 10členný LEO tým navíc poskytoval asertivní péči v rozšířené pracovní době, včetně víkendů a státních svátků.

LEO intervence je poskytována obyvatelům z oblasti jižního Londýna víceméně v nezměněné podobě již od roku 2000. Tým LEO ve spolupráci s krizovým týmem a jednotkou akutní lůžkové péče poskytuje podporu pacientům při první atace psychotického onemocnění. Nabízí psychoedukaci, ergoterapii, trénink sociálních dovedností. Služba též zahrnuje edukaci o psychofarmacích a různé formy terapie, především KBT. Během let došlo k rozšíření portfolia poskytovaných služeb o podpůrné služby pro osoby pečující o blízké s psychotickým onemocněním, skupinové intervence, o službu pracovní rehabilitace apod. (Power et al., 2007). Mimo samotnou práci s pacienty služby LEO intervence zahrnují i školení časné detekce psychóz, která je poskytována praktickým lékařům a jejímž cílem je budování spolupráce v předávání referencí na osoby s vysokým rizikem rozvoje psychózy od praktických lékařů směrem do krizového týmu (Marshall & Rathbone, 2011).

Krizový tým je prvním typem služby, s nímž pacient přichází do kontaktu. Ideální doba kontaktování by dle doporučení NICE (National Institute for Health and Care Excellence) neměla být delší než 14 dnů od obdržení reference od blízké osoby či praktického lékaře. Krizový tým, který funguje ve všední dny a posky-

tuje intervence převážně v domácím prostředí pacienta, je zodpovědný nejenom za prvotní posouzení stavu, ale také za případné ujednání spolupráce. Na základě posouzení krizového týmu je následně pacient předán na akutní jednotku lůžkové péče (pouze 5 % klientů/pacientů ve sledované kohortě), častěji však přímo do komunitního týmu. Služby 10členného multidisciplinárního komunitního týmu mohli využívat lidé ve věku mezi 18 a 35 lety v první atace neafektivní psychózy až po dobu 2 let, během které byli pro účely výše zmíněné studie sledováni.

V rámci randomizované studie bylo sledováno 144 osob s neafektivní a neorganickou psychózou. Intervenční skupinou byli pacienti, kteří čerpali služby v rámci projektu LEO; v kontrolní skupině byli zastoupeni pacienti komunitních týmů, jejichž členům nebyl poskytnut specializovaný výcvik pro práci s časnými psychózami. Mezi primární sledované výstupy byly zahrnuty: počet dní v hospitalizaci, hladina recovery a relaps. Pro účely této studie je rozlišována plná a částečná remise a relaps. Jednotlivé kategorie jsou operacionalizovány dle míry pozitivních příznaků onemocnění (Garety et al., 2006).

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

Paralelně s projektem LEO též běží program časně detekce OASIS, který se zaměřuje na populaci ve věku 14 až 35 let s vysokým rizikem rozvoje psychózy. Do služeb proto nejsou přijímány osoby v akutním stavu nemoci, ale osoby zažívající psychologickou zátěž mající dopad na jejich fungování ve škole, v zaměstnání či v životě obecně. OASIS služby, jejichž cílem je zlepšit kvalitu života u rizikové skupiny a předcházet rozvoji psychózy, zahrnují možnost lékařské konzultace, individuální i rodinné terapie a podpory v oblasti základních potřeb. Program OASIS byl analyzován především z pohledu ekonomického a po roce sledování bylo vyhodnoceno, že služby časně intervence OASIS byly dražší než služby čerpané kontrolní skupinou. Po dvou letech sledování již byl rozdíl v nákladech na intervenční a kontrolní skupinu poloviční, a to především díky snížení ztracené pracovní produktivity (Valmaggia et al., 2009). Časně detekce psychotických onemocnění mají potenciál zvyšovat nákladovou efektivitu.

Tým časně intervence poskytoval krizovou pomoc po dobu přibližně šesti týdnů (dokud pacient nebyl stabilizován nebo hospitalizován), poté byl předán do péče hlavnímu LEO týmu, který poskytoval péči po další dva až tři roky. I dnes je ve Velké Británii standardní doba pro poskytování péče při první epizodě psychózy tři roky, v případě časně zotavení jsou obvykle přesměrováni do péče praktického lékaře či standardní péče v centrech duševního zdraví, která poskytují kontinuální podporu s nižší intenzitou. Konkrétní kroky propuštění ze služby jsou však vždy konzultovány jak se samotným pacientem, tak s jeho rodinou.

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

## 4.4 Open dialogue

**Mgr. Jiří Šupa, PhD.**

Přístup „otevřený dialog“ (OD) vznikl v rámci finských národních projektů (1981–1987) zaměřených na zvládání akutních stavů u lidí s první atakou. Vyšel z tzv. „přístupu zaměřeného na potřeby“ (Alanen, 1991), který se snažil flexibilně reagovat na všechny potřeby člověka s rozvojem psychotické ataky a jeho blízkých a kombinovat všechny druhy podpory – farmakoterapie, individuální psychoterapie, rodinná terapie podle aktuálního vývoje potřeb. Důraz na psychoterapii vedl k plošnému výcviku zdravotnických profesionálů v psychoterapii, především psychodynamické a rodinné terapii. Zrod OD nastal v Torniu (1984), kde personál psychiatrické kliniky Keropudas a mobilní týmy začaly intenzivně pracovat s rodinami na základě svého výcviku v systemické terapii. I tak se zdál podíl zaangažování členů rodiny na léčbě velmi nízký.

ký, a proto týmy přikročily ke společnému plánování léčby se všemi zúčastněnými a všechna rozhodnutí byla přijímána pouze na těchto setkáních. Byly vytvořeny základní principy práce, jejímž cílem bylo podchytnout člověka ještě před rozvojem ataky nebo v časně fázi rozvoje onemocnění a umožnit mu co nejdříve se zapojit zpět do běžného života. Péče je poskytována především v běžném prostředí, setkání mohou probíhat také v rámci zdravotnického zařízení. V Torniu a přilehlém okolí (počet obyvatel cca 70 000) se postupně stal OD dominantním přístupem v léčbě psychotických krizí, který významně aktivizoval celou společenskou síť a zvýšil tak včasnou detekci jejich rozvoje (délka neléčené psychózy cca 3,3 měsíce, Seikkula a kol., 2006).

### Hlavní principy otevřeného dialogu:

**Okamžitá odezva** – setkání se organizují do 24 hodin po kontaktu s profesionálem.

**Zodpovědnost a týmová práce** – za organizaci setkání nese zodpovědnost člověk, který byl poprvé s pacientem nebo jeho blízkými v kontaktu, který první přijal všechny informace, a zapojuje do setkání další profesionály dle potřeby a samozřejmě dle dostupné kapacity služeb. Profesionálové účastníci se podpory jsou psychiatrické sestry, psychologové, psychiatři. Bez ohledu na odbornost přebírají všichni členové týmu odpovědnost za celý léčebný proces.

**Zaměření na sociální síť** – do podpory jsou co možná nejdříve a co možná nejintenzivněji zapojováni blízcí lidé a lidé v okolí pacienta, kteří jsou významní pro řešení situace – jak rodina, tak partneři, zaměstnavatelé, sousedé atp.

**Flexibilita a mobilita** – podpora se v maximální míře zaměřuje na potřeby pacienta a jeho blízkých, setkání se organizují tam, kde si to přeje pacient nebo jeho blízcí – může to být domácnost, psychiatrické zařízení, kancelář atp. Potřeby se mohou měnit a tým na ně aktuálně reaguje prostřednictvím pozvání dalších lidí nebo změnou svého přístupu. Frekvence setkávání může být velmi intenzivní, řádově ve dnech, ale i v hodinách. Takový přístup umožní nerozhodovat se z jiných pohnutek, než které vyplývají z aktuálního vývoje situace. Takto intenzivní podpora posiluje pocit bezpečí, snižuje stresovou zátěž a zvyšuje důvěru v proces léčby.

**Tolerance nejistoty** – pevný plán léčby není předem stanovený, aby se předešlo předčasnému rozhodování, ale tým organizuje dostatečný počet setkání dle individuální potřeby pacienta. Plánování péče se děje během setkání. Zde se také rozhoduje, koho dalšího je potřeba do setkávání zapojit. Na setkání se vždy diskutuje o tom, co se bude dít a kde a kdy se bude konat příští setkání. Medikace se neindikuje na prvním setkání, ale tato možnost se diskutuje a využívá se pro podporu dalšího terapeutického setkávání. K vytvoření bezpečného prostředí pro zvládnutí krize je potřeba mít dostatek času.

**Dialogismus** – během setkání se střídá rozhovor mezi pacientem, jeho blízkými a týmem. Vedení dialogu směřuje k popisování, vyjádření a pochopení významů psychotické zkušenosti. Využívá se tzv. reflektujících procesů, kdy tým diskutuje svoje myšlenky a pocity, klient/pacient a jeho blízcí pouze naslouchají a reagují až poté, co tým domluvil. Cílem je vytvořit prostor pro porozumění tomu, co děje. Všichni jsou povzbuzováni ke společné komunikaci a hledání řešení.

**Transparentnost** – všechna rozhodnutí ohledně léčby a dalšího postupu se přijímají na setkání, kde jsou prodiskutovány a odsouhlaseny. Tým nemá o případu další porady. Pokud nastane nějaká změna v plánu, probírá se opět až na dalším setkání.

**Psychologická kontinuita** – tým lidí, se kterými se pacient setkal, jej doprovází během celé doby, kdy je podpora poskytována, což může být týdny, měsíce, i několik let.

Z uvedených principů je zřejmé, že přístup ovlivňuje zásadně jak způsob organizace péče (rychlá odezva, intenzita, týmový přístup), tak i způsob práce na úrovni jednotlivce a jeho sociálního okolí. Důraz se klade na terapeutický rozhovor vycházející z rodinné terapie a tzv. kolaborativních a reflektujících přístupů (Andersen, 1995). Tým zapojuje celou širokou sociální síť a podporuje všechny potřebné členy systému, jichž se krize dotýká. Společně hledají význam probíhajících procesů. Farmakoterapie je zvažována jako jeden z prostředků léčby, který může vést k podpoře vedení rozhovoru. Proběhly dvě následné výzkumné studie, po 2 a po 5 letech. Výsledky po 5 letech sledování ukázaly, že 76 % pacientů se zapojilo v práci a studiu, 82 % z nich bylo bez reziduálních symptomů, relaps se objevil u 29 % z nich (Seikkula, Olson, 2013; Aaltonen a kol., 2003 a Seikkula a kol., 2006).

Praxe OD se od roku 2003 rozšiřuje v Anglii, kde se chystá výzkumná studie (Russell Razaque), v Polsku proběhl v letech 2015–2016 projekt zaměřený na přenos praxe OD v rámci Norských fondů (Fundacja Concordia) a v Čechách se šíří myšlenky a praxe OD především přes platformu Narativ ([www.narativ.cz](http://www.narativ.cz)), která pořádá semináře a workshopy se zakladatelem OD Jaakkem Seikkulou.

Přístup akcentuje společné prvky všech přístupů zaměřených na časnou intervenci – včasnou reakci do 24 hodin, práci se sociální sítí, intenzitu a flexibilitu. Odlišuje se však důrazem na psychotherapeutický přístup k vedení rozhovoru se všemi členy rodiny bez předjímání dalšího průběhu krize. Je stále připravený reagovat na vznikající potřeby účastníků zapojených do setkávání. Dle vývoje situace zapojuje do setkávání další profesionály nebo neformální podporovatele.

Velkým potenciálem přístupu je také snížení stigmatizace duševního onemocnění a zaangažovanost sociálního okolí na péči v rámci celého regionu. Přenos praxe do kulturně a společensky jiných zemí ukáže, které prvky je možné realizovat beze změny, které je potřeba adaptovat s ohledem na specifika naší kultury (vyšší stigmatizace, tendence zůstat v anonymitě v rámci menších měst a obcí).

## 4.5 Zahraniční zkušenosti - shrnutí

---

Časné intervence, které jsou poskytovány specializovanými komunitními týmy, jsou postaveny na spolupráci s primární péčí a s rodinou klienta/pacienta. Časné intervence jsou mnohdy doprovázeny postupy zaměřenými na časnou detekci, které mají podobu osvětových kampaní zaměřených na destigmatizaci psychiatrické péče a vzdělávání veřejnosti v oblasti duševního zdraví, čímž přispívají ke zkrácení doby mezi prvními příznaky a vyhledáním odborné pomoci. Služby poskytované v rámci časné intervence však nekončí časnou detekcí. Klientovo/pacientovo fyzické i psychické zdraví je nadále monitorováno, a to až po dobu pěti let. Efektivitu časných intervencí se podařilo již prokázat v mnoha ohledech (zkrácení DUP, nižší procento relapsů, zlepšení kvality života apod.). V případě LEO se navíc ukázalo, že programy časné intervence mohou být efektivní i z ekonomického hlediska. U ostatních studií chybí důkazy o efektivitě nákladů, jelikož ekonomické evaluace nebyly jejich součástí.



## 5 Organizační rámec služby EI

MUDr. Petr Hejzlar

### 5.1 Fungování služby v kontextu sítě dalších služeb a prostředí komunity

Místo v síti služeb a kooperaci s dalšími poskytovateli a komunitními zdroji, jako jsou školy, úřady či policie, určuje primární účel služby poskytující časné intervence u psychóz (služba EI). Tím je zkrátit na minimum období neléčené psychózy (respektive předejít rozvoji psychózy u lidí ve stavu „at risk“) a tím zlepšit perspektivy osobní úzdravy, pracovního zapojení a nutnosti čerpat profesionální služby.

Díky svému místu v síti služeb, navázané spolupráci s dalšími poskytovateli a komunitními zdroji, má služba EI schopnost rychle a účinně kontaktovat (být rychle přivolána) lidi s prvotní zkušeností při rozvoji psychózy a pomoci jim. Anebo opačně – lidé s potřebou časné intervence pak nemusejí často neefektivně hledat v rozličných službách, kdo jim poskytne adekvátní posouzení stavu, léčbu a podporu.

Základem usnadnění vstupu klienta/pacienta do péče služby EI je jasně a srozumitelně definovat účel služby, cílovou skupinu včetně věkové hranice, dostupnost služby, možnosti léčby a podpory. Služba musí vytvořit seznam relevantních skupin příjemců těchto informací (potenciální klienti/pacienti, rodinní příslušníci, odborné zdravotní a sociální služby, školská zařízení, policie, úřady, zaměstnavatelé) a zpracovat pro různé skupiny strategie, jak informace o svém účelu a činnosti předávat. V případě odborných poskytovatelů i komunitních zdrojů je potřebné disponovat jmenným seznamem kompetentních kontaktních osob (např. v případě škol půjde o školní psychology a výchovné poradce, v případě policie o policisty poskytující krizovou intervenci atp.). Strategie předávání informací by měly být různorodé, od distribuce tištěných materiálů, přes rozhovory s kontaktními osobami až po edukační práci se skupinami (např. semináře či workshopy pro studenty středních škol, využití sociálních médií a webu).

Vstupem klienta/pacienta do služby EI spolupráce v síti služeb samozřejmě nekončí, nýbrž začíná. Služba EI využije spolupráci jiných služeb pro naplňování plánů péče v oblasti sociální podpory a začlenění, studijního rozvoje a pracovního uplatnění. Protože lidé s první psychotickou atakou mívají často potíže způsobené zanedbáním péče o zdraví, je potřeba budovat kontakty s praktickými lékaři i ambulantními specialisty. Také mívají přidružené psychické potíže či poruchy. Nejčastěji se jedná o zneužívání návykových látek, zkušenosti s traumatizujícími zážitky a neurovývojové poruchy, jako jsou poruchy autistického spektra. Vyrovnat se efektivně s přidruženými psychickými obtížemi může být nad rámec kvalifikace a profesních dovedností pracovníků služby EI, a tak by měla služba mít stálé externí spolupracovníky nebo spolupracující poskytovatele specifických služeb.

Specifickou oblastí je pak podpora dalšího vzdělávání a pracovního uplatnění klientů/pacientů služby. Služba by měla mít přehled o lokálních možnostech vzdělávání, tréninku pracovních dovedností a pracovního zařazení. Optimální je disponovat okruhem zaměstnavatelů, kteří jsou schopni přijímat do zaměstnání klienty/pacienty s potřebou flexibilního nastavení pracovních podmínek, zejména délky pracovní doby.

### 5.2 Vnitřní uspořádání služby

Vnitřní organizace služby odráží mnoho praktických aspektů vyplývajících z lokálních podmínek a možností. V prostředí menších měst a venkovského spádového území nemusí být efektivní vytvářet samostatné týmy EI. Roli hrají možnosti financování a dostupnost kvalifikovaného personálu. Záleží také na vyspělosti regionálního systému komunitní péče o duševní zdraví. Služba EI představuje spíše rozvojovou specializaci než základní „stavební kámen“. V zásadě lze rozlišit tři modely organizace:

- 1) Služba EI jako samostatný a nezávislý prvek (tým) systému komunitní péče („stand alone model“)
- 2) Specialisté pro EI jsou součástí týmu, který má i další funkce („hub and spoke model“)

### 3) EI jako prvek spektra činností regionálního komunitního týmu („integrated model“) (NICE, 2016)

První z modelů má nejlépe doloženou efektivitu doručení EI podpory potenciálním příjemcům. Předpokládáme nicméně, že v českých podmínkách bude většina poskytovatelů vycházet z integrovaného modelu. Motivací pro vytváření specializovanější služby by mohl být prokázaný fakt, že v integrovaném modelu je nejnižší úroveň asertivního navázání na lidi, kteří zažívají první psychotickou ataku, a tím pádem vyšší počet osob, které ze služby předčasně „vypadávají“ (Fowler, 2009).

Pokud EI poskytuje specializovaný samostatný tým, existuje riziko jeho přetížení vstupem dalších klientů/pacientů v čase. Je nutné, aby byla stanovena maximální doba, po kterou takový tým bude s klientem/pacientem v kontaktu. Stejně tak musí být jasně definováno, kdo a za jakých podmínek o klienta/pacienta přebírá péči (návazná služba). Je výhodou, když specializovaný tým i návazná služba mají stejného zřizovatele. Specializovaný tým by měl mít alespoň 5 pracovníků různých profesí. Záleží na spádovém území a na stanovené době, ve které má klienta/pacienta předat do návazné služby.

Zařazení specialistů na EI do týmu s dalšími funkcemi (zvl. assertive outreach) může dobře fungovat za předpokladu jasně stanovených vnitřních postupů a rozdělení kompetencí mezi specializovanou a „nespecializovanou“ částí týmu. Samozřejmostí by měla být pravidla vzájemné zastupitelnosti členů týmu. Přesto mohou vznikat nesnáze a výzvy v procesu vyladění týmové kooperace, když se část týmu může cítit přetížená či naopak nevyužitá. V tomto modelu není jednoduché nastavit systém porad, aby byly efektivní. Do určité míry je přijatelný systém paralelních porad specializované části týmu, ale je to náročné na čas vedoucího týmu a nese to riziko narušování koheze celého týmu („oni a my“).

Integrovaný model je vlastně z hlediska organizace nejjednodušší. Poskytovatel služby může řešit, jaký objem vzdělávání by měl svým zaměstnancům předepisovat pro oblast časných intervencí, aby mohli pracovat v tomto směru co nejúčinněji, ale přitom nebyli přetížení.

V zahraničních modelech poskytování EI bývá standardem provádění regionální informační kampaně s cílem zvýšit informovanost veřejnosti v oblasti rozpoznání prvních příznaků psychózy, významu časné intervence a povědomí o činnosti týmů EI. Žádoucím efektem kampaně tedy je, aby si lidé propojili případnou zkušenost změn a nápadností v chování svých blízkých s informacemi o prvotních projevech psychózy a věděli, kde vyhledat pomoc a co od ní očekávat. Pokud pomoc poskytuje specializovaný tým EI, je to pro veřejnost nejlépe čitelné a adresné. U ostatních dvou organizačních modelů nemusí být veřejnosti jasné, zda ve spektru činností týmu jsou i časné intervence, kdo konkrétně je v týmu provádí, na koho přesně se obrátit. Služba musí dobře nastavit, kdo v týmu přijímá žádost o pomoc zájemců „z ulice“, jak rychle dojde k identifikaci první ataky psychózy a jak rychle se žádosti o pomoc ujme specializovaný pracovník. V opačném případě dochází ke zmatkům a k časovým prodlevám, což zvyšuje riziko zklamaného očekávání (nabídka vyplývající z kampaně neodpovídá reálné službě). Klienty/pacienty, kteří museli překonat určité zábrany, aby se obrátili na odbornou službu, může takové zklamání nadlouho odradit od dalšího kontaktu.

## 6 Kompetence potřebné pro EI

Mgr. Jiří Šupa, PhD.

### 6.1 Kompetence/zodpovědnost v týmu

Všechny modely vycházejí z nezbytného základu multidisciplinární týmové spolupráce. Poskytování EI vyžaduje tyto profese a role (funkce):

**Pracovník pro případové vedení** (u nás case manager, v angl. literatuře care coordinator): vytváří plány péče založené na principech zotavení (podpora silných stránek, self managementu), podporuje klienty/pacienty v celém spektru jejich potřeb, má dovednosti pro práci v multidisciplinárním týmu, jeho pozice vyžaduje flexibilitu a kreativitu při hledání způsobů podpory, musí být schopen poradit v oblasti bydlení, sociálních dávek, dluhů, může se podílet na rodinných intervencích (má-li odpovídající vzdělání a supervizi); profesí může být sociální pracovník, zdravotní sestra i ergoterapeut.

**Psychiatr**: je zapojený do procesu vstupního vyhodnocování (včetně stanovení diagnózy), podílí se na rozhodnutí o přijetí do péče, na tvorbě plánů péče a na rozhodování o ukončení péče, zvláště když klient/pacient přestane spolupracovat, neplánovaně se vytratí ze služby nebo přeruší kontakt; funguje jako konzultant pro ostatní členy týmu i spolupracující subjekty; může mít psychotherapeutické vzdělání, kterého využívá.

**Klinický psycholog**: podílí se na procesu vstupního vyhodnocování, provádí psychodiagnostiku, měl by mít psychotherapeutické vzdělání, příp. specializaci pro oblast péče o klienty/pacienty s psychózou nebo výcvik v rodinné terapii.

**Specialista pro vzdělávání a zaměstnávání**: zaměřuje se na podporu při hledání adekvátního zaměstnání nebo vzdělávání, je iniciativní v budování sítě spolupracujících subjektů pro tyto oblasti; má být součástí týmu, nikoliv externím spolupracovníkem. Profesí se jedná nejčastěji o sociálního pracovníka.

**Peer konzultant**: může být součástí týmu, zaměřuje se na proces zotavení, podporuje klienty/pacienty při získávání dovedností ke zvládnutí první psychotické ataky.

Dle potřeb situace se zapojují do péče i další profesionálové, např. dětské psychiatry a psychologové a další.

Vzhledem ke specifickým práce s lidmi s první epizodou psychózy mají mít pracovníci poskytující EI k dispozici svou externí supervizi, a to bez ohledu na model organizace.

#### Klíčové komponenty časné intervence z hlediska potřeb uživatelů péče a rodinných příslušníků

- zajištění možnosti rychlého zhodnocení odborníkem schopným rozpoznat první ataku psychózy;
- schopnost vytvářet v klientovi/pacientovi důvěru;
- zajištění kompetentního poradenství, které klientovi/pacientovi a jeho blízkým umožní pochopit probíhající proces ataky a podpořit možnosti jejího zvládnutí;
- zaměření na prevenci relapsu: tvorba krizového plánu a rychlá reakce v krizových situacích;
- dostatečně široké a efektivní možnosti psychologických a farmakoterapeutických intervencí, které lze cíleně využít u klienta/pacienta;
- zhodnocení potřeb pečovatелů;
- pravidelné kontroly fyzického zdraví, monitoring a případně odpovídající léčba patologických změn;
- zhodnocení rizik a jejich průběžné vyhodnocování;
- zhodnocení dalších přidružených potíží jako např. deprese, úzkosti, zneužívání návykových látek.

Funkce a role pracovníků EI umožňují včasnou detekci díky osvětě, rychlou reakci na informaci o možném začínajícím procesu onemocnění (od 24 hodin až po 14 dní), práci s rodinnými příslušníky (psychoedukace, rodinná terapie), péči v přirozeném prostředí klientů/pacientů (ACT, otevřený dialog). Součástí podpory multidisciplinárního týmu je pomoc při hledání zaměstnání nebo podpora ve studiu. Charakteristický je také intenzivní, flexibilní a proaktivní způsob kontaktu s klientem/pacientem a jeho blízkými. Dle svých specifíků se v nabídce týmů objevují různé programy, jako je psychoedukace rodiny, trénink sociál-

ních dovedností, programy podporující dovednosti zaměřené na vyrovnání se s onemocněním, na zacházení s léky, snížení stresu, rodinná terapie, vícerodinné terapeutické skupiny. Z důvodů intenzity a flexibility se u pracovníků snižuje kapacita na poměr cca 1 : 10 (pracovník: klient/pacient). Standardem je tvorba společného plánu léčby a krizové plánování jako součást prevence relapsu.

## 6.2 Vzdělávání členů EI týmů

---

### Bc. Vendula Machů, Mgr. Lucie Kondrátová

Vzdělávání pro členy detekčních (intervenčních) týmů probíhá v zahraničí na dvou úrovních: a) filozofie časných intervencí pro lidi s prvními příznaky psychózy a b) služby napomáhající rychlému zotavení (recovery) (Heinssen, Goldstein, & Azrin, 2014). Všichni členové týmu musí znát teoretický koncept CSC<sup>2</sup> léčby včetně specifik práce s dětmi a mládeží nebo důležitosti pozitivního přístupu ke klientovi/pacientovi. Dále musí členové týmu rozumět nejčastějším problémům, které se dotýkají všech služeb zahrnutých do léčby, jako například zvýšené riziko sebevraždy v prvních letech léčby nebo zvýšené riziko rozvoje závislosti.

V rámci programu OPUS jsou všichni členové týmu certifikovanými skupinovými terapeuty a klíčovými pracovníky (Andreasen, 2008). Aby byla zajištěna kvalita poskytovaných služeb, je všem pracovníkům poskytováno kontinuální vzdělávání a supervize. Členové týmu, kteří pracují s klienty/pacienty a jejich rodinami na tzv. *multi-family groups* jsou vedeni psychiatrem, se kterým se dvakrát měsíčně v rámci supervize setkávají. Na členy týmu pracující s klienty/pacienty na rozvíjení jejich sociálních dovedností dohlíží speciálně vyškolený psycholog. Navíc se všichni členové týmu účastní během roku různých přednášek a seminářů.

Pro pracovníky jiného programu, amerického RAISE<sup>3</sup>, byly vytvořeny výukové materiály – instruktážní videa, manuály, letáky a pracovní listy, které jsou dostupné online. Aby byly dodržovány principy programů časných intervencí, mají všichni členové týmu možnost konzultovat léčbu s kolegy během každotýdenních porad či prostřednictvím různých webinářů nebo programů dálkového vzdělávání. V programu RAISE je také kladen důraz na spolupráci členů týmu s bývalými klienty/pacienty, kteří mohou přispět k „atraktivitě“ služby pro mladé lidi.

Ve druhém manuálu RAISE zaměřeném na implementaci CSC je podrobně rozepsán průběh vzdělávání členů detekčních týmů (Bennett, Piscitelli, Goldman, Essock, & Dixon, 2009)

### Doporučené materiály:

#### Manuály RAISE:

Manual I: Outreach and Recruitment

Dostupné z: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-i-outreach-and-referral\\_147094.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-i-outreach-and-referral_147094.pdf)

Manual II: Implementation (administrativní otázky implementace programu, vzdělávání a supervize členů týmů)

Dotupné z: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-ii-implementation-manual\\_147093.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-ii-implementation-manual_147093.pdf)

- CSC** (coordinated specialty care) je léčba zaměřená na recovery klientů s první epizodou psychózy. Na léčbě se podílí multidisciplinární týmy, cílem je poskytnout klientovi prostor k spolurozhodování o vlastní léčbě. Jedná se o podobný typ léčby, která byla klientům poskytována např. v rámci programů OPUS a TIPS.
- Projekt **RAISE** (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode) byl zahájen v roce 2008 jako studie, která měla za cíl porovnat CSC se standardní péčí. Z publikovaných výsledků vyplývá, že CSC je účinnější než běžná léčba, navíc je nákladově efektivní a taky samotní pacienti věří, že jim léčba pomáhá. V současnosti se výzkumníci z RAISE soustředí na využití poznatků z původní studie a nadále hledají způsoby, jak lidem s první epizodou psychózy pomáhat, například snižováním délky neléčené psychózy.

**Webináře RAISE:**

Různá témata (první ataka psychózy, CSC, rodina, medikace, plánování CSC programu)

Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/raise-related-webinars.shtml#3>

Bennett, M., Piscitelli, S., Goldman, H., Essock, S., & Dixon, L. (2009). Coordinated Specialty Care for First Episode Psychosis, Manual II: Implementation. Bethesda: National Institute of Mental Health.

Dostupné z: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-ii-implementation-manual\\_147093.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-ii-implementation-manual_147093.pdf)

Heinssen, R., Goldstein, A., & Azrin, S. (2014). Evidence-Based Treatments for First Episode Psychosis: Components of Coordinated Specialty Care.

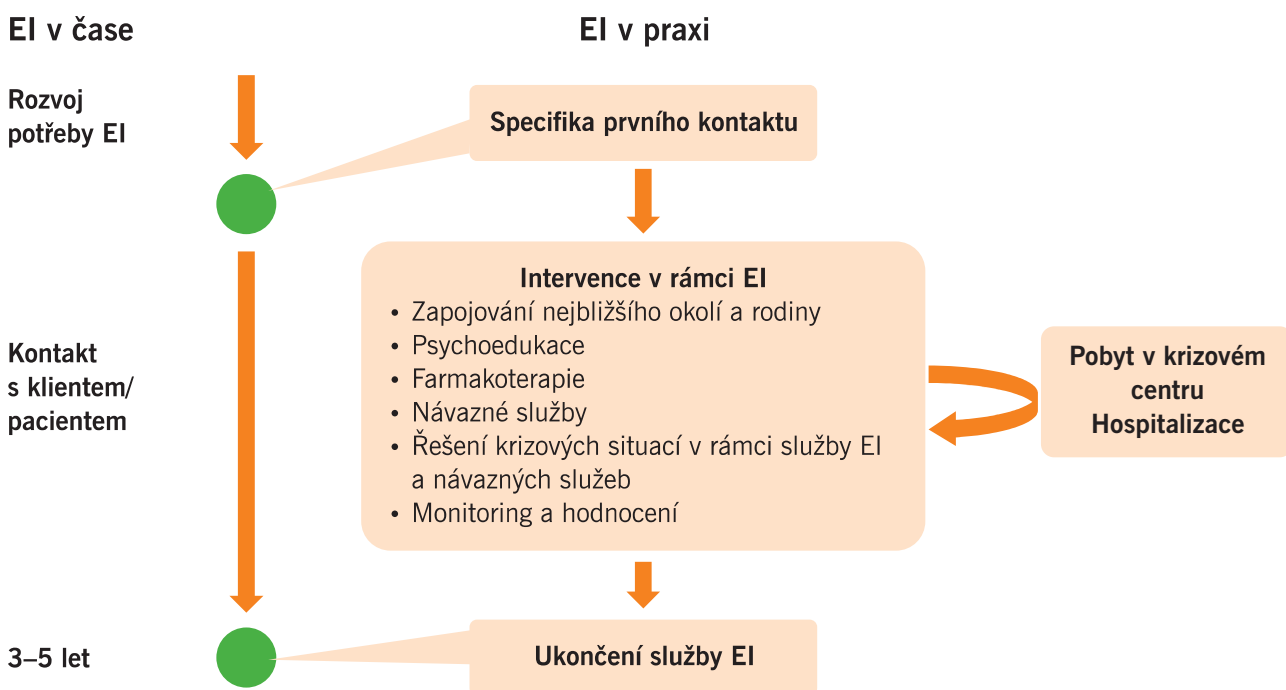
Dostupné z: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/nimh-white-paper-csc-forfep\\_147096.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/nimh-white-paper-csc-forfep_147096.pdf)

## 7 Doporučené postupy EI

V předchozích kapitolách jsme se problematice časných intervencí věnovali více obecně a vycházeli jsme při tom ze zahraničních modelů založených na důkazech.

V této kapitole probereme detailněji jednotlivé postupy, které jsou charakteristické pro práci týmu časných intervencí a zároveň se liší od zavedených postupů práce běžného komunitního týmu CDZ. Tímto chceme poskytnout jistá vodítka za situace, kdy jednotlivé komunitní týmy CDZ budou koncipovat spolupráci s cílovou skupinou klientů vyžadujících časné intervence dle svých možností a zkušeností. Na obrázku 1 jsou přehledně znázorněny oblasti v procesu časných intervencí, kterými se tato kapitola zabývá.

**Obrázek 1: EI v čase a v praxi**



### 7.1 Specifika prvního kontaktu

**MUDr. Jan Lorenc**

V zahraničních modelech se první kontakt odehrává různým způsobem, vstupují do něj také různé týmy dle konkrétního zacílení služby, které se odlišují mírou specializace a komplexnosti poskytovaných služeb, časovým limitem zásahu od doporučení do služeb (od 24 hodin do 2 týdnů) a délkou poskytované služby (2–5 let).

**Norský program TIPS** je specifický svou cílovou definicí zaměřenou především na detekci a identifikaci FEP (první psychotické ataky) při co možno nejkratším vstupu do služeb (24 hodin od prvního kontaktu). Detekční týmy se skládaly z psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků, kteří po kontaktu s identifikovaným klientem/pacientem do 24 hodin prováděli strukturovanou diagnostickou proceduru a poskytovali také primární prevenci ve veřejných zařízeních (školy, zdravotnická zařízení aj.).

**Dánský program OPUS** si kladl za cíl prokázat efektivitu integrované léčby. Prvokontakt spočíval v získání klienta/pacienta ke spolupráci v multidisciplinárním týmu, který se pak něho stará v rámci integrující léčby po celou dobu 2 let.

V anglickém programu **Lambeth Early Onset (LEO)** vstupuje klient/pacient do prvokontaktu s krizovým týmem do 14 dnů od doporučení. Krizový tým je zodpovědný za diagnostiku, předává do péče multidisciplip-

linárního týmu. Paralelně s projektem LEO běží **program časně detekce OASIS**, který cílí na rizikové osoby se zvýšenou psychologickou zátěží bez specifických známek FEP. Pokud je třeba, předává tým OASIS po 6týdenní spolupráci klienta/pacienta do péče týmu LEO.

### Specifika prvního kontaktu na straně klienta/pacienta

První kontakt ovlivňuje mnohé parametry na straně klienta/pacienta. Je třeba počítat s tím, že první kontakt se nemusí odehrávat mezi službou a klientem/pacientem, ale ve většině případů jako první kontaktují službu příbuzní, nejčastěji rodiče nebo jiní blízcí klienta/pacienta (partner, sourozenec, učitel...). Ze strany klienta/pacienta a příbuzných pravděpodobnost kontaktu negativně ovlivňuje fakt, že prodromální příznaky jsou obtížně identifikovatelné a často zůstávají nepovšimnuty. Příznaky mohou být mylně interpretovány v souvislosti s traumatem, emocionální reaktivitou, případně maskovány za různými psychickými, převážně úzkostnými či pseudoneurastickými obtížemi anebo tělesnými stesky. Obtížné může být i jednoznačné rozlišení prvotních příznaků psychotického onemocnění u abusu návykových látek (halucinogenů, stimulantů). Také riziko stigmatizace hraje důležitou roli, odrazuje mnohé, zvláště rodiče, od kontaktu s psychosociálními službami. Děti a dospívající mohou být stigmatizováni či diskriminováni ve škole, pokud vyjde najevo, že jsou v kontaktu s psychologicko-psychiatrickými službami. V neposlední řadě pak k prodloužení doby identifikace FEP může často vést i mobilita mladých klientů/pacientů (např. pobyt v jiném městě na koleji).

### Specifika prvního kontaktu na straně služby

Z hlediska služby je třeba definovat model organizace, ze kterého pak vyplývá, **komu** je služba poskytována, **kdo** ji poskytuje (specialista pro EI, tým EI), **kdy** ji poskytuje (standardně do 2 týdnů od doporučení) a **jak** vstupuje do prvokontaktu.

Úkolem pracovníka při prvokontaktu je posouzení celkové situace volajícího, tj. zjišťování očekávání volajícího (kdo volá, co se děje, kde se to děje).

V rámci prvokontaktu pracovník služby posuzuje riziko ohrožení vyplývající z krizové situace, posuzuje nutnost okamžitého lékařského zásahu (předávkování léky, intoxikace u suicidálního pokusu, domácí násilí atd.), posuzuje nutnost ochrany klienta/pacienta nebo jeho okolí (suicidální jednání, agresivita, autumtilace), posuzuje nutnost ochrany „závislých“ osob (děti, staří lidé), posuzuje nutnost zásahu jiných služeb (rychlá záchranná služby, policie, hasiči). V případech akutně ohrožujících stavů využijeme rychlou záchrannou službu (viz kapitola krizové situace).

Tým EI se cíleně zaměřuje na stavy, kde není nutný zásah řádově v minutách nebo hodinách (rychlá lékařská pomoc nebo krizové služby), ale kde jde o déletrvající stavy u klientů/pacientů, které se jeví jako rizikové pro rozvoj psychotického onemocnění, které ještě nebylo diagnostikováno, nebo ještě nebyli zachyceni v psychosociálních službách.

Zprvu domlouváme kontakt s volajícím, příp. jeho rodinou či identifikovaným klientem/pacientem v závislosti na ochotě ke spolupráci. V případech nespolečnické ze strany identifikovaného klienta/pacienta tým uplatňuje pravidlo minimálního kontraktu – tým asertivně nabízí služby všem zúčastněným, kteří mají zájem spolupracovat nebo vyhodnocují svoji situaci jako kritickou.

Prvokontakt plánujeme maximálně do 2 týdnů od prvního kontaktu buď v terénu, nebo na pracovišti týmu dle ochoty všech zainteresovaných ke spolupráci. Rozhodujícím aspektem při volbě místa prvotní konzultace je snaha o maximální omezení jakýchkoli překážek, které by mohly bránit jejímu uskutečnění. Pokud identifikovaný klient/pacient není ochoten spolupracovat, zůstáváme v kontaktu s příbuzným, s rodinou, dokud se nepodaří motivovat jej ke spolupráci. Do té doby však stále doprovázíme a poskytujeme poradenství, edukujeme či terapeuticky pracujeme s příbuzným nebo rodinou identifikovaného klienta/pacienta, dokud se s ním nepodaří navázat spolupráci trvalejšího charakteru. Pokusy o kontakt a spolupráci je možné ukončit pouze tehdy, pokud se ozřejmí, že klient/pacient nepatří do cílové skupiny. V opačném případě pokračuje spolupráce s rodinou a pokusy o kontakt se nepřetržitě opakují, dokud situace nedospěje ke standardnímu východisku (viz obr. 2).

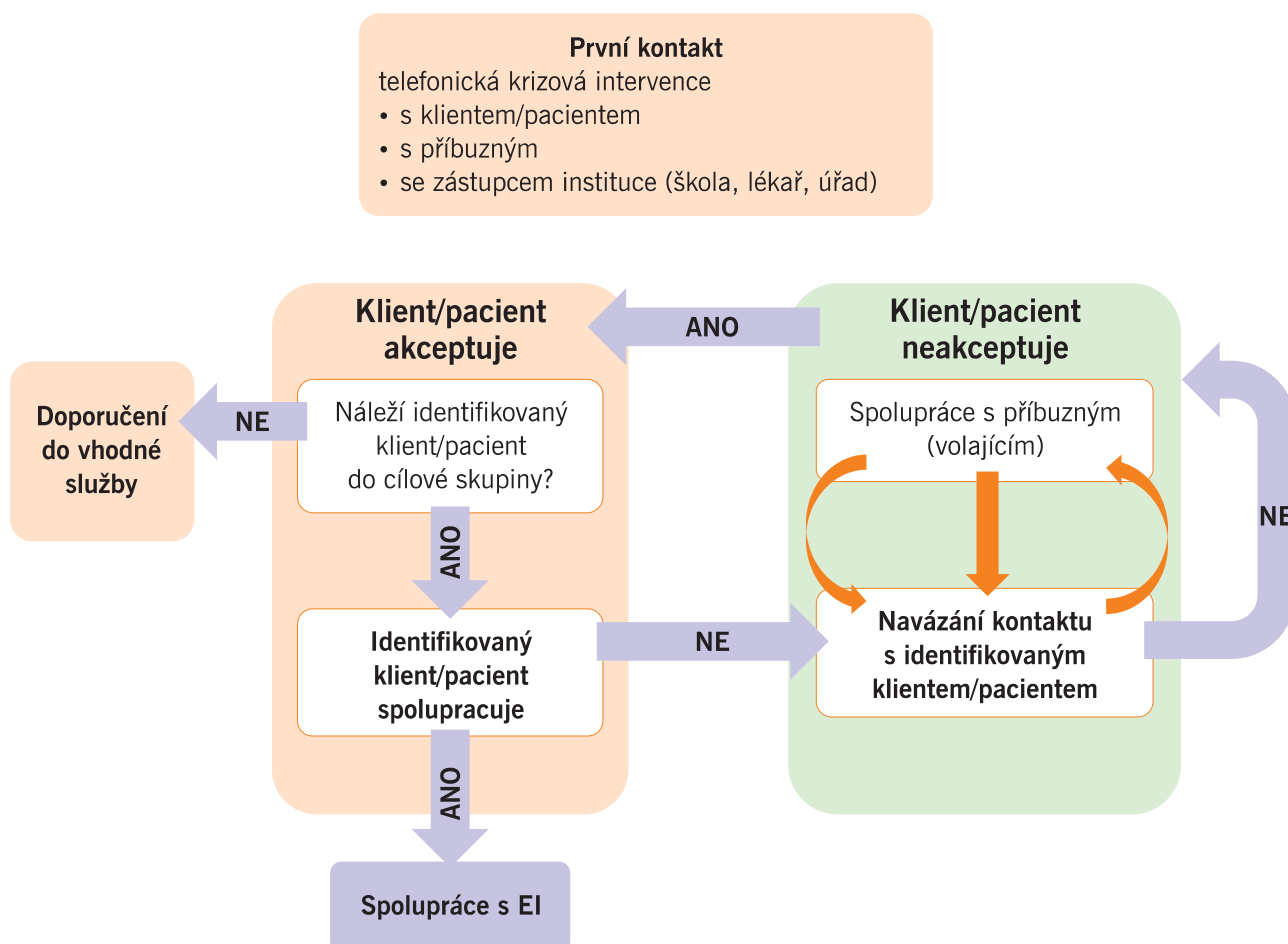
Při posuzování příznaků první ataky psychózy se orientujeme podle prodromálních příznaků nebo diagnostickými známkami již probíhající ataky. V dospívání a mladé dospělosti však může dojít k mnoha přechodným stavům, které mohou zprvu působit jako psychotická ataka, avšak teprve další průběh

rozhodne, zda jde o psychotickou ataku, nebo jiné alterace psychického stavu typické pro tento věk. Při nejasné diagnóze zůstáváme v kontaktu s identifikovaným klientem/pacientem nebo jeho rodinou, dokud se situace diagnosticky nevyjasní, což může trvat řádově měsíce až 2 roky.

Diagnostika a posuzování rizika rozvoje psychózy je součástí časných intervencí od prvotního kontaktu. Pojmy „prodromální stadium“ a „rizikové stavy“ označují možné přechodné příznaky psychózy, prodromy však již předpokládají rozvoj psychózy, zatímco pojem rizikové stavy, jak jej známe z anglické literatury, ponechává dalšímu průběhu otevřenější vyústění.

U cílové skupiny klientů/pacientů se kromě již rozvíjející se iniciální fáze psychózy můžeme setkat s mnoha projevy, které mohou poukazovat na možný rozvoj psychotického onemocnění. Jde o různé formy rizikových stavů (abusus halucinogenů nebo stimulantů, přechodné prepsychotické prožitky a psychotické prožitky, výskyt neobvyklých změn kognitivního fungování, sociálního stažení na pozadí rodinné zátěže závažného duševního onemocnění). Mohou se objevit již prodromální příznaky počínající psychózy, které se mohou rozvíjet měsíce až léta. Časné prodromální příznaky jsou pouze subjektivně zachytitelné změny sebevnímání, snížení tolerance ke stresu, delikátní subjektivně vnímané verbální a neverbální komunikační deficity (Schultze-Lutter, 2009). Pozdní prodromy se již projevují jako oslabené pozitivní příznaky, nezvyklé vjemy a myšlenkové obsahy, pocity velikášství i podezřívavosti, porucha vnímání a myšlenková dezorganizace (Yung, McGorry, 1996b). Iniciální fáze onemocnění se také mohou projevit necharakteristickými změnami v chování s neurastenickými, depresivními, hypochondrickými nebo úzkostně-fobickými příznaky, změnami v denním režimu – převážně chronickými poruchami spánku, v sociální oblasti pak dochází k ochuzení kontaktů, nedůvěřivosti ve vztahu k druhým i blízkým osobám, střídání neobvyklých afektivních projevů od předrážděnosti k patické lhostejnosti atd. (viz škála prodromální příznaků SOPS in Melicher, 2010).

**Obrázek 2: Schéma rozhodování při prvokontaktu**





## Jakub a první kontakt se službou EI

V příběhu Jakuba matka kontaktuje ambulantního psychiatra. V běžném nastavení pravidel dosavadní péče však ambulantní psychiatr nevstupuje do kontaktu s Jakubem, ani s jeho blízkými.

V případě fungujícího systému časných intervencí se pracovníci týmu EI po telefonátu s matkou rozhodují o výjezdu; zodpovědný pracovník týmu zprvu s matkou vyjednává o tom, že mohou přijet na její žádost – prozatím je totiž ona klientem týmu. Matka trvá na „postupu inkognito“. Pracovník týmu jí vysvětluje, že přijedou na její žádost (jezdí obvykle ve dvou) a budou hovořit s ní. Popisuje jí, jak funguje celý tým, nabízí, že přijede i psychiatr. Vyjednává o možnosti návštěvy. Matka Jakuba vyjadřuje stále obavy, že by to mohlo Jakubovi ublížit. Pracovník se rozhoduje ji tedy nejprve pozvat ke konzultaci, při které si bude moci udělat lepší představu o situaci v rodině i o Jakubově stavu, matce poskytnout nejen psychologickou podporu, ale také informace o způsobu práce týmu. Teprve poté se případně rozhodne o výjezdu. Matka s nabízeným řešením souhlasí.

Příběh by se mohl odvíjet mnoha cestami, důležité je, že se v této situaci snaží zachovat si neutrální pozici vůči všem členům rodiny; situace je trochu nepřehledná, matka volá, je sama v nouzi a bezradná, neví si rady, má obavu o syna, zároveň vyjadřuje strach ze stigmatizace syna. Protože je pracovník při vstupu do rodiny závislý na spolupráci matky, rozhoduje se, že je potřeba s ní zprvu navázat lepší kontakt, získat její důvěru a udělat si důkladnější představu o vztazích v rodině i o Jakubově stavu. Zprvu je potřeba připravit si podmínky pro vstup do rodiny.

## 7.2 Jak je zapojováno nejbližší okolí a rodina

Mgr. Jiří Šupa, PhD.

Práci s rodinou a s lidmi z klientova/pacientova okolí využívá většina přístupů v komunitní péči: podpora běžných sociálních rolí je součástí rehabilitačních programů (Wilken, Hollander, 2016), rodinná psychoedukace je považována za „praxi založenou na důkazech“ (Dixon, McFarlane, 2003), rodinná setkání jsou klíčovým pracovním nástrojem i v rámci otevřeného dialogu (Seikkula, Arnkil, 2013). Výsledky výzkumů ukazují pozitivní efekt programů zaměřených na rodinné příslušníky při zotavování klientů/pacientů (Falloon, 2003), na snížení stresu projevujícího se v rodině (Birchwood, Tarrier, 1992) a na snížení rizika relapsu (Pillig, Bebbington, Kuipers et al., 2002).

Rodina a další blízcí lidé mohou být zdrojem podpory, zároveň ji ale také sami potřebují. Vytvoření akceptujícího a současně přiměřeně náročného prostředí pozitivně působí na další schopnost klientů/pacientů s první atakou vyrovnat se svým stavem a situací. Vstřícné chování okolí a přirozené zapojování do běžných vztahů a aktivit jim pomáhá snižovat pocit izolace a udržovat si sociální dovednosti.

### Vybrané přístupy k podpoře rodiny

Spektrum přístupů zahrnuje různé typy psychoedukačních<sup>4</sup> a podpůrných skupinových aktivit, různorodé přístupy rodinné terapie, kognitivně-behaviorální postupy, dialogickou terapii a mnoho dalších.

Společným znakem všech přístupů je cílené, proaktivní a časově dostatečné zapojení týmu do spolupráce s rodinnými příslušníky a klientovým/pacientovým blízkým okolím. Metody a cíle se liší na základě převládající filozofie přístupu týmu, jejích teoretických východisek a zkušeností z praxe. Základním prvkem je přesvědčení, že psychologické intervence zaměřené na vztahy v sociálních vazbách klienta/pacienta mohou způsobit pozitivní změnu v procesu zotavování.

Skupinové programy nabízí rodinným příslušníkům větší příležitost ke sdílení svých příběhů, všímání si podobností a rozdílů, které může vést uvědomění si vlastního přístupu při vyrovnávání se s krizí. Pomáhá také vzájemná podpora, prostor pro uvolněné a bezpečné sdílení s pocitem, že ostatní zažívají něco podobného a mohou jim tak více rozumět (Spaniol et al., 1992).

<sup>4</sup> Více kap. 7.3 Psychoedukace.

Obvyklým cílem strukturovaných kognitivně-behaviorálních přístupů je rozvoj dovedností při řešení problémů a rozvoj strategií při snižování stresu společně s prohlubováním pochopení a akceptace člověka s diagnózou duševní nemoci (Birchwood, Tarrier, 1992).

Rodinná terapie chápe rodinu jako systém vztahů, které na sebe navzájem působí, např. dle principu komplementarity, kdy regresivní chování mladého člověka vede ke zvýšené péči ze strany matky. Rodinná terapie se zaměřuje na podporu zdrojů v rodině, vývojových procesů rodiny atp.

Dialogické přístupy<sup>5</sup> se zaměřují více na porozumění významu projevů duševního onemocnění, jejich roli v životě rodiny, podporují člověka jako aktivního „aktéra svého životního příběhu“. Rodina i klient/pacient s projevy duševní nemoci jsou zplnomocňováni prostřednictvím společného plánování péče, při němž jsou všechna rozhodnutí přijímána na společných setkáních.

## Specifika práce s rodinou během prvotních příznaků psychotického onemocnění:

### Vývojová fáze člověka s prvotními příznaky psychotického onemocnění a vývojové aspekty jeho rodiny

Hlavním motivem životního období, ve kterém se nejčastěji objevuje první ataka, je dospívání. Charakterizuje ho osamostatňování se od rodičů, vytváření vlastní identity, hledání partnera, řešení vzdělávání a profesní kariéry. Vedle procesu osamostatňování prochází změnami také vztah mezi rodiči, který nabývá nového významu. Partneři mohou čelit vztahové nebo osobnostní krizi. Objevení se psychických potíží u mladého člověka může vést k ne(do)řešení jeho vývojových úkolů a ke stagnaci vývoje rodinného systému. Objevuje se riziko zúžení životní perspektivy, ztráty odvahy potřebné k „opuštění rodného hnízda“, případně ztížení odchodu dospívajícího rodinným systémem.

Projevy symptomů a společně prožitá krize může vést ke zvýšení péče plynoucí z obav na straně rodičů. Mladý člověk se může cítit neustále pozorován. Bývá často dotazován na to, jak se má, a projevy emocí mohou být zaměňovány za projevy nemoci. Neplnění vysokých nároků rodičů vede ke kritice, zvyšování tlaku na aktivitu člověka vzpamatovávajícího se z následků první ataky, což u něj může vyvolat pasivní odpor nebo zvýšený stres.

V rámci časné intervence je člověk s prvotními symptomy dosud součástí běžných vztahů a zastává běžné sociální role nebo v nich teprve začíná selhávat. Někteří lidé s první zkušeností s duševní nemocí považují vstřícnou, aktivní a podpůrnou reakci okolí za důležitý prvek, který ovlivňuje přijetí jejich zkušenosti s duševní nemocí a vyrovnání se s ní. Blízcí lidé však zároveň potřebují podporu a prostor pro zpracování vlastních pocitů a myšlenek souvisejících s projevy první ataky u jejich blízkého.

### Emoční reakce na první ataku

Projevy symptomů u jednoho člena jsou součástí emočních a vztahových změn v jeho rodině. Rodina prochází různými stadii procesu vyrovnání. Zpočátku mohou být blízcí v šoku nebo být zahlceni pocitem bezmoci. To vede ke ztíženému vstřebávání informací a k citlivému vnímání reakce profesionálů na jejich situaci (Spaniol et al., 1992). Potřebují se naučit i něco o sobě – co s nimi dělá stres, jak se projevuje zátěž, co mohou dělat pro sebe, jak nejlépe komunikovat mezi sebou a s nemocným a čemu se v komunikaci vyhnout. Může se u nich také objevit odpor k nabízené podpoře na základě obav plynoucích z veřejné stigmatizace duševní nemoci v české společnosti.

Poskytnutí informací a psychoedukace pro ně může být určitou jistotou a uklidněním. Důležitý je také způsob, jak jsou informace předány a v jaké situaci.<sup>6</sup> Při dlouhodobější zátěži a stresu se mohou objevit psychické potíže i u blízkých osob, takže je nezbytné jim zajistit dostatečnou podporu.

Civilní a běžný společenský projev členů týmů spojený s respektujícím chováním je důležitý pro navázání příznivých vztahů mezi týmem a rodinou. Reakce a emoce jednotlivých členů je zapotřebí chápat jako nezbytný doprovod krize a je podstatné jim dát prostor k vyjádření. Objevují se pocity viny, bezmoci, vzteku, lftosti a hanby. Rodina může také zažívat obavy z odmítavého či nechápavého postoje okolí, potřebuje probrat a promyslet různé možnosti řešení své situace. Optimistický a otevřený postoj členů týmu sníží tyto obavy a umožní rozvoj bezpečného a podpůrného vztahu.

<sup>5</sup> V oblasti práce s lidmi v akutním stavu má nejpropracovanější způsob zapojení rodiny a okolí přístup otevřený dialog, který klade důraz na co nejvčasnější zapojení rodinných příslušníků a dalších blízkých lidí hned od začátku a na častější setkávání.

<sup>6</sup> Více kap. Psychoedukace.

Rodiče mohou mít také obavy ze ztráty životní perspektivy svého blízkého, zažívat pocit zklamání nebo naštvání na ostatní, kteří nic takového nezažili. Vedle předávání informací je zapotřebí podporovat vzájemné pochopení, trénovat, jak spolu hovořit a řešit potíže. Během první ataky může dojít také k mnoha konfliktům, které mohou zanechat nesmazatelné stopy v blízkých vztazích. Důsledkem může být ztráta respektu, fyzické napadení nebo způsobení ekonomické ztráty. Při nedostatečné podpoře dochází k udržování nevhodných komunikačních vzorců vedoucích k zvýšení stresu. Společné plánování léčby se všemi zaangażovanými lidmi může vést k větší aktivizaci zdrojů z prostředí klienta/pacienta a k pocitu kontroly nad situací.

Rodina může přicházet s vlastním konceptem duševní nemoci, který se hodí jejich myšlenkovému pojetí a životnímu stylu. Je vhodné nabízet vysvětlení a koncepty, které může rodina přijmout do svého myšlenkového rámce a opřít se o ně, anebo hledat a tvořit užitečné strategie vycházející z přesvědčení rodiny.

### Fáze reakcí rodiny při zotavování dle Spaniola

1. **Šok/popření** – rodina nerozumí tomu, co se děje, nechce to přijmout, rodinní příslušníci prožívají mnoho nepříjemných pocitů.
2. **Rozpoznání/přijetí** – rodina postupně přichází na to, že probíhající stavy jen tak nezmizí, objevují se pocity viny, smutek, sebeobviňování, začíná je přijímat.
3. **Rozvoj strategií k vyrovnání se s krizí, resp. nemocí** – rodina začíná pracovat na způsobech, jak podpořit svého blízkého i sebe.
4. **Advokacie** – prosazování svých témat a zvýšení schopnosti za ně vystupovat, snížení sebeobviňování, iniciace osobního rozvoje a nových životních rolí, zlepšení spolupráce s profesionály a rozvoj podpory ostatních atp.

Pracovníci musí být připravení na mnoho témat, která souvisí s projevy duševního onemocnění. Pokud není tématům blízkých lidí věnována dostatečná a mnohdy opakovaná pozornost a nejsou zpracována, mohou vést k negativním postojům k člověku s první atakou a zvýšenému stresu v rodině. Tým musí být schopen pružně reagovat na různé typy rodinné kultury, pestré komunikační styly členů rodiny a jejich měnící se potřeby. Základem práce s rodinou je vytvoření dobrého spojení prostřednictvím empatického, respektujícího, zplnomocňujícího přístupu ze strany členů týmu. Tým se zaměřuje na potřeby jednotlivých členů rodiny (emocionální potřeby, získávání informací), podporuje je při jejich sdílení, při hledání porozumění různorodým perspektivám jednotlivých členů rodiny.<sup>7</sup> Někdy je potřeba intenzivní péče, rychlé a opakované předávání důležitých informací a poskytování praktické podpory. Ze strany týmu to klade nárok na porozumění a práci s vývojovými procesy a vztahy v rodině (partnerský vztah rodičů, mezigenerační vztahy). Setkání s různými komunikačními styly rodiny vyžaduje neustálý rozvoj dovedností členů týmu pro práci s rodinou a pro udržování otevřeného a optimistického přístupu k budoucímu vývoji situace.

### Cíle rodinných intervencí

**Podpora vyrovnávacích strategií** – zaměření na zvýšení schopnosti vyrovnat se se stresem, psychohygienou, práce s vlastními myšlenkovými a pocity schémata, včetně praktických doporučení k životnímu stylu.

**Emoční odreagování** – vytváření prostoru pro vyjádření různých emocí (strach, vztek) jednotlivých členů rodiny, které se mohou v průběhu první ataky proměňovat, emocionální vyrovnávání se s psychicky náročným stavem u blízkého člověka.

**Řešení krizových situací** – vytváření společného krizového plánu, hledání řešení emocionálně vypjatých situací.

**Zlepšení komunikace a vztahů mezi jednotlivými členy rodiny** – podpora vzájemného porozumění, opuštění nevhodných komunikačních a vztahových vzorců, objevování nových možností řešení opakujících se situací.

**Změna rodinné atmosféry a snižování stresu** – práce s nadměrnou péčí a přehnanou kritikou ze strany rodičů, podpora silných stránek a zdrojů rodiny.

7 Při setkání se například tým snaží „zpřítomňovat“ pohled těch členů rodiny, kteří nejsou právě přítomni. Pracovníci se ptají, jaký názor na situaci má chybějící rodinný příslušník.

Každý tým si vytváří svůj specifický styl práce s rodinou na základě kombinace perspektivy profesní role, typu absolvovaných tréninků dovedností, terapeutických směrů převládajících v přístupu členů týmu a na základě životních zkušeností. Rozvoj profesionální kultury týmu, jeho jazyka, vztahů a procesů může přispět k vytváření důvěryhodného vztahu týmu s člověkem v psychotické atace a jeho rodinnými příslušníky. Tým si také vytváří představu o způsobu organizace setkávání a způsobu moderace setkání. Při setkávání s větším počtem rodinných příslušníků se ukazuje jako užitečné využívání reflektujících procesů (Andersen, 1995). V rozhovoru jsou naplánovány vstupy, kdy zazní reflexe rozhovoru a nápady rozvíjející další možnosti, kam v rozhovoru směřovat. Bud' se předem určí, kdo bude zastávat reflektující pozici (1-3 členové týmu) nebo se vyhradí čas, kdy rodina naslouchá diskusi týmu a reaguje až po skončení diskuze na reflektovaná témata.

## Zahraniční zkušenosti

V programech časné intervence je práce s rodinou součástí dobré praxe. Obsah těchto přístupů se většinou zaměřuje na předávání informací, psychoedukaci, zpracování emocionálních reakcí a podporu při vyrovnávání se se zátěžovou situací. Odlišuje se pouze přístup otevřený dialog, který klade důraz na psychoterapeuticky vedený rozhovor se všemi členy rodiny a lze jej chápat jako bližší rodinné terapii. Rodinná setkávání v něm hrají též specifickou a klíčovou roli při rozhodování o procesu léčby.

## Jakub a spolupráce s jeho okolím a rodinou

Do 24 hodin po prvním kontaktu s ambulantním psychiatrem se na rodinu naváže tým EI a začne poskytovat podporu všem jejím členům. Ambulantní psychiatr přímo organizuje první setkání s týmem a účastní se ho. Tým podporuje diskusi o možných vysvětleních probíhající krize, probírá a plánuje péči se všemi zúčastněnými. Díky dostatečné personální kapacitě je podpora tak intenzivní a flexibilní, jak to situace a stav zúčastněných vyžaduje. Důraz se klade na emoční vyrovnávání se se situací, rozvoj zdrojů a další potřebné procesy.

*Příklad rodinného setkání s Jakubem a jeho rodiči:*

Během telefonátu matka popíše Jakubův stav a pracovník týmu EI navrhne, že je přijedou navštívit domů. Matka by ráda, aby přijeli inkognito, obává se psychiatrické diagnózy. Pracovník sdělí, že slyší její obavy, první setkání je o seznámení se situací, společně na místě se domluví, jak budou dále postupovat. Zeptá se, kdo by ještě měl být přítomný na setkání, koho se situace ještě týká? Určitě to bude otec, který má o Jakuba velké obavy. Pracovník se ještě ptá, koho by mohl chtít Jakub, to však matka neví. Domluví se ještě, že matka s Jakubem probere příjezd tří členů týmu hned další den.

Po příjezdu se členové týmu představí, včetně svojí profese, domluví se na délce setkání. Většinou je dobré, aby setkání trvalo nejméně 1,5 hodiny. Během úvodu začínají zeširoka slovy „tady rodiče se na nás obrátili, abychom se zde společně potkali a řekli si, co se to u vás doma děje. Mohli bychom si tedy o tom promluvit. Kdo by nám to mohl přiblížit?“ Poté se tým snaží zjistit potřeby všech účastníků setkání, zdůrazňují podporu pro všechny přítomné. Jako první mluví Jakub, že se mu na setkání být nechtělo, říká, že nechápe, proč by se měl o tom, co se teď děje, s někým bavit. Pracovníci vyjádří pochopení pro jeho nechuť, ptají se, zda by přesto mohlo být setkání pro něj nějak užitečné. Jakub sděluje, že by se měla probrat matka, protože ze všeho hned šílí. Na to začne mluvit matka o tom, jak teď celé noci nespí a že se o Jakuba bojí, protože někdy nerozumí, o čem vlastně mluví, i když se o to snaží. Do hovoru se zapojuje otec, aby se přidal k matce, sděluje, že Jakub mluví zmateně, nedá se to poslouchat a mělo by se s ním něco udělat. Pracovníci reflektují slova Jakuba i rodičů a podporují nalezení společného cíle setkání. Zajímají se dále o názory všech zúčastněných na situaci, podporují diskusi o tom, jak by se situace měla řešit – „Opakovaně tady zaznívá, že pro vás (obrací se na rodiče) je nejhorší, že vy (obrací se na Jakuba) nespíte a v pokoji v noci křičíte. A vám, Jakube, vadí, že vám rodiče pořád vytýkají, že jste nechal školy. Myslíte, že situace spolu nějak souvisí? Co myslíte, že je potřeba dělat pro to, aby se situace vyřešila?“. Během setkání proberou hypotézu o psychospirituální krizi, o kterou jde podle matky, i myšlenky otce o tom, že se syn zbláznil, i Jakubovo tvrzení, že je na duchovní cestě. Zjišťují, proč Jakub křičí – snaží se zahnat demony, kteří k němu v noci chodí, bojí se jich. Diskutují také o všech možných řešeních si-

tuace – o hospitalizaci, podpoře v domácím prostředí a o tom, jak ji zajistit, o medikaci atp. Jakub by chtěl zůstat doma, zároveň je však potřeba brát ohled na spánek a klid rodičů. Na konci se domlouvá, že se Jakub bude snažit v noci spát a další den tým znovu přijede, proberou spolu, jak to šlo, a budou se dále bavit o tom, co by Jakubovi a rodičům mohlo pomoci.

## 7.3 Psychoedukace – jak a kdo ji poskytuje

**MUDr. Zuzana Foitová**

Psychoedukace se řadí mezi intervence, které jsou založené na důkazech a které mají prokazatelně příznivý vliv v péči o lidi s vážným duševním onemocněním a jejich rodiny. Zařazení psychoedukace do terapeutického plánu pacientů se schizofrenií vede k významnému snížení frekvence relapsů a rehospitalizací, zmírnění symptomů, zlepšení kvality života, posílení sociálních kompetencí, aktivnějšímu zapojení v pracovní rehabilitaci a snížení nákladů na péči (Xia, 2011).

### Psychoedukace – definice

Psychoedukace je systematická, strukturovaná a didaktická informace nemocným a jejich blízkým o nemoci a léčbě, jejímž cílem je naučit je dovednostem důležitým pro zvládnutí nemoci a usnadnit adaptaci na psychotické onemocnění (Motlová, 2007).

Cílem psychoedukace je informovat klienty/pacienty i jejich rodinné příslušníky o podstatě onemocnění, různých možnostech léčby, rehabilitačních postupech, perspektivě zotavení apod. Psychoedukace také slouží k porozumění nemoci, podpoře vlastní zodpovědnosti při zacházení s nemocí a povzbuzení při vyrovnávání se s nemocí. Na základě psychoedukace se mohou všichni zúčastnění lépe orientovat v rozpoznání varovných příznaků nemoci. Doporučuje rozčlenění cílů na jednotlivé zvládnutelné kroky: vyhýbání se stresu, úprava životosprávy apod.<sup>8</sup>

Jiná pojetí kladou větší důraz na psychoterapeutickou složku psychoedukace. Nejde jen o informování a nácvik dovedností, ale hlavně o sdílení pocitů (zmatek, únava, vina, obavy, zlost aj.), (spolu)prožívání nové situace, emocionální reakci na nemoc, vzájemnou podporu (peer podporu) mezi nemocnými nebo mezi rodinnými příslušníky ve stejné situaci, poskytování naděje a vzájemnou posilu a podporu. Úlohou terapeuta moderujícího psychoedukaci je pak i porozumění psychologickým aspektům adaptace na nemoc, zpracování pocitů viny nebo zlosti apod.

### Druhy psychoedukace:

**Nespecifická** – obecné informace o vhodné péči o duševní zdraví a pohodu, o duševních nemocech aj. Například v Norsku existuje široká veřejná informační kampaň v novinách, televizi, rádiu, letácích, školách a ve zdravotnických zařízeních první linie.

**Specifická** – informace poskytované a) konkrétní cílové skupině v populaci (např. edukace středoškolařů o depresi, poruchách příjmu potravy apod.), b) konkrétní cílové skupině nemocných nebo jejich příbuzných (např. pacientům s panickou poruchou, příbuzným osob se schizofrenií apod.), c) informace o konkrétní problematice (např. normální a patologická úzkost, farmakologická léčba deprese apod.).

**Individualizovaná** – „na míru šitá“ edukace pro konkrétního klienta/pacienta nebo pro jeho blízké o konkrétní problematice dotyčného, jeho symptomech, jeho psychoterapii, jeho medikaci, o různých způsobech zvládnutí symptomů, možnostech bydlení, trávení volného času...

### Formy:

Psychoedukace může probíhat individuálně s klientem/pacientem nebo příbuzným či blízkým, dále skupinově – většinou v homogenní skupině buď klientů/pacientů, nebo příbuzných či blízkých. Rodinná psychoedukace se provádí s členy rodiny a vícerozrodinná s členy více rodin současně.

<sup>8</sup> Více na: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=165>.

V současnosti je u nás nejčastější nabídka skupinových programů pro příbuzné, které probíhají v sérii 8–10 setkání. Jinou alternativou je psychoedukace probíhající v časovém bloku – většinou ve formě víkendového vícerodinného setkání, kde je část programu organizována společně a část odděleně pro nemocné a pro rodinné příslušníky.

Přínosem psychoedukace je poučení o vzniku, průběhu a prognóze nemoci, získání informací o možnostech léčby, o jejích alternativách, o dostupnosti různých druhů léčby. Účastníci vždy těží ze sdílení zkušeností – často byli do té doby se svou zkušeností s nemocí sami a většinou ze strachu ze stigmatizace o ní mimo rodinu nebyli schopni hovořit. Účastníci oceňují psychologická vysvětlení ze strany moderátorů, podporu ze strany ostatních účastníků. Účastníci také většinou těží z praktických nácviků dovedností zaměřených na rozvoj nových adaptačních strategií.

### Kdy edukovat?

I v rámci psychoedukace platí, že čím dříve, tím lépe! Klienti/pacienti mají být v léčbě našimi partnery – proto potřebují být vybaveni informacemi. Také rodinní příslušníci si často nevědí rady a nedokáží pojmenovat a porozumět, co se děje. Psychoedukace v rámci EI pak může předcházet mnohým dramatickým a vypjatým situacím, pokud jsou jak klienti/pacienti, tak jejich rodinní příslušníci dlouho bez potřebných informací a sociálně izolováni.

### Jak edukovat?

V rámci EI se psychoedukace přizpůsobuje individuálním potřebám klientů/pacientů a jejich rodin – většinou se provádí méně systematickou formou, ale je více šita na míru individuálním potřebám konkrétních zúčastněných v domácím prostředí.

Aspekty psychoedukace jsou součástí spolupráce jak v počáteční fázi spolupráce (kontaktování rodiny a klienta/pacienta), ev. později při zhoršení stavu a hrozícím relapsu – také však přizpůsobené konkrétním okolnostem. V dalším průběhu onemocnění a při již navázané spolupráci klienta/pacienta a rodiny lze nabídnout skupinové psychoedukační programy.

### Co edukovat?

Většina psychoedukačních programů pro lidi s vážným duševním onemocněním (SMI nebo ohrožené SMI) má podobný obsah:

- nemoci – biologické a psychologické souvislosti, příčiny, statistiky;
- léčba – bio-psycho-sociální přístup, psychoterapie, léky vč. nežádoucích účinků;
- zotavení, naděje;
- rodina a duševní nemoc – rodina a klient/pacient se mohou navzájem stresovat a tak vytvářet a udržovat chronicky stresující prostředí: a) míra vyjádřených emocí (expressed emotion) a jak ji regulovat, jak komunikovat v rodině, řešení konfliktů; b) partnerství, vztahy a sex; c) člověk s duševním onemocněním jako rodič;
- škola – jak přizpůsobit studium, s kým jednat;
- finance - co dělat při finanční tísní, nároky na sociální dávky, pracovní neschopnost, invalidizace;
- bydlení – je vhodná separace od rodiny, nebo ne?, podpora samostatnosti, praktická podpora;
- nácviky sociálních a praktických dovedností (vaření a jídlo, životospráva, braní léků...);
- užívání návykových látek – proč a jak omezit, jak snižovat craving, motivace ke změně;
- agresivita a duševní nemoc;
- kreativita a duševní nemoc.

### V rámci psychoedukace bývá většinou užitečné nacvičovat tyto dovednosti:

Zvládání stresu (stress-management): rozpoznávání zdrojů stresu, dovednosti při vyrovnávání se se stresem vč. nácviku relaxace, plánování času a denního režimu, zlepšení stravy a stravování, zařazení pohybu do denního/týdenního programu, pravidelný a dostatečný spánek, kontakty s lidmi, pobývání v přírodě, hudba, příjemné aktivity apod.

Zvládání symptomů (symptom-management): identifikace a rozpoznávání časných varovných příznaků, pravidelné monitorování symptomů (např. program R-Itareps), techniky zvládání symptomů (stopová-

ní negativních myšlenek, řízené dýchání proti úzkosti, způsoby snižování a odolávání cravingu, KBT techniky práce s hlasy apod.), vytvoření plánu prevence relapsu, zvyšování odolnosti aj.

Zvládání medikace (medication-management): prohlubování znalostí klientů/pacientů o účincích a rizicích medikace, společné rozhodování o medikaci, nácvik přípravy léků do dávkovače, zodpovědnost pacienta za dílčí úpravy dávkování podle aktuálního stavu – nácvik apod.

## Zahraniční zkušenosti

Všechny zmíněné zahraniční programy – LEO, OPUS, TIPS – poskytují psychoedukaci pacientům a rodinným příslušníkům jako nedílnou součást péče.

V britském programu LEO psychoedukaci poskytovali všichni členové týmu (psychiatr, psycholog, ergoterapeut, zdravotní sestra).

V dánském programu OPUS byla poskytována psychoedukace podle McFarlana (Dixon, McFarlan, 2001). Psychoedukační terapie podle McFarlana se skládá z pravidelných setkání dvou terapeutů a čtyř až šesti pacientů s rodinnými příslušníky. Terapie probíhá dvakrát měsíčně, trvá 90 minut a je orientovaná na rozvíjení schopnosti řešit problémy. Pacienti a jejich rodiny jsou v rámci těchto pravidelných schůzek informováni o nabízených službách a medikaci. Velmi důležitou složkou těchto setkání jsou také rozhovory s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Trénink sociálních dovedností se koná buď ve skupinách šesti pacientů, nebo pokud si to pacient přeje, jednotlivě. Trénuje se především zvládání symptomů, řešení konfliktů a správné dodržování medikace. Pacientům, kteří rozvoj sociálních dovedností nepotřebují, je poskytnuta individuální psychoedukace.

Norský program TIPS sestával v léčbě první epizody schizofrenie z individuální psychoterapie, medikace a rodinné psychoedukace. Kromě toho zahrnoval i nespécifickou edukaci – doprovodnou kampaň s cílem vzdělávání veřejnosti v rozpoznání příznaků schizofrenie, důležitosti časně detekce a existence a činnosti detekčních týmů. Kampaň probíhala formou distribuce brožurek do rodin (do každé dopisní schránky), dále formou novinových článků většího rozsahu s destigmatizačním obsahem (vyvracení mýtů), speciálních webových stránek, videospotů v kinech a v televizi. Odborníci pracovali rovněž se studenty a učiteli přímo na školách a součástí kampaně bylo i vzdělávání zdravotníků. Takto široce pojatá edukace veřejnosti měla vliv na zvýšený záchyt časných stadií psychických onemocnění. Potvrdila se potřebnost průběžného vzdělávání veřejnosti, neboť po ukončení široké kampaně došlo opět k poklesu využívání časně detekce.

## Jakub, co mohlo být jinak?

Při větším společenském povědomí o otázkách duševního zdraví a nemoci (kampaň v médiích, na Facebooku, na středních a vysokých školách) se Jakub může mnohem dříve dozvědět o rizicích nadměrného stresu, vyhledat psychologické poradenství apod.

Při první návštěvě Jakuba doma: rodiče jsou lépe informovaní, netrvají na návštěvě psychiatra inkognito. Může dojít k navázání kontaktu s Jakubem a rodinou, s poskytnutím prvních informací o problému a možných variantách řešení, s poskytnutím podpory a dohody o monitorování vývoje. Od počátku se vytváří vztah důvěry a Jakub se může při dalším zhoršení stavu na psychiatra obrátit sám, nebo psychiatr znovu přijede na žádost rodičů do prostředí, které již zná, a i Jakub lékaře poznává a může s ním navázat vztah. Nebo jsou alespoň Jakubovi rodiče poučeni, jak se zachovat při dalším zhoršení stavu, event. agresivně.

Při existenci mobilního multiprofesního týmu školeného v časných intervencích se domlouvají od prvního telefonátu matky častější návštěvy u Jakuba doma, jeho stav je lépe monitorován, průběžná individualizovaná psychoedukace a ev. i včasné nasazení malých dávek medikace zabraňuje spolu s dalšími intervencemi (např. snížení stresu úpravou studijní zátěže, zlepšením komunikace v rodině, snížením napětí nabídkou vytrvalé intenzivní podpory) stupňování neklidu a agrese a možná i hospitalizaci (přinejmenším omezuje její dramatickosti a s ní spojené negativní prožitky).

## 7.4 Farmakoterapie v rámci časné intervence

---

**MUDr. Miroslav Pastucha, Mgr. Lucie Kondrátová**

Pravidla použití farmakoterapie se i v oblasti časné intervence řídí oficiální metodikou, kterou vydává a aktualizuje Česká psychiatrická společnost. K dnešnímu datu /2016/ je aktuální publikace Doporučené postupy psychiatrické péče IV., vydaná v roce 2014. Výběr správného psychofarmaka, jeho dávkování a způsob podání je plně v kompetenci specialisty – psychiatra. Vhodným způsobem ordinovaný lék může mít velmi rychlý a zásadní pozitivní účinek na psychický stav nemocného, může výrazně zkrátit dobu léčby a zabránit chronickým následkům závažné duševní poruchy. Na druhou stranu je potřeba upozornit, že u části nemocných není samotná farmakoterapie dostatečná pro dosažení uspokojivého zotavení a v některých případech může zotavení dokonce i bránit.

### 7.4.1 Etický aspekt časné intervence

Programy časné intervence jsou založeny na principu časné detekce. Programy proto nepracují pouze s osobami v akutním stadiu nemoci, ale někteří z klientů se nacházejí v prodromální fázi onemocnění či vykazují rizikové příznaky. Z dostupných studií se ovšem ukazuje, že pouze u části klientů z populace s rizikem vzniku vážného duševního onemocnění dojde k rozvinutí akutního stadia nemoci. Například, podíl rozvinutých psychóz u populace s vysokým rizikem rozvoje psychózy se pohybuje mezi 9 a 70 % (Ricciardi, McAllister, & Dazzan, 2008).

### 7.4.2 Základní principy dobré farmakoterapie v rámci EI

#### **Komunikace**

Léky mohou fungovat dobře pouze u nemocného, který medikaci vnitřně přijme, pochopí její význam a důvěřuje jí. Psychofarmaka mají mezi laickou veřejností silně negativní obraz. Proto je potřeba věnovat dostatek času vysvětlení principů jejich působení. I způsob vysvětlení je nutné přizpůsobit tak, aby mu klient/pacient co nejlépe porozuměl. Někdo bude preferovat spíše vysvětlení pomocí zjednodušujících kategorií, jiný zase lépe vnímá důkladné vysvětlení na úrovni molekulární biologie a biochemie. Psychiatr by měl při každém setkání s klientem/pacientem myslet na to, zda není vhodné věnovat určitý čas edukaci o lécích. A to i proto, že lidé s psychickou poruchou mají často změněné vnímání, sníženou schopnost koncentrace, jejich schopnost porozumět informacím může být omezená a mohou si je hůře pamatovat. Může se stát, že při rozhovoru zjistíme, že si klient/pacient nezapamatoval, co jsme mu při posledním setkání tak důkladně vysvětlovali. Zároveň je potřeba neustále zkoumat, jakou formu podávání informací nemocný preferuje, čemu nejlépe rozumí, a tyto poznatky uplatňovat v dalším přístupu ke klientovi/pacientovi.

#### **Farmakoterapie a zotavení**

Pro překlenutí negativních postojů vůči psychofarmakům je výhodné uplatnit přístup orientovaný na zotavení. Nemocný člověk a jeho zotavení se musí řídit zejména jeho vlastními tužbami, preferencemi a silnými stránkami, na kterých bude stavět svůj budoucí úspěch. Pro běžného člověka je koncept nemoci s jasnými diagnostickými a terapeutickými pravidly většinou cizí. Daleko víc vnímá omezení, která mu nemoc přináší. Pokud ordinujeme antipsychotika, protože nemocný trpí psychózou, můžeme dost dobře narazit na odpor, ať už zjevný, anebo skrytý. Klient/pacient buď odmítne léky úplně, nebo si je nechá předepsat, ale neužívá je vůbec, nebo jen nepravidelně či v menších dávkách, než ordinujeme. To může vést k tomu, že léky nefungují tak, jak bychom čekali, spokojený není lékař, ani nemocný, což se promítne i do kvality terapeutického vztahu. Vhodnějším způsobem je zaměřit se na příznaky nemoci, které klienta/pacienta omezují. Ten například říká, že chce chodit do práce, ale nemůže spát, protože na něj působí energie od sousedů. Lze nabídnout antipsychotikum jako lék, který snižuje citlivost na tyto energie a zlepšuje spánek. Recovery přístup je vhodné aplikovat i při výběru léků na základě jejich nežádoucích účinků. Pokud například víme, že nemocná je ve svém zaměstnání cvičitelkou nebo telefonistkou, zvážíme, že léky s výraznějšími extrapyramidovými vedlejšími účinky pravděpodobně zhorší pohybové nebo artikulační



schopnosti nemocné a z pohledu dlouhodobého zotavení tedy mohou být kontraproduktivní. Pro jiné lidi zase může být velmi nepříjemné zvýšení hmotnosti, které často doprovází některá antipsychotika.

### Dávkování

Co se týče antipsychotik, je vhodné začínat vždy co nejnižší dávkou. Zabráníme tak výrazným vedlejším příznakům léků, jako je útlum, svalová ztuhlost, pocity omámení, vnitřní napětí a neklid. Tyto příznaky se sice většinou dají později zmírnit úpravou dávkování, ale negativní vzpomínky klientovi/pacientovi často zůstávají dlouhou dobu a podepisují se na ochotě spolupracovat s psychiatry a dalšími službami a zvyšují riziko chronifikace nemoci. Často je výhodné podat spolu s antipsychotikem i benzodiazepinové anxiolytikum, které potlačuje některé nepříjemné účinky antipsychotik a pro klienty/pacienty je užití většinou subjektivně příjemné. Musíme mít ale na paměti jejich potenciál vyvolávat závislost a včas je vysadit. Dávky antipsychotika poté pozvolna zvyšujeme a hledáme kompromis mezi potlačením nepříjemných příznaků onemocnění a intenzitou vedlejších účinků. Cílem nemusí být plně potlačit symptomy, pokud by to mohlo způsobit nepříznivé důsledky. Například klient/pacient nemá halucinace, ale je natolik utlumený, že 16 hodin denně prospí, váha mu stoupla na 120 kg, špatně mluví a zhoršil se mu zrak. S pomocí kvalitní edukace se nemocní mohou naučit dobře zvládat pozitivní psychotické příznaky onemocnění bez nutnosti je úplně potlačovat léky. Vždy ale záleží zejména na preferenci klienta/pacienta, s nímž je třeba terapeutické cíle vždy konzultovat a přizpůsobovat se jim.

Jestliže chceme co nejlépe využít příznivý efekt medikace, musíme se snažit zajistit, aby je nemocný správně užíval. Nedostatečný účinek léků je velmi často způsoben tím, že nemocní léky užívají jinak, než by měli, například v menších dávkách, nepravidelně, jednou více a jednou méně atd. Někdy může být vhodnější zvolit kompromis v podobě nižší dávky, pokud je větší šance, že ji bude klient/pacient užívat pravidelně.

Pokud je to možné, vyhýbáme se nedobrovolnému podávání antipsychotik parenterálně. Bezprostřední efekt je sice často velký, z dlouhodobého hlediska ale může uškodit zotavení nemocných, protože sebou přináší negativní emoce a vzpomínky, které mohou dlouhodobě ovlivnit celkové postoje k léčbě a obecně k pomoci, kterou nabízíme.

## Jakub a léky

Psychiatr po rozhovoru s Jakubem usoudí, že léčba psychofarmaky mu může prospět. V jeho případě se jedná zejména o antipsychotika nebo anxiolytika. Jakub sám v rozhovoru říká, že nebude brát žádné psycho léky, není přece žádný blázen. Pokud k tomuto postoji psychiatr přihlédne, rozhodne se, že zkusí pátrat, jaké příznaky Jakuba nejvíce zatěžují. Velmi ho trápí, že je unavený a nesoustředěný, nezvládá pojmout všechno, co se mu honí hlavou. Lékař mluví o tom, že možná i jeho mozek potřebuje úlevu, například se vyspat. Popíše mu, čím je spánek důležitý při regeneraci mozku. Jakub se zmíní o tom, že mu v soustředění brání i různé zvuky, hlasy, možná to dělají sousedé nebo někdo, kdo ho chce zastavit. Psychiatr navrhne hypotézu, že bez těchto obtěžujících zvuků by se Jakub možná soustředil lépe, vyspal se a byl spokojenější a snáze pak dosáhl toho, co chce. Jeho mozek by začal zase dobře fungovat. Jakub souhlasí, asi by to bylo dobré. Lékař nabídne antipsychotikum s tím, že řekne, že je to lék na zlepšení spánku a soustředění. U Jakuba může snížit citlivost na zvuky a hlasy, které mu vadí, zmírnit chaos v myšlenkách. Vysvětlí, že mu předepíše nejnižší možnou dávku a teprve se vyzkouší, jak bude Jakub lék tolerovat. Nabídne mu schůzku druhý den po užití léku, aby to spolu mohli probrat. Psychiatr mu vysvětlí, že se mu pravděpodobně uleví, ale jako u každého léku, existuje malá možnost, že mu nesesedne, proto je dobré medikaci pravidelně konzultovat a vycházet v další léčbě z jeho zkušenosti. Jelikož je Jakub student práv, může toto lékař využít k tomu, že Jakuba ujistí, že užívání léků je vždy dobrovolné a výjimkou jsou pouze opravdu závažné rizika ohrožující zdraví. Vysvětlí mu, že řešení jeho životní situace nespočívá jen v užívání léků, ty mu ale nabízí proto, aby se lépe soustředil a byl schopný své pocity a myšlenky lépe diskutovat s ostatními, když je to potřeba.

## 7.5 Návazné služby

### MUDr. Petr Hejzlar

K předání klienta/pacienta návazným službám dochází při stabilizaci nebo naopak zhoršení stavu. To předpokládá definovat jednak kritéria této stabilizace či zhoršení, jednak doporučenou dobu, po kterou má služba EI klienta/pacienta v péči. Kritéria mohou být taxativní (např. skóre GAF, HONOS, PANSS) i kvalitativní (míra podpory v přirozeném prostředí, výhled výskytu zátěžových situací, míra spolupráce pacienta atp.). Například v modelu LEO tým včasné intervence poskytuje pacientům krizovou pomoc po dobu přibližně šesti týdnů (dokud pacient není stabilizovaný nebo hospitalizovaný) a poté pacienta předává hlavnímu komunitnímu týmu, v jehož péči bývá pacient s první psychotickou epizodou po další dva až tři roky.

V případě stabilizace může být klient/pacient předán do běžné ambulantní psychiatrické péče. Obvyklejší ale bývá paralelní poskytování služeb EI a návazné ambulantní péče. V modelu OPUS je každému klientovi/pacientovi přidělen koordinační pracovník, který s klientem/pacientem udržuje kontakt, koordinuje léčbu a komunikuje s ostatními složkami zdravotně-sociálního systému včetně praktického lékaře. Samozřejmostí je udržení kontaktu i v případě hospitalizace klienta/pacienta. Obecně by v případě hospitalizace mělo být paralelní poskytování služeb obvyklé, aby docházelo k plánování potřebné péče po propuštění. Konkrétní navazující služby se budou také odvíjet od zvoleného organizačního modelu (viz kapitola 5 Organizační rámec služby EI), konkrétním definováním služby EI, kritérií pro předání apod. a od dostupných služeb v regionu.

Praxe v účinných zahraničních modelech je podrobně popsána v kapitole 4 Zahraniční zkušenosti (které jsou založené na důkazech).

## Jakub, co mohlo být jinak?

Použitý příběh inspirovaný skutečností odráží diskontinuitu našich zdravotních služeb a jejich limity zvykové (ambulantní psychiatr nenavštíví klienta/pacienta u něj doma) či technicko-organizační (akutní lůžkové oddělení nemá dostatečnou kapacitu a podmínky pro zvládnutí neklidu pacienta). Systém potřebnému klientovi/pacientovi nenabízí kontinuální péči. Klient/pacient s psychoticky dezintegrovaným vyhodnocováním reality těžko pochopí, natož přijme změny, ke kterým dochází. Zprvu bez jakékoli péče se najednou ocitá nedobrovolně hospitalizovaný a zanedlouho následuje překlad do jiného lůžkového zařízení.

V systému využívajícím postupy časné intervence má klient/pacient svého průvodce (klíčového pracovníka, case managera) z detekčního týmu. Zodpovědností profesionála je vyhodnotit (cestou týmového rozhodování), kdy je žádoucí využít návazné služby (zde přijetí k akutní hospitalizaci), a zejména klienta/pacienta i jeho rodinu na změny připravit, pochopitelnou formou je zdůvodnit a popsat možné přínosy i rizika. Profesionál z týmu časné intervence nekončí u zařizování změn, ale osobně jimi provází. Poskytuje podporu v adaptaci v cizím prostředí, pomáhá obhajovat jeho preference a ošetřujícímu personálu lůžkového zařízení se souhlasem klient/pacienta poskytuje užitečné informace z dosavadní spolupráce. Klientovi/pacientovi tím vším usnadňuje vstup do návazné služby a zároveň mu svou kontinuální podporou umožňuje vytvořit si perspektivu, že hospitalizace je jen dočasné řešení na nezbytně nutnou dobu. Tento přístup zvyšuje naději na rozvoj dobrého náhledu na onemocnění, adherenci v léčbě a budoucí překonání (ze strany klienta/pacienta i ze strany jeho rodiny) důsledků zásahu duševní poruchy do běhu života.

## 7.6 Monitoring a hodnocení

**Mgr. Lucie Kondrátová, Bc. Vendula Machů**

Multidisciplinární týmy časné intervence kromě samotné přímé rehabilitační práce s klientem/pacientem rovněž provádějí hodnocení za použití standardizovaných měřicích škál. Některé z těchto škál jsou administrovány přímo pracovníkem zdravotně-sociálních služeb, některé škály vyplňuje klient/pacient služby samostatně s možností asistence pracovníka týmu. Hodnoticí nástroje jsou nutnou složkou poskytované služby, jelikož umožňují hodnocení efektivity poskytované služby v čase.

Mezi jednotlivé nástroje, které jsou používány v rámci na důkazech založených programů časné intervence, patří nástroje hodnotící symptomatiku daného klienta/pacienta (1), celkové fungování (2), spokojenost se službami (3), kvalitu života (4) či adherenci k léčbě (5). Mezi nejpoužívanější výzkumné nástroje patří především PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) a GAF (Global Assessment of Functioning), přičemž oba tyto nástroje jsou administrovány přímo pracovníky týmů na základě pozorování klienta/pacienta a vyžadují speciální zaškolení pro práci s tímto nástrojem.

Kromě toho se evidují sociodemografická data (věk, pohlaví, rodinný a zaměstnanecký status, typ bydlení) a data o počtu a délce hospitalizací během doby poskytování služby. Pro služby časné intervence je specifickým ukazatelem tzv. DUP, neboli doba neléčené psychózy (duration of untreated psychosis). O ukazateli DUP se obvykle hovoří jako o počtu týdnů od prvních příznaků do doby vyhledávání profesionalizované služby. V jednotlivých modelech časné intervence se způsoby získávání tohoto údaje liší, vždy jsou ale založeny na metodě retrospektivně orientovaného rozhovoru mezi pracovníkem služeb a klientem/pacientem. Níže jsou blíže popsány způsoby měření doby neléčené psychózy u programů OPUS a TIPS.

### Způsoby měření doby neléčené psychózy

V programu OPUS je délka neléčené psychózy definována jako doba od výskytu alespoň jednoho psychotického symptomu až do zahájení vhodné léčby. Psychotické symptomy byly posuzovány pomocí IRAOS (*Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia*). Ten zahrnuje prvky z klinického nástroje SCAN, který je založen na rozhovoru klinického pracovníka a klienta/pacienta a který se zaměřuje na určení hlavní diagnózy a případných psychiatrických komorbidit. IRAOS je kratší variantou SCAN, která umožňuje snadnější a rychlejší použití a také reflektuje schopnost klientů/pacientů vybavit si první příznaky. Aby výzkumníci získali přesnější data o délce neléčené psychózy, pomáhali vybavit si dobu, kdy u nich poprvé propukly psychotické symptomy, v souvislostech s důležitými událostmi v jejich životě (Nordentoft et al., 2008).

V programu TIPS je délka neléčené psychózy měřena podobně jako v programu OPUS, a sice jako doba od výskytu prvních pozitivních psychotických příznaků až po zahájení adekvátní léčby. Namísto IRAOS byla k určení času prvních symptomů v programu TIPS využita škála PANSS (*Positive and Negative Symptom Scale*). Pro zajištění spolehlivých dat výzkumníci prováděli rozhovory jak s klienty/pacienty, tak s jejich příbuznými (Friis et al., 2005).

## Jakub a způsoby monitoringu a hodnocení

Po prvním setkání s Jakubem rozhodne psychiatr, člen týmu časné intervence, o přijetí Jakuba do programu. V době, kdy je již Jakub ve stabilizovaném stavu, se psychiatr za použití k tomu určeného nástroje (např. IRAOS či PANSS) pokusí přibližně určit dobu, kdy se u Jakuba objevily první příznaky, a stanovit tak délku neléčené psychózy. Po celou dobu trvání programu se Jakub s psychiatrem i ostatními pracovníky týmu dále pravidelně setkávají a průběžně vyhodnocují pokrok, kterého Jakub dosahuje. Zároveň se zaměřují na plánování služby tak, aby odpovídala na Jakubovy aktuální potřeby. V obou těchto případech jsou nápomocné i jednotlivé hodnoticí nástroje, které proškolení pracovníci týmu s Jakubem vyplňují, případně je vyplňuje Jakub samostatně. Ještě před vstupem do programu je Jakub obe-

známen s tím, že dotazníky jsou součástí služby, a proto byl zatím vždy ochotný při vyplňování dotazníků spolupracovat. Jakub sám poznává, že mu pomáhá se pravidelně k dotazníkům vracet a dělat si vlastní reflexi toho, jak se v průběhu služby posouvá dále k zotavení. Hodnotící nástroje však neslouží pouze ke zhodnocení Jakubova stavu, ale také k evaluaci poskytované služby, což je důležité z hlediska plánování a rozvoje služeb.

## 7.7 Řešení krizových situací v EI

**MUDr. Jan Lorenc, MUDr. Miroslav Pastucha**

Krizí rozumíme psychickou reakci na situaci, ve které selhává adaptační schopnost klienta/pacienta.

Akutní krizové situace v rámci psychopatologických syndromů představují náhlé a různě naléhavé obtíže různé etiologie: 1. deliria; 2. akutní reakce na stres; 3. panické ataky; 4. intoxikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami; 5. akutní psychotickou nebo afektivní epizodu.

Adekvátní službou pro pomoc u delirií a intoxikací vyžadujících neodkladnou lékařskou pomoc je rychlá záchranná služba. Akutní reakce na stres a panické ataky jsou specifické tím, že klient/pacient vyhledává sám službu (zavolá si RZS nebo sám přijde do krizového centra).

Klienti/pacienti s akutními psychotickými obtížemi a akutní afektivní epizodou budou nejčastější cílovou skupinou multidisciplinárního komunitního týmu.

V případě EI jde o ještě nediodagnostikovanou nebo ve službách nezachycenou psychotickou reakci, prodromální fázi psychotického onemocnění nebo již probíhající prvotní akutní psychotickou epizodu. Odpovědní pracovníci pak musí odlišit potenciální klienty/pacienty vyžadující pomoc specializovaných služeb EI od klientů/pacientů vyžadujících jinou službu (RZS, služby krizového centra) nebo klientů/pacientů s předchozí léčebnou historií (viz obr. 3).

V krizové situaci se v rámci EI méně setkáváme přímo s klientem/pacientem, častěji vyhledává pomoc jeho blízký nebo příbuzný. Rozhodujícím momentem v akutní krizové situaci je posouzení rizika ohrožení klienta/pacienta nebo jeho okolí:

1. riziko suicidálního jednání či jiného sebepoškozování, riziko nebezpečného impulzivního jednání, specifické riziko ohrožujícího zdraví pod vlivem psychotických prožitků
2. nutnost ochrany klienta/pacienta nebo blízkých osob: agresivní jednání, násilí, zajištění bezpečí neso-  
běstačným osobám (děti, senioři).

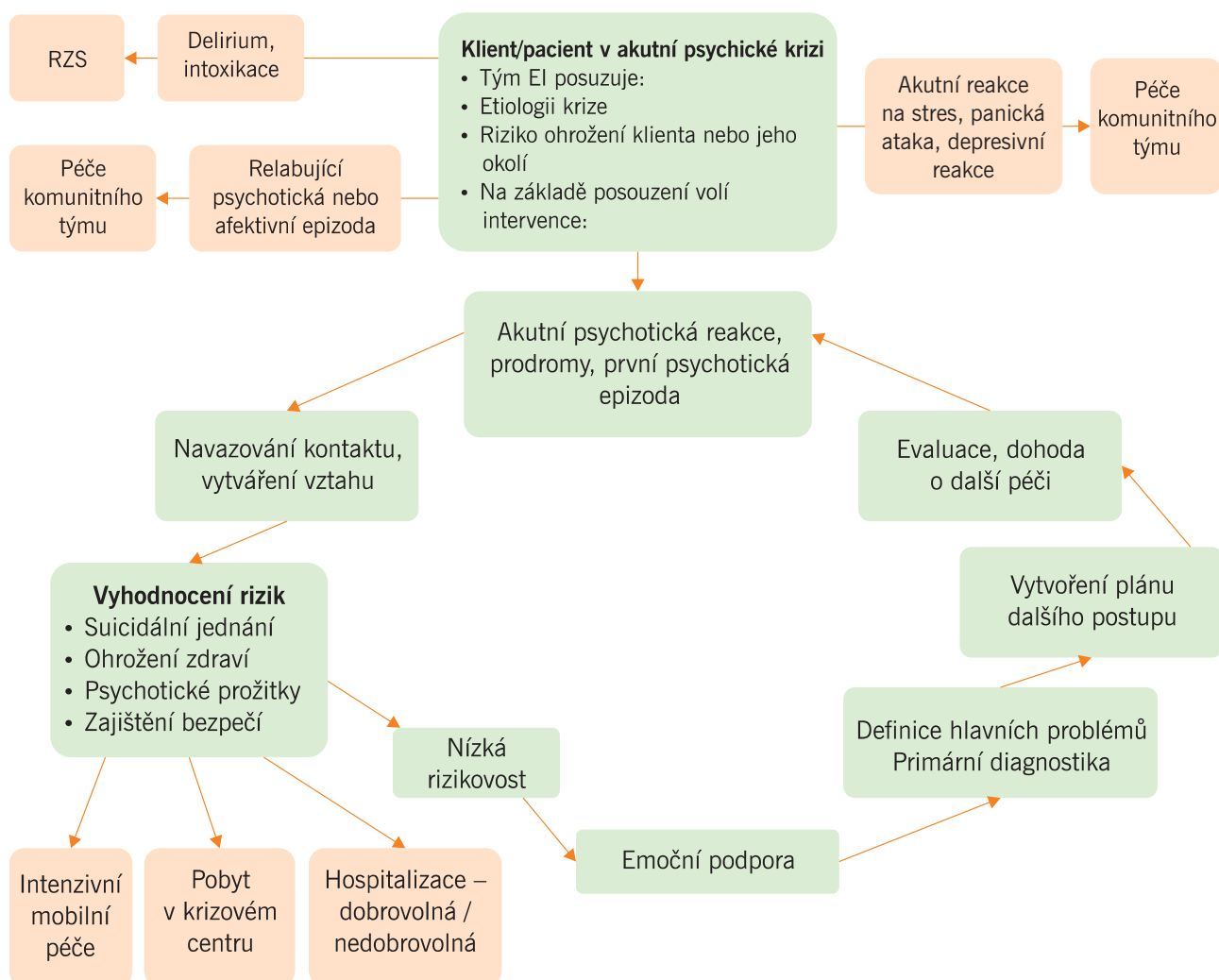
Často se musíme v krizových situacích rozhodovat o nutnosti hospitalizace na psychiatrickém oddělení, ať už dobrovolné, nebo nedobrovolné, o pobytu v krizovém centru, příp. o poskytování intenzivní mobilní krizové péče v místě vzniku krize (viz obr. 3).

Rozhodování o nedobrovolné hospitalizaci je v kompetenci psychiatra v týmu (příp. lékaře RZS). Při vyhodnocení v místě vzniku krize můžeme odpovědněji rozhodnout o adekvátnosti tohoto řešení: vodítkem pak pro nás bude vyhodnocení aktuálních rizik a také míra sociální a emocionální podpory v místě vzniku krize. V případě nedobrovolné hospitalizace pak postup řízený členy zkušeného týmu probíhá mnohem důstojněji pro všechny zúčastněné, zvláště pokud je nutné ve vyhocených případech pacifikovat násilí, může předcházet případné další stigmatizaci či dokonce traumatizaci klienta/pacienta.

Cílem pobytu v krizovém centru v případě zachované integrity psychických funkcí je intenzivní diagnostický a léčebný proces s vysokou mírou terapeutické aktivity s možným zapojením členů rodiny. Péče v krizovém centru se zaměřuje na spouštěče krize, terapeutické cíle se zaměřují na překonání krize, intervence zohledňují psychické zdroje klienta/pacienta i zdroje jeho blízkých vztahů. Pobyt je časově vymezený řádově na dny. Podle Standardů CDZ by měla vznikat CDZ – K (CDZ vybavená krizovým centrem), která budou mít roli zajištění emergentních služeb pro určitý region s nepřetržitou dostupností 24 hodin denně/7 dní v týdnu.

Pokud je možné krizi zvládnout v místě krize, pracuje tým intenzivně s klientem/pacientem a jeho rodinou či blízkými až do překonání krize a přitom navazuje klienta/pacienta na standardní péči multidisciplinárního týmu.

Obrázek 3: Rozhodovací schéma pro zařazení do služeb v akutní psychické krizi



Úkolem týmu při organizaci práce je vyčlenit si vždy volnou kapacitu pro krizové situace dle předem definovaných podmínek (doba reakce, časové limity v průběhu dne). Výjezdu do terénu se vždy účastní min. 2 pracovníci, kompetence a role pracovníků jsou jasně definované. Výjezd tým plánuje po předchozím telefonickém kontaktu, dle okolností rozhoduje o výjezdu, o způsobu transportu do místa krize, v místě krize pak navazuje kontakt s účastníky krize definovaným způsobem, identifikuje problém, hledá alternativy řešení, vytváří a formuluje plán a následnou péči po dohodě s klientem, příp. blízkými osobami.

**Hospitalizace** na psychiatrickém lůžku je jedním z možných způsobů léčby časných stadií psychotických poruch. Kdykoliv v průběhu spolupráce může buď sám klient/pacient, anebo pomáhající pracovník dospět k závěru, že by bylo lepší, aby léčba probíhala v prostředí nemocnice. Dochází k tomu většinou v situaci, kdy se z určitého důvodu jeví alternativa ambulantní péče jako nedostatečná nebo dokonce riziková. Konečné rozhodnutí o přijetí k hospitalizaci je v kompetenci psychiatra lůžkového zařízení, a to ideálně s informovaným souhlasem nemocného. V určitých situacích může hospitalizace probíhat i nedobrovolně, pokud hrozí bezprostřední závažné riziko poškození zdraví nebo smrti pro klienta/pacienta nebo jeho okolí a/nebo se klient/pacient nedokáže pro poruchu vědomí právoplatně rozhodovat a jeho stav vyžaduje neodkladnou léčbu.

Některé situace, které vyžadují hospitalizaci, jsou na první pohled zřejmé. Například je nemocný akutně sebevražedný, již páchá sebevražedný pokus anebo se závažně sebepoškozuje (například pod vlivem hlasových halucinací spolkně baterky). Druhým případem bývá, že je klient/pacient agresivní vůči svému okolí anebo ohrožuje společenské mravy svým chováním. Ve většině situací je ale náročnější odhadnout a rozhodnout, jestli má být nemocný s prvotními příznaky psychotického onemocnění indikován k akutní

hospitalizaci. Pobyt v lůžkovém zařízení sice může účinně a rychle ochránit společnost nebo nemocného, na druhou stranu s sebou přináší i negativní aspekty, jako vytržení z domácího prostředí a komunity, dále také stigmatizaci a tím pádem zhoršení dlouhodobého výhledu na úspěšné zotavení. Nemocniční prostředí s sebou přináší roli pacienta, která snižuje jeho osobní hodnotu a omezuje zodpovědnost klienta/pacienta.

V určitých momentech může pobyt na lůžku představovat určitou možnost, jak vysvobodit nemocného z patové situace. Například u člověka, který je z důvodu nemoci týdny nebo měsíce zavřený ve vlastním bytě, bojí se vycházet a ani terénní tým nenašel bezpečný způsob, jak přimět klienta/pacienta vyjít z bytu. Většinou se jedná o situace, kdy byla pomoc přivolána relativně pozdě, klient/pacient nebo jeho blízcí se již dlouho trápí, všichni jsou emocionálně vyčerpaní a nemají dostatek energie, aby řešili situaci s pomocí terénních anebo ambulantních intervencí. V takovýchto chvílích může přinést úlevu, pokud dopřejeme klientům/pacientům a jejich pečovatelům „chvilku oddychu“ a dáme jim čas a prostor v klidu naplánovat a domluvit další postup řešení krize. Část klientů/pacientů zpětně uvádí, že jim asertivně zprostředkovaná hospitalizace pomohla, protože se již cítili zoufale, sami se nedokázali rozhodnout a pohnout z místa. Pro některé osamělé klienty/pacienty může být hospitalizace i prvním krůčkem k resocializaci. Navážou opět kontakt s lidmi, mají k dispozici teplé a plnohodnotné jídlo, kulturní program atd. Nejde však o definitivní řešení, protože je potřeba hledat cesty, jak zajistit sociální integraci do běžné společnosti.

Pokud dojde k hospitalizaci, bylo by ideální, aby probíhala co nejbližší k bydlišti klienta/pacienta. Nezpretrhají se tak jeho sociální vazby s rodinou a známými. Pokud klient/pacient již spolupracoval s terénním týmem, jeho členové se účastní procesu přijetí na lůžko a podle potřeby jej navštěvují i během hospitalizace, podporují jej a pomáhají mu jednat s personálem nemocnice, účastnit se plánování péče a také plánování propuštění domů a do komunity.

Při hospitalizaci lze často efektivněji nastavit nejvhodnější medikaci, poskytovat intenzivní každodenní individuální nebo skupinovou psychoterapii, provést potřebná vyšetření (komplexní psychologické vyšetření, zobrazovací a laboratorní vyšetření, screening na somatická onemocnění) anebo potřebné lékařské zákroky. To může být výhodou pro nemocné s komplikovaným a netypickým klinickým stavem anebo v případech komorbidit s jiným, většinou somatickým onemocněním. Důležitou součástí léčby závažných psychických poruch je ale také psychosociální rehabilitace, která probíhá v optimálním případě v domácím prostředí klienta/pacienta. Je vhodné už během hospitalizace posoudit vývoj zdravotního stavu pomocí propustek do domácího prostředí. Personál nemocnice, ale zejména spolupracující terénní tým by měli mít možnost pravidelně doprovázet klienta/pacienta na místa, kde bude po propuštění trávit čas, anebo nacvičovat dovednosti, které bude potřebovat. Také hledat aktivity, které napomohou zapojit se do chodu komunity, potkávat se s lidmi, pracovat a seberealizovat se. Režim dne v lůžkovém zařízení by měl být ideálně dostatečně flexibilní a schopný se přizpůsobit plánovanému režimu dne klienta/pacienta po propuštění.

Dalším zásadním předpokladem pro pozitivní vývoj nemoci a zotavení je délka hospitalizace, která by měla trvat pouze po dobu nezbytně nutnou. To většinou znamená v řádu dnů anebo maximálně několika týdnů. Dlouhé přebývání v nemocnici vede k nabourání každodenních zvyklostí, rozpadu denního režimu, ztrátě vůle a samostatnosti klienta/pacienta. V extrémním případě může vyústit až v takzvaný hospitalismus, kdy se nemocný začne v nemocnici cítit jako doma, pravidla a vztahy nemocného s personálem nahrazují normální zdravé vztahy a zvyklosti a z nemocného se může stát chronický pacient, pro kterého bude obtížné vrátit se zpátky do komunity.

Je zajímavé, že v rámci projektu TIPS v Norsku budují pro nemocné v časných stádiích onemocnění zvláštní oddělení, která jsou přizpůsobená této problematice. Jedním z důvodů je i předcházení a vyvarování se některým postupům a stereotypům z minulosti, které podporovaly chronifikaci pacientů. Tito klienti/pacienti mohou vnímat společný pobyt na jednom oddělení s chronicky nemocnými a personálem, který o ně pečuje, jako ohrožující. U klientů/pacientů v časných stádiích závažných psychických onemocnění je optimální využít k hospitalizaci lůžkovou kapacitu malých lokálních nemocnic nebo krizových center, kde se riziko chronifikace, protražované hospitalizace a vyčlenění z lokální komunity významně snižuje.

## Jakub a hospitalizace

Alternativa 1. Během několika prvních intervencí dochází k opakovaným hádkám mezi Jakubem a rodiči. Vyčítají si navzájem chování v posledních týdnech a zdá se, že ani jedna strana nechce ustoupit ani o píď. Setkání je plné silných emocí, které se těžko překonávají, obě strany se hádají i mimo schůzky s týmem a následně pak referují, kdo co zase řekl a provedl. Terapeut nabízí možnost krátké hospitalizace v krizovém centru (nebo centru duševního zdraví). Pobyt by byl krátkodobý a Jakubovi nabídne intenzivní terapeutickou péči. Ten nakonec souhlasí.

Alternativa 2. Jakub má pocit, že to na něj v jeho pokoji všechno padá. Cítí se tam zoufale. Určitě jej někdo sleduje oknem a rodiče se také pořád plíží kolem a kontrolují jej. Myslí si, že jídlo v lednici je otrávené. Terapeutovi se nedaří Jakuba uklidnit a ujistit, Jakub je příliš vyčerpaný a zoufalý. Terapeut nabízí možnost krátké hospitalizace v krizovém centru (nebo centru duševního zdraví). Pobyt na jiném místě než v bytě, kde v posledních týdnech prožil mnoho negativních zážitků, by mu mohl prospět a ulevit. Ten nakonec souhlasí.

Terapeut situaci konzultuje s psychiatrem týmu a požádá jej, zda by společně domluvili hospitalizaci na krizovém komunitním lůžku. Psychiatr souhlasí, zavolá na komunitní kliniku, popíše Jakubovu situaci a určí se přibližný čas, kdy dorazí na kliniku. Jakub přichází spolu s terapeutem. Jdou pěšky, zařízení není tak daleko od jeho bydliště. Recepční jej mile přivítá, nabídne Jakubovi něco k pití a usadí jej do čekárny, kde jsou časopisy, televize a počítač k použití pro klienty/pacienty. Psychiatr a sestra z komunitní kliniky přichází asi za 10 minut. Jakub má strach, co se bude dít, ale ti dva se tváří celkem mile. Představí se a pozvou Jakuba do vedlejší místnosti. Nabídnou, že se schůzky samozřejmě může zúčastnit i jeho terapeut a psychiatr z terénního týmu. Jakub je rád. Všichni pak společně mluví o tom, co sem Jakuba přivedlo, co od pobytu očekává. Jakub vytahuje z kapsy dva listy papíru, je to osobní profil a osobní plán. Ukazuje, že již s terapeutem pracovali na tom, aby dobře popsali jeho přání a plány, také silné stránky a zkušenosti v minulosti. Psychiatr a sestra z kliniky jsou potěšení, navrhnou, že si plán a profil zkopírují a budou z něho vycházet, případně je mohou společně doladit dle aktuálního stavu i během hospitalizace. Jakub se v novém prostředí cítí nejistě a má strach, zároveň je rád, že odešel z bytu, kde to bylo k nevydržení. Všichni se spolu domlouvají na tom, co Jakuba čeká. V kolik hodin bude mít pohovor s lékařem a sestrou, jaká jsou pravidla na oddělení, jakých aktivit se může zúčastnit. Jakub říká, že by se druhý den rád podíval do obchodu a něco dobrého si koupil, nebyl tam už strašně dlouho. Terapeut se nabízí, že jej tam zítra doprovodí. Cestou se můžou zastavit i doma, pozdravit rodiče, vzít si s sebou, co ještě zapomněl, vyzkoušet, jak se bude cítit doma po první noci na klinice. Ošetřující lékař na klinice s tím nemá žádný problém, podpoří Jakuba. Během jednoho týdne na lůžku upravili Jakubovi léky tak, aby mu co nejvíce vyhovovaly. Jakub absolvoval psychologické vyšetření, které mu ukáže, jak je na tom momentálně psychicky. Psycholožka mu nabídla schůzku i s rodiči, která proběhla 4. den ke spokojenosti všech zúčastněných, věci se konečně daly do pohybu. Jakuba pravidelně navštěvuje terapeut z týmu a jednou za ním byl i týmový psychiatr. Po týdnu se Jakub vrací domů, v diáři má naplánované schůzky a další aktivity na nejbližších 14 dnů. Je mnohem klidnější, doma to už na něj nepadá, má spoustu plánů, které by rád realizoval. I rodiče jsou spokojeni, zdá se, že se to s Jakubem dobře vyvíjí.

## 8 Použitá literatura

- Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääkköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1-10.
- Andreasen, H. (2008). *The Opus Project: Clinical treatment and research in Copenhagen, Denmark*.
- Bennett, M., Piscitelli, S., Goldman, H., Essock, S., & Dixon, L. (2009). *Coordinated Specialty Care for First Episode Psychosis, Manual II: Implementation*. Bethesda: National Institute of Mental Health. Dostupné z: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-ii-implementation-manual\\_147093.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/csc-for-fep-manual-ii-implementation-manual_147093.pdf)
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Birchwood, M. J., & Tarrier, N. E. (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. John Wiley & Sons.
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329(7474), 1067.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ... & Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 52(7), 903-910.
- Faloon, I. R. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Howells, L., Millward, M., Ivins, A., Taylor, G., ... & Macmillan, I. (2009). Can targeted early intervention improve functional recovery in psychosis? A historical control evaluation of the effectiveness of different models of early intervention service provision in Norfolk 1998-2007. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(4), 282-288.
- Friis, S., Vaglum, P., Haahr, U., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I., ... & McGlashan, T. H. (2005). Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s29-s32.
- Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., et al. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 188, 37-45.
- Heinssen, R., Goldstein, A., & Azrin, S. (2014). *Evidence-Based Treatments for First Episode Psychosis: Components of Coordinated Specialty Care*. Dostupné z: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/nimh-white-paper-cscforfep\\_147096.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/nimh-white-paper-cscforfep_147096.pdf)
- Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., et al. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull*, 34(3), 466-472.
- Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., et al. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 51(1), 39-46.
- Lakeman, R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 28.
- Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care.
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., et al. (2011). Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychol Med*, 41(7), 1461-1469.
- Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M., et al. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*, 198(4), 256-263.
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD004718.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 223-245.
- McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 310-318.
- Melicher, T. (2010). *Detekce časných fází psychotického onemocnění*. Seminární práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Motlová, L. (2007). *Rodinná psychoedukace u schizofrenie: zdravotní a sociální aspekty*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- NICE National Institute for Health, NHS England, the National Collaborating Centre for Mental Health (2016). *Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance* (1st ed.). Dostupné z: <https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/eip-guidance.pdf>.
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., et al. (2013). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*, 9(2), 156-162.



- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., ... & Jeppesen, P. (2008). Does a detection team shorten duration of untreated psychosis?. *Early intervention in psychiatry*, 2(1), 22-26.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Ohlenschläger, J., Christensen, T. O., et al. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517), 602.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological medicine*, 32(05), 763-782.
- Power, P., McGuire, P., Iacoponi, E., Garety, P., Morris, E., Valmaggia, L., et al. (2007). Lambeth Early Onset (LEO) and Outreach & Support in South London (OASIS) service. *Early Interv Psychiatry*, 1(1), 97-103.
- Raboch, J. (2014). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*, n. p. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.
- Razzaque, R., & Wood, L. (2015). Open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community mental health journal*, 51(8), 931-938.
- Ricciardi, A., McAllister, V., & Dazzan, P. (2008). Is early intervention in psychosis effective?. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(03), 227-235.
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophrenia bulletin*, 35(1), 5-8.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Narativ.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family process*, 42(3), 403-418.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research*, 16(02), 214-228.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Spaniol, L., Zippel, A. M., & Lockwood, D. (1992). The role of the family in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia bulletin*, 18(3), 341.
- Valmaggia, L. R., McCrone, P., Knapp, M., Woolley, J. B., Broome, M. R., Tabraham, P., et al. (2009). Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychol Med*, 39(10), 1617-1626.
- Wilken, J. P., & den Hollander, D. (2016). *Podpora zotavení a začlenění*. Praha.
- Yung, A., Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(5), 587-599. Dostupné z: 632e5732-aabd-45b2-b723-d4ca35aa3874.
- Xia J. et al.: Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (6): CD002831.





