KOMUNITNÍ SLUŽBY PRO OSOBY V RANÉ FÁZI ZÁVAŽNÉHO DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE: KVALITATIVNÍ ANALÝZA

původní práce

Bronislav Farkač[1]
Lucie Kondrátová[1]

[1]Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Kontaktní adresa:

Mgr. Bronislav Farkač
Výzkumný program
Sociální psychiatrie
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klecany
e-mail: bronislav.farkac@nudz.cz

Tato studie je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem Včasné Intervence u Závažných Duševních Onemocnění v ČR, číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009304 v rámci programu OPZ.

SOUHRN

Farkač B, Kondrátová L. Komunitní služby pro osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění v České republice: kvalitativní analýza

Úvod: Specializované služby pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění mají příznivý vliv na kvalitu života, celkovou prognózu onemocnění a v dlouhodobém horizontu i na náklady systému péče o duševní zdraví.

Cíl: Cílem článku je analyzovat práci komunitních sociálních služeb s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění v České republice.

Metoda: V rámci studie bylo provedeno 28 polostrukturovaných rozhovorů s poskytovateli komunitních sociálních služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním. Rozhovory byly zaměřené na metodiku práce s lidmi v raných fázích závažného duševního onemocnění a kapacitu sítě dostupných služeb pro tuto cílovou skupinu. Rozhovory byly kvalitativně analyzovány metodou tematické analýzy.

Výsledky: Prvním kontaktem se službami péče o duševní zdraví je pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění zpravidla hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Část osob je zachycena terénními sociálními službami, které se ale potýkají s nedostatkem kapacit pro práci s touto cílovou skupinou. Lepší včasné detekci a včasné intervenci brání nedostatečná provázanost

SUMMARY

Farkač B, Kondrátová L. Community services for people in early stages of serious mental illness in the Czech Republic: qualitative analysis

Introduction: Specialized services for people in early stages of serious mental illness have positive effect on quality of life, general prognosis of the illness and on long-term costs of mental health system.

Objective: The aim of the paper is to analyse care being provided by community social care services for clients in early stages of serious mental illness in the Czech Republic.

Method: 28 semi-structured interviews with community service providers for people with serious mental illness were conducted. Interviews were focused on methods of interventions for people with serious mental illness and on accessible capacities of care network for the target group. Interviews were analysed qualitatively using thematic analysis.

Results: Hospitalization in psychiatric hospital is usually the first contact with mental health services for people in early stages of serious mental illness. Minority of these people is contacted by community social services, although the services struggle with insufficient capacities for work with this target group. Insufficient cooperation with other relevant stakeholders, especially schools and general practitioners, and limited public

s ostatní relevantními aktéry, především s praktickými lékaři a školami, a nízká informovanost veřejnosti o problematice duševních onemocnění.

Diskuse: V České republice není vybudovaná síť specializované péče pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění. Těmto lidem se dostává odborné péče pozdě a nejčastěji prostřednictvím hospitalizace. Služby terénních týmů zahrnují intervence, které jsou součástí zahraničních specializovaných programů pro osoby v rané fázi duševního onemocnění. Nicméně vzhledem k omezeným kapacitám, nedostatečně rozvinuté síti komunitních služeb a neexistenci standardizovaných postupů pro práci s tuto cílovou skupinu je nutné služby pro osoby v rané fázi duševního onemocnění v České republice kontinuálně rozvíjet. V kontextu reformy psychiatrické péče by tyto specializované služby mohly být začleněny jako subtýmy do vznikajících Center duševního zdraví.

Klíčová slova: závažné duševní onemocnění, včasná intervence, včasná detekce, reforma psychiatrické péče, kvalita péče.

knowledge about mental illnesses are the barriers for better early detection and early intervention.

Discussion: Network of specialized care for people in early stages of serious mental illness is missing in the Czech Republic. Care for this target group is delivered late and most often through hospitalization. Community social services provide interventions similar to those being provided in specialized programmes for people in early stages of serious mental illness abroad. However, due to limited capacities, insufficient network of community services and lack of standardized manuals for this target group it is necessary to continuously develop services for people in early stages of serious mental illness. In context of ongoing psychiatric reform these specialized services could be prospectively implemented into evolving Mental Health Centres.

Key words: serious mental illness, early intervention, early detection, psychiatric care reform, quality of care.

ÚVOD

Závažné duševní onemocnění je spojeno s poklesem naděje dožití až o 25 let,[1] a to v důsledku vyšší míry sebevražednosti, nezdravého životního stylu či komorbidních onemocnění, nejčastěji kardiovaskulárních chorob a diabetu.[2–4] Kromě toho závažné duševní onemocnění často vede ke snížení sociálního fungování, k opakovaným hospitalizacím, ke ztrátě produktivity nebo k úplné ztrátě zaměstnání.[5–8] Závažné duševní onemocnění proto představuje zátěž nejenom pro jednotlivce a jeho nejbližší, kteří se musejí vyrovnávat s příznaky a možnými důsledky samotného onemocnění, ale i pro celý zdravotní a sociální systém.[9]

Včasné odhalení nemoci je zásadní pro celkovou prognózu onemocnění. Na tomto předpokladu jsou založeny i tzv. programy včasné detekce, které jsou postaveny na modelu aktivního vyhledávání osob v riziku rozvoje duševního onemocnění.[10] Zahraniční zkušenost s programy včasné detekce přesvědčivě ukazuje, že tento typ služby příznivě ovlivňuje závažnost symptomů, zkracuje dobu nutnou pro dosažení remise, snižuje riziko relapsu, zlepšuje celkové fungování a celkovou reakci na léčbu.[11–14] Obdobně programy včasné intervence, tedy programy založené na poskytování kontinuální podpory přizpůsobené raným fázím onemocnění,[10] mají příznivý vliv na snižování závažnosti příznaků, rizika relapsu, počtu hospitalizací, míry sebevražednosti a zvyšování šance na udržení se ve vzdělávání či zaměstnání.[10,15–18] Ze zahraničních studií též vyplývá, že programy včasných detekcí a včasných intervencí jsou nákladově efektivní, snižují náklady na lůžkovou nemocniční péči a na sociální systém díky schopnosti klientů udržet si zaměstnání.[17,19–22] Na základě rozhodovacího modelování se předpokládá nákladová efektivita i pro Českou republiku, zavedení služeb včasné detekce a včasné intervence by mohlo přinést úsporu až 40 % ze 46 milionů eur vynakládaných na služby osobám s první epizodou psychózy.[23]

Specializované programy včasné detekce a včasné intervence pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění jsou zaváděny ve Velké Británii, Norsku, Dánsku, Austrálii a dalších zemích. Včasné intervence mají zpravidla podobu multidisciplinárních terénních týmů a využívají ve své práci metody případového vedení, psychologickou podporu, kognitivně-behaviorální terapii, sociální poradenství a služby podporovaného zaměstnávání.[15,24] Vzhledem k tomu, že k rozvoji závažného duševního onemocnění dochází nejčastěji v mladé dospělosti,[25] programy včasné detekce a včasné intervence kladou důraz i na práci s rodinou,[15] podporu vzdělávání[16]

a kontaktování škol za účelem včasné detekce.[11] Pro včasnou detekci jsou klíčové i informační kampaně zaměřené na snižování stigmatu spojeného s duševními onemocněními a na podporu ochoty včas vyhledat odbornou pomoc.[11,26,27] V České republice se psychiatrická péče opírá o model velkých psychiatrických nemocnic a je podfinancovaná, podobně jako v jiných zemích střední a východní Evropy. Nové způsoby práce se zavádějí pomalu a mnohdy nesystematicky prostřednictvím sociálních služeb, které fungují často jako nestátní neziskové organizace.[28] Specializované zdravotní či sociální služby zaměřené na včasnou detekci a včasnou intervenci nejsou v České republice systematicky rozvinuté. Na osoby v raných fázích částečně cílí destigmatizační programy určené zpravidla pro střední školy (Blázníš? No a!, Psychosociální akademie), které mají příznivý efekt na ochotu vyhledat odbornou pomoc a povědomí o možnostech této pomoci.[29] Informační a destigmatizační kampaně jsou klíčové pro včasnou detekci, nejsou však zdaleka jedinou složkou.[11,26,27] V českém prostředí existují také internetové poradny (např. Stopstigma na webu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (www.cmhcd.cz/stopstigma/poradna)), které mohou působit jako první anonymní a nestigmatizující kontakt s odborníkem, který může odkázat na další služby.

Ačkoli tedy tyto aktivity napomáhají tomu, že osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění vyhledají odbornou pomoc, nelze je označit za specializované služby včasné detekce. V České republice navíc nejsou dostupná ani žádná data, která by se specificky zaměřovala na situaci a průběh péče u skupiny osob v raných fázích závažného duševního onemocnění.

Cílem této studie je proto zmapovat, jak z pohledu poskytovatelů sociálních služeb vypadá péče pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění v České republice. Studie si rovněž klade za cíl sloužit jako explorační příspěvek pro budoucí zavádění služeb včasné detekce a intervence v České republice.

METODA

V rámci studie byly provedeny polostrukturované rozhovory s poskytovateli sociálních služeb, vyhledaných na základě Registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Do vzorku byly zahrnuty organizace, které 1) poskytují službu sociální rehabilitace v terénní formě, 2) jejichž cílovou skupinou jsou osoby se závažným duševním onemocněním (v registru poskytovatelů MPSV označované jako „duševně chronicky nemocní" a 3) pracují podle principů asertivní komunitní péče a případového vedení. Oslovování probíhalo prostřednictvím e-mailu, případně telefonicky. K rozhovoru byli přizváni pracovníci těchto služeb, kteří pracují v přímé práci s klienty a zároveň mají přehled o metodikách a způsobech práce v organizaci (vedoucí terénních týmů, metodici).

Rozhovory byly zaměřeny na práci s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění. Témata pokrývala cestu klienta do služeb, specifika práce s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění, regionální spolupráci, zasíťování, možnosti rozvoje a vnímané bariéry péče o osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění. Rozhovory byly nahrány, následně doslovně přepsány a analyzovány metodou tematické analýzy. Výzkumný design byl schválen Etickou komisí Národního ústavu duševního zdraví.

VÝSLEDKY

Bylo provedeno 28 rozhovorů, které pokrývají všech 14 krajů České republiky. Ve 12 krajích proběhly vždy 2 rozhovory, v jednom z krajů 1 a v jednom z krajů 3 rozhovory. Průměrná délka rozhovoru byla 50 minut.

Cesta klienta do služeb

Dle odhadu poskytovatelů komunitních sociálních služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním tvoří osoby v raných fázích přibližně 5 až 20 % ze všech jejich klientů. Statistiky specificky pro tuto skupinu klientů si však poskytovatelé nevedou. Nejčastěji se do služeb dostávají osoby v raných fázích po propuštění z hospitalizace po první atace onemocnění. Dle zkušenosti pracovníků terénních sociálních služeb je tak hospitalizace pro většinu jejich klientů vůbec prvním kontaktem s odbornou péčí. Zanedbatelný počet osob se dostane do komunitních služeb v prodromální fázi díky tomu, že službu kontaktuje rodina, ve výjimečných případech kontakt do služeb zprostředkují úřady:

„První varianta je hospitalizace. (…) To funguje tak, že nějakou dobu trvá, než se to vyvine v průšvih, kdy to rodina, nechci říct maskuje, ale že to hází na dospívání a problémy s drogami, nebo nevím, neřeší se to." (R20)

V obou případech kontakt mladého člověka s odbornou službou probíhá zpravidla pozdě, až ve fázi, kdy jsou symptomy onemocnění naplno rozvinuté. Ačkoli poskytovatelé nemají systematická data o tom, jak dlouho trvá doba neléčené nemoci, upozorňují, že ke kontaktu klienta se službami dochází pozdě a doba neléčené nemoci je zpravidla dlouhá:

„U většiny lidí je první kontakt psychiatrická nemocnice nebo ambulantní psychiatři, to je nejčastější. To jsou ti, kteří z nějakejch profesionálů mluví s lidma. Někdy už může bejt vlastně pozdě, že když by se ty lidi nakontaktovali dva roky předtím, tak by se to onemocnění a potíže v sociální oblasti tolik neprohloubily. Když by to bylo dřív, tak by to bylo mnohem lepší." (R3)

„To duševní onemocnění není vidět, respektive když je vidět, tak je to onemocnění v plný palbě, že jo. Kdežto ty časný příznaky zvlášť u mladistvých to okolí to vnímá, že jsou jako v pubertě, tak kdo z nás jako nedivočel, ale pak už to dobrý není, a to už je pozdě." (R2)

Pozdní detekce má v zásadě dvě hlavní příčiny: stigma a omezené povědomí o problematice duševních onemocnění. Duševní onemocnění a služby péče o duševní zdraví jsou spojené se stigmatem, které ovlivňuje ochotu potenciálních klientů i jejich blízkých (nejčastěji rodičů) vyhledat odbornou pomoc:

„Pak se to hodně tutlá. Mám zkušenost, že rodiny hodně tutlaj, dokavad je to únosný pro tu rodinu jako pečující osoby. Takže nechtějí, aby se to o tom vědělo. Jsme na malém městě a tady se to hodně řeší." (R20)

Jak rodiny, tak odborníci (učitelé, psychologové nebo výchovní poradci ve školách) jsou s mladým člověkem často v kontaktu a všimnou si změny v jeho chování. Mnohdy ale nerozpoznají, že by se mohlo jednat o první projevy duševního onemocnění, a často změny v chování přisuzují běžnému dospívání. Nedostatečně edukovaní jsou často i praktičtí lékaři, kteří nejsou dostatečně informováni o organizacích v regionu a o způsobech jejich práce.

„Já mám pocit, že jsme k tomu jako ještě pořád málo obezřetní, že dokud to nějak jde a ten člověk se drží v té škole, tak to v podstatě rodiče nijak jako neřeší a přikládají to třeba tomu, že ten člověk dospívá, (…) i rodiče nebo i ti sami mladí klienti popisujou, že se jim něco dělo, ňák to v té škole bylo, nikdo jim neřekl, kam se mají obrátit nebo podobně.“ (R13)

Specifika práce s klienty v raných fázích vážného duševního onemocnění

Poskytovatelé sociálních služeb nemají žádné zvláštní metodiky ani ustálené způsoby práce pro práci s lidmi v raných fázích závažného duševního onemocnění. Práce s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění se odvíjí od jejich praktických potřeb, stejně jako u dlouhodobých klientů:

„My neřešíme, jestli je to klient v rané fázi, ale když přijde, tak my reagujeme podle toho, co on potřebuje.“ (R27)

Jsou zde však specifické potřeby, které byly napříč rozhovory zmiňované jako častější a důležitější: podpora při nacházení náhledu na onemocnění, edukace klienta i rodiny, podpora v oblastech bydlení, vzdělání, zaměstnání a v celkové orientaci v systému sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním:

„Jdeme nějakým individuálním přístupem, co ten člověk zrovna potřebuje, a protože většinou jsou to lidi mezi 20–25 lety, tak tam hodně řešíme to, že to je ta první zkušenost, pro toho člověka i pro tu rodinu, takže se hodně jako bavíme o tomhle a jde tam o nějaký učení se a zjišťování, jak předejít nějaký další atace, (…) hodně řeší i studium, jestli dál pokračovat nebo ne.“ (R10)

Náhled a edukace

Práce terénních týmů se často zaměřuje na podporu klienta v získávání náhledu na duševní onemocnění. Klienti mohou mít nerealistická očekávání spojená s první atakou, kdy jsou přesvědčeni, že se po atace naplno vrátí po kratším čase ke stejnému životu před propuknutím onemocnění, někteří naopak propadnou beznaději. Jedním z důležitých prvků práce je tedy snaha posílit náhled klienta na duševní onemocnění, přispět k přijetí onemocnění a v důsledku předejít další atace:

„Významnej rozdíl je v tom náhledu, ve chvíli kdy ten člověk prodělá prostě tu ataku podruhý potřetí, tak už má tu zkušenost z těch předchozích a tam už je ta větší pravděpodobnost, že nějak sám bude víc motivovanej vnitřně udělat v životě nějaký změny pro to, aby se to už neopakovalo. Po tý první atace (…) to berou jako ukončenou záležitost, která se nikdy nebude opakovat, a tak se k tomu stavěj, tam je i největší problém navázat spolupráci.“ (R2)

Získávání náhledu je spojeno s širší edukací o projevech nemoci, medikaci, souvislostech duševních onemocnění a užívání drog nebo zotavení. Tuto roli mohou naplňovat i svépomocné i řízené skupiny lidí se zkušeností – zde se však objevovalo úskalí, že pro klienty v raných fázích není přínosné „patřit“ do skupiny duševně nemocných, přijmout identitu duševně nemocného:

„Tady v [městě] *ještě funguje* [organizace]*, a to jsou jako aktivizační služby, denní centrum, který funguje od osmi do osmi a je tam spousta aktivit pro lidi s duševní nemocí. Některým lidem vyhovuje tohle, ale my se vždycky snažíme ukázat i tu cestu přirozený možnosti než někde chodit mezi lidi s duševní nemocí a tam s nima kreslit nebo něco.“* (R10)

„Snažíme se, aby člověk nevypadl z rolí, které doposud měl – byl student, rodič a tím, že se stane pacientem, tak z toho automaticky vypadává. Snažíme se tedy podporovat, aby ten člověk měl ty své role, odpovědnost za svůj život, protože i ta rodina k tomu přistupuje jako ‚teď jsi nemocný, bereš ty léky', tak se snažíme, aby si ten člověk udržel alespoň ty kompetence, co má.“ (R4)

Důležitou součástí práce je i edukace rodičů nebo jiných blízkých, kteří se v souvislosti s onemocněním svého blízkého dostávají do nové neznámé situace. Edukace probíhá individuální i skupinovou formou. Navštěvování edukačních skupin pro rodinné příslušníky však bývá spojeno se stigmatem, zejména na malých městech. Možnost jak individuální, tak skupinové edukace blízkých se ukazovala jako nejvhodnější možnost. Formy edukace se odvíjejí od potřeb a možností klientů a jejich blízkých, poskytovatelé nevyužívají standardizované programy (jako je např. PREDUKA[30]).

Podpora v praktických oblastech života

Zaměření služby na individuální potřeby klienta může pomoci navázání vztahu s klientem. Služby jsou pro klienta „průvodci systémem“, poradci v oblastech vzdělávání, zaměstnání, bydlení a dalších zdravotních a sociálních služeb.

„Nabízíme to, že jsme tady od toho, přišel jste o bydlení, přišel jste o práci, tak jsme tady od toho vyjednat vám dávky, zaregistrovat se na pracáku, vlastně jsme průvodci nějakým systémem (…) my jsme jeden z mála kontaktů, který maj, takže i nějakej spojenec nebo jak to nazvat.“ (R2)

Dalším z klíčových témat, s nimiž se lidé v raných fázích závažného duševního onemocnění potýkají, je potřeba podpory v jejich vzdělávání. V této oblasti týmy usilují o to, aby se staly prostředníky mezi klientem a školou, například při domlouvání individuálních studijních plánů. S úspěšností měli poskytovatelé různou zkušenost, často podle poskytovatelů záleží na konkrétních školách, učitelích a ředitelích, jestli se úspěšně podaří podpořit klienta tak, aby se udržel ve škole.

Podporované zaměstnávání je další z nabízených služeb, které mohou klienti v raných fázích onemocnění čerpat, nicméně poptávka po této službě je u tohoto typu klientů nízká. Podobně bydlení nebylo tolik zmiňovanou potřebou klientů, neboť klienti v raných fázích onemocnění často bydlí u rodičů.

U klientů v raných fázích je důležité nevytrhávat je z jejich prostředí, nezařazovat je do společnosti duševně nemocných. Přílišné zapojení do služeb (jako je chráněné bydlení nebo chráněné dílny) nemusí být prospěšné, neboť u klienta může přispívat k přijetí role člověka s duševním

onemocněním. Ve většině rozhovorů byli k těmto aspektům poskytovatelé velmi pozorní, zmiňovali nutnost nestigmatizovat klienty zapojením do služeb.

„A víc u těch jako hodně mladejch lidí, tak se je snažíme nezapojit do společenství lidí, který dlouhodobě mají duševní nemoc, neposíláme je do sociálně terapeutický dílny, často i kvůli tomu, aby ideálně zůstali v místě, kde jsou, zvládali vlastně práci, zůstalo jim bydlení a se plně neidentifikovali se skupinou lidí dlouhodobě duševně nemocnej, že to nemusí bejt úplně užitečný.“ (R3)

Regionální spolupráce a zasíťování

Síťování s dalšími aktéry je důležitou složkou práce s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění. Pro včasnou detekci je klíčová spolupráce se školami a praktickými lékaři. Spolupráce s psychiatry a zdravotnickými zařízeními je důležitá zejména proto, že komunitní služby nemohou poskytovat zdravotnické služby. Dále byly zmiňovány úřady, integrovaný záchranný systém a další sociální služby.

„Ano, makáme na tom. Všude jsou schůzky, u lékařů, praktiků, psychiatrů, úřadech, starostů obcí, na školách asi ne, ale kde se dá, tak se snažíme vloudit, vysvětlujeme a vysvětlujeme. Vlastně i nabízíme těm organizacím nebo těm jiným složkám, že vlastně i my můžeme být pro ně nějaká úleva, nebo pomoc. Jako už se to daří.“ (R20)

Lékařské služby

Psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení jsou nejčastěji první službou, se kterou se klient setká. Během hospitalizace dochází k navázání klienta na sociální služby, zpravidla formou pravidelných návštěv komunitního týmu přímo v nemocnici. Často jde o spolupráci, která je tímto způsobem navázaná už tradičně a delší dobu, a aktéři s ní mají tedy dobrou zkušenost, nicméně záleží i na osobním přesvědčení a postojích jednotlivých lékařů k sociálním službám. Zdravotníci často nevnímají sociální služby jako rovnocenného partnera s dostatečnou odborností. To může vytvářet bariéry v komunikaci a spolupráci a zkreslená očekávání ohledně rozsahu práce sociálních služeb.

„Oni leckdy ty sociální služby vnímají, jakože ‚tam to pošleme, vyřídí jim důchod, tím končí jejich kompetence, protože jenom my jsme zdravotníci.‘“ (R24)

„Část doktorů to vidí tak, že vlastně jako není jasný, co bude následovat, a proč tam do toho hned cpát nějakej komunitní tým (…) Ale to myslim, že je obecně platnej jev, kterej se týká komunitních služeb a části lékařů, který jako tu důvěru zatím úplně nemají.“ (R2)

Komunitní týmy asistují klientům při hledání vhodného ambulantního psychiatra. Spolupráce na konkrétních případech klientů se různí, často záleží opět na postojích psychiatrů k sociálním službám. Objevoval se i názor, že jde o generační záležitost, kdy starší psychiatři nejsou tolik nakloněni spolupráci se sociálními službami. Klíčové je to, jestli psychiatři mají osobní zkušenost se spoluprací s komunitním týmem, a proto tedy mají lepší představu o tom, co tým dělá.

„Osvědčil se osobní přístup k věci. Dojít osobně, řekněme do té léčebny a pohovořit o té službě jako takové. Odpovídat na jejich dotazy. Být u té propagace osobně přítomni.“ (R6)

„Když tady začala [organizace] *před lety fungovat, tak si hodně lidí myslelo, že jediný, na co to je dobrý, že sem* [klienti] *můžou přijít a vyrábět nějaký hezký věci z papíru nebo z korálků, a typ lidí, který o tohle mají zájem, nám sem* [ambulantní psychiatři] *posílali. Postupně vlastně, jak se ta služba mění v něco jinýho a tím, že o tom lidi vědějí, tak začínaj posílat i s jinejma tématama, zakázkama. Větší informovanost, ale i větší profesionalita v tom, co můžem nabídnout.“* (R3)

Poskytovatelé jsou přesvědčeni, že by bylo prospěšné mít psychiatra přímo v týmu, jak je to v plánu pro centra duševního zdraví a jak se čerstvě objevuje u některých organizací:

„Tam jako máme v týmu vlastně i pracovníky z toho psychiatrickýho oddělení na dohodu, (…) máme společný porady, takže když je tam hospitalizovaný nějaký klient a má třeba po první atace nebo to jako není úplně jasný, co se s nim děje, tak my se potom na něj navážeme a pracujeme s ním.“ (R14)

Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním jsou taktéž činní v aktivitách cílených na zvýšení znalostí o problematice duševních onemocnění mezi praktickými lékaři prostřednictvím osobních schůzek, letáků nebo na menších městech díky osobním kontaktům. Větší spolupráce by byla podle poskytovatelů přínosná především pro včasnou detekci. Nedaří se však rozvinout kvůli tomu, že praktičtí lékaři nemají přehled o tom, jaké služby komunitní týmy nabízejí, a často k nim nemají důvěru. Na druhou stranu, na společné schůzky poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, které se konají například pod hlavičkou komunitního plánování, často praktičtí lékaři vůbec nechodí:

„V loňském roce to bylo na krajském úřadě (…) setkání poskytovatelů sociálních služeb plus zdravotníků. A tam teda dorazilo málo těch lékařů. Pořád volají po tom, že nemají ty informace, ale když jim něco nabídnete, tak jich tam úplně nedošlo.“ (R13)

Spolupráci by podle poskytovatelů pomohlo právě důkladnější informování o službách a edukace o duševních onemocněních skrze pravidelné osobní schůzky (podobně jako u ambulantních psychiatrů). Často však na nepřímou práci, tedy osobní oslovování dalších aktérů v regionu, nemají poskytovatelé dostatečné časové kapacity:

„Určitě mi přijde fajn to oslovování dalších organizací a lékařů a opravdu tam jít s těma letákama. Protože když se jim to pošle mailem, ať si to vytisknou a dají to někam do čekárny, tak to nikdo neudělá.“ (R11)

„Vím, že [praktiční lékaři] *nejsou informovaní, vím, že klient říká ‚byl jsem tam v 18 na vstupní prohlídce, asi jsem byl divnej, on nic neřek‘, ale zatím tímhle směrem není síla jít, personálně a tak.“* (R21)

Školy

Mezi školami a poskytovateli sociálních služeb často funguje spolupráce vytvořená na základě informačních kampaní a programů. Zpravidla jde o osvětové a destigmatizační aktivity, po kterých je na některých školách poptávka, jako je například program „Bláznís? No a!“. Tyto programy můžou napomoci včasné detekci, v kontextu celkového počtu klientů je to často ale jenom malý počet. V oblasti šíření povědomí na školách formou edukace

o duševních onemocněních vidí poskytovatelé jisté rezervy. Rozvoj v této oblasti by přitom mohl velmi pomoci v oblasti rané detekce, případně i při vytváření individuálních studijních plánů. Pro spolupráci jsou často důležité postoje konkrétních ředitelů a učitelů:

„Myslím, že je to tím, kdo tu školu vede. Přijde mi ale, že ty školy jsou nadšené. Oni se na to nespecializují, stačí, když jim povíme málo o naší práci, tak jsou nadšení, že to někdo obstará, vzdělá je. Ale mám i špatnej případ, kdy třídní učitelka nedůvěřovala tomu, že má ten člověk symptomy. Snažili jsme se, psal jsem nějakou zprávu, maminka tam byla, ale učitelka mu svým přístupem znemožnila dostudovat.“ (R15)

Úřady a jiné služby

Dalším zmiňovaným aktérem jsou zástupci úřadů (např. orgány sociálně-právní ochrany dětí, sociální odbory) či starostové (hlavně u menších obcí). Jejich role bývá nápomocná při rané detekci osob, které se začnou potýkat s obtížemi primárně v jiných oblastech než v oblasti duševního zdraví. Díky navázaným kontaktům se sociálními službami mohou odkázat přímo na danou službu, pokud mají podezření na rozvíjející se závažné duševní onemocnění. Podobně důležitý může být integrovaný záchranný systém a služby zaměřené na návykové látky. Navazování kontaktů s těmito aktéry probíhá často díky komunitnímu plánování sociálních služeb, se kterým mají poskytovatelé zpravidla dobrou zkušenost, případně přes osobní kontakty (zejména v menších městech). Poskytovatelé by ale ocenili větší informovanost a edukovanost jak složek integrovaného záchranného systémů, tak úředníků:

„Já jsem v oboru 20 let a v regionu, tak můj ksicht tam každý zná dobře. Takže na osobní rovině, pak na nějaký profesionální rovině, že ty služby představujeme, prezentace na obcích a hlavně je zveme na ty naše aktivity. (…) Vznikl regionální tým, abychom se tam potkávali jako ze státní správy nebo samosprávy, a díky tomu se to rozšiřuje“ (R1)

Vnímané bariéry a cesty rozvoje služeb

V rozhovorech se objevovalo několik oblastí, ve kterých je klíčové rozvíjet služby pro lidi v raných fázích závažného duševního onemocnění. Šlo zejména o personální kapacity, zvyšování povědomí a destigmatizaci duševních onemocnění a služeb péče o duševní zdraví:

Personální kapacity

Sociální služby často mají naplněné kapacity, a nemohou proto dostatečně flexibilně reagovat na potřeby klientů v raných fázích závažného duševního onemocnění, kteří zpravidla potřebují intenzivnější podporu než jiní klienti. Obdobně by bylo žádoucí postupné rozšiřování spektra poskytovaných služeb, zejména o terapeutickou podporu, práci s duálními diagnózami a nepřetržitou krizovou službu. Dále by rozvoji služeb pomohlo doplnění týmů o zdravotní sestry a psychiatry, a tedy rozšíření služeb o zdravotní péči.

„Ani ne že by nebyli cílovou skupinou, ale my tomu nedokážeme věnovat tolik energie a času, kolik by si to zasloužilo. My děláme spoustu jiných věcí a jsme poměrně malý tým, tak nejsme schopný poskytnout tolik času, schůzek, že by to chtělo prostě víc. My se tomu [raným fázím závažného duševního onemocnění] *samozřejmě věnujem, ale chtělo by to víc, třeba i psychiatrickou sestru do terénu nebo tak, což my nemáme, my jsme sociální služba zatím. Věnujem se, ale myslím, že by si to zasloužilo víc.“* (R12)

Zvyšování povědomí

Jako důležité vnímali poskytovatelé zvyšování znalostí o duševních onemocněních a o službách péče o duševní zdraví, a to jak u odborníků, tak u širší veřejnosti.

Zejména u pracovníků ve školství (školních psychologů, výchovných poradců, případně pedagogicko-psychologických poraden) a u praktických lékařů se nedostatečná znalost problematiky duševních onemocnění, včetně informovanosti o dostupných službách, ukazuje jako významná bariéra pro zvyšování kvality péče pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění.

„Já si myslím, že by fakt pomohla nějaká systémová práce se SŠ a VŠ, aby ta primární prevence duševního zdraví se stala stejně normální jako primární prevence drog.“ (R15)

Podle poskytovatelů je šíření osvěty také částečně otázkou kapacit, kdy pracovníci nemají kvůli přímé práci s klienty prostor pro větší a systematičtější síťování s dalšími důležitými aktéry:

„Máme nějaký nápady, ale chybí kapacita, jakože můžeme chodit ordinaci po ordinaci, mít nějakej leták, ale to je hrozně náročný časově, jakože bych potřeboval na nějakej měsíc úvazek někoho, kdo se tomu bude věnovat.“ (R1)

Objevoval se ale i názor, že by tuto osvětu měl dělat někdo jiný, někdo s větší autoritou. Sociální služby nemají potřebný respekt u zdravotníků. Respondenti tedy navrhovali, že větší dopad by měla edukace, kterou by zdravotníkům poskytovali zdravotníci. Jako dobrá praxe se může ukazovat i záštita úřadů:

„My máme takovou dohodu s [městským úřadem], *že zašle letáčky se službama přímo všem praktickým lékařům, s tím, že to mají z tý strany toho města, a tak to berou víc, než když by tam přišel nějakej člověk jako třeba já a nutil by jim tam nějaké letáčky.“* (R28)

Destigmatizace

Tématem byla v rozhovorech i stigmatizace, která brání především tomu, aby klienti (popřípadě jejich blízcí) vyhledali odbornou pomoc včas. Nutnost destigmatizovat v kontextu rozvoje péče o duševní zdraví se objevovala ve dvou úrovních: jako požadavek na zlepšování postojů společnosti k duševním onemocněním a zároveň jako požadavek na to, aby samotná služba nebyla pro její klienty a jejich rodiny stigmatizující. Jako příklady dobré praxe lze uvést modely, kdy schůzky probíhají v neformálním prostředí, podpora týmu se zaměřuje spíše na praktické obtíže než na symptomy onemocnění, v případě výjezdů mají týmy neoznačená auta apod.:

„Nabídnout těm lidem to, že my přijedem za váma nebo se někde sejdem, vy nemusíte za náma, a nemusíte se nijak doprošovat a jednak se hrozit toho, že půjdu do nějaký ordinace a ještě mě tam někdo uvidí, to když se sejdou prostě s někým na kafi, tak co bych nemoh, nebo za váma přijedou domů, jeden dva lidi, tak jako co je. Nesmí přijet v bílejch pláštích samozřejmě, to je jako blbý, nebo s nějakým šíleným popiskem na autě.“ (R2)

„Ty lidi, když se o nás dozví, tak přijdou, ale myslím, že se toho hodně lidí obává, jak se tady znaj. Jako my teda teď auto máme už bez nálepek, když máme auto s nálepkama, tak to není dobrý. Ty druhý už máme bez. Myslím si, že ty lidi se pak obávají, že sousedi uvidí, že k nim někdo chodí." (R11)

Výše zmíněné bariéry a možnosti rozvoje můžeme vnímat jako vzájemně provázané. Respondenti uváděli, že nedostatečné kapacity jim brání věnovat se více nepřímé práci, tedy síťování a šíření povědomí o duševních onemocněních a dostupných službách, případně práci na destigmatizaci duševních onemocnění.

DISKUSE

V článku jsme se zaměřili na zmapování práce komunitních sociálních služeb s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění. Dle zkušeností pracovníků těchto služeb je prvním kontaktem s odbornými službami pro většinu klientů hospitalizace v psychiatrické nemocnici. To je v souladu s poznatky z výzkumu systému psychiatrické péče, podle kterého jsou páteří psychiatrické péče v zemích v regionu střední a východní Evropy psychiatrické nemocnice.[28]

Stávající sociální služby, které pracují s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění, nabízejí ve své struktuře služeb intervence založené na principech případového vedení (též case-managementu), zdůrazňují psychoedukaci klienta i jeho blízkých a podporu ve vzdělávání. To je srovnatelné s tím, co se objevuje v zahraničních specializovaných programech a co bývá na základě výzkumné evidence považováno za efektivní prvky specializovaných služeb pro osoby v rané fázi duševního onemocnění.[15,24]

V oblasti včasné detekce se týmy zaměřují na edukaci a informování o dostupných službách jak veřejnosti, tak ostatních relevantních aktérů. Za klíčovou považují spolupráci se školami, praktickými lékaři a úřady. To je také v souladu se specializovanými zahraničními programy, které kladou důraz na edukaci praktických lékařů,[11,26] pracovníků škol[11] či obecněji na informování široké veřejnosti.[26]

Na rozdíl od specializovaných zahraničních programů naráží však práce stávajících komunitních týmů v České republice především na malé kapacity. Týmy nemají prostor věnovat se intenzivněji a cíleně práci s klienty v raných fázích a také se více věnovat včasné detekci, tedy osobnímu informování o službách a zasíťování u dalších aktérů. Nedostatečné kapacity stávajících služeb pro přímou práci s klienty v raných fázích duševních onemocnění mohou být jedním z důvodů, proč v České republice 34 % hospitalizací osob se závažným duševním onemocněním tvoří neodkladné hospitalizace, tedy hospitalizace v krizových situacích.[31]

Kromě toho z analýzy vyplývají i nízké kapacity pracovníků ze sociálních služeb na nepřímou práci, jako je informování laické i odborné veřejnosti o službách péče o duševní zdraví a destigmatizační aktivity obecně. Znepokojivé je, že stigma, které brání lepší včasné detekci osob v raných fázích závažného duševního onemocnění, je v České republice ve srovnání se zeměmi západní Evropy vysoké,[32,33] a to i u lékařů.[34] Vnímané stigma osob s duševním onemocněním brání kontaktu s vhodnou službou, což se objevovalo v rozhovorech v této studii i v dřívějším kvalitativním šetření z českého prostředí.[33] Aktivity zacílené na snižování stigmatu jsou klíčovým prvkem i v zahraničních programech včasné detekce.[11,35]

Možnosti uvedení do praxe

Provedený výzkum slouží jako vhled do stávajících služeb pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění. Současně přináší impulsy pro další rozvoj těchto služeb v České republice. V kontextu probíhající reformy psychiatrické péče je větší zaměření na osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění jedním z jejích hlavních cílů.[36]

Na základě naší analýzy se jako účinné opatření zlepšující péči pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění jeví vznik specializovaných terénních týmů včasné intervence a včasné detekce. Specializované služby by mohly poskytnout personální kapacity na realizaci detekčních opatření a následně kontinuální podporu zohledňující specifické potřeby osob v raných fázích. Argumentem pro vytvoření specializovaných týmů včasné detekce a včasné intervence jsou též výsledky ekonomického modelu, podle kterého by jejich zavedení v České republice bylo efektivní z hlediska nákladů.[23]

V analýze se jako klíčové ukazovalo síťování s dalšími službami a aktéry a také to, že stávající služby často aplikují intervence, které jsou efektivní v zahraničních programech včasných intervencí.[15,24] Kromě toho jsou osoby s potřebou včasné intervence (tedy v riziku rozvoje duševního onemocnění) i cílovou skupinou Center duševního zdraví.[37] Vzhledem k tomu se tak jeví jako optimální forma fungování týmů včasných intervencí *hub-and-spoke model*, tedy uspořádání, kdy je malý tým, který se věnuje výlučně včasné detekci a včasným intervencím, součástí většího komunitního týmu.[27,38] Nabízí se tedy možnost zavedení specializovaných týmů včasné detekce a včasné intervence jakožto subtýmů Center duševního zdraví. Toto uspořádání by rovněž bylo vhodné s ohledem na destigmatizační aktivity, která jsou pro včasnou detekci osob v raných fázích závažných duševních onemocnění klíčové. Destigmatizace je také jedním z cílů reformy psychiatrické péče.[36]

Limity studie

Limitem studie je omezení vzorku na sociální služby. Do vzorku byly zahrnuty služby, které s lidmi se závažným duševním onemocněním pracují terénní formou a s principy case managementu. Důvodem bylo, že tyto služby svým způsobem práce, rozsahem a typem intervencí nejvíce odpovídají zahraničním specializovaným službám včasné detekce a včasné intervence. Prvním kontaktem se specializovanými službami je však často hospitalizace, způsoby práce psychiatrických nemocnic s osobami v raných fázích ale nebylo možné vzhledem k výběru vzorku analyzovat. Tato studie může být v budoucnu doplněna o výzkum, který by se zaměřoval na způsoby práce s oso-

bami v raných fázích závažného duševního onemocnění u dalších relevantních aktérů. Může jít zejména o pracovníky psychiatrických nemocnic, krizových center, pedagogicko-psychologických poraden, školní psychology, ambulantní psychiatry či další odborníky, kteří se potkávají s cílovou skupinou. Případně by mohla být analýza rozšířena o biografie osob s čerstvou zkušeností se závažným duševním onemocněním a biografie jejich blízkých.

ZÁVĚR

Komunitní služby zaměřené na práci s osobami se závažným duševním onemocněním se ve své práci potkávají s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění, v drtivé většině jde o kontakt, který proběhne po první atace onemocnění a po hospitalizaci. S klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění pracují komunitní sociální služby s ohledem na potřeby jednotlivých klientů a spolupracují (či se snaží spolupracovat) s klíčovými regionálními aktéry. Pracovní postupy pro práci s cílovou skupinou lidí v raných fázích duševního onemocnění a s jejich rodinami však nejsou standardizovány. Stávající služby mimo to narážejí na nedostatečné personální kapacity, malou informovanost o duševních onemocněních a stigma spojené s duševními onemocněními a službami.

Ačkoli tedy v českém prostředí můžeme v komunitní práci najít příklady dobré praxe, analýza ukazuje na potřebu rozvíjet specializované služby pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění. Jak ukazuje zahraniční výzkumná evidence, komunitní týmy včasné detekce a včasné intervence jsou efektivním prvkem systému péče.[10–23] V kontextu probíhající reformy psychiatrické péče má rozvoj specializovaných komunitních služeb pro osoby v raných fázích závažného duševního onemocnění důležité místo.

LITERATURA

1. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. Current opinion in psychiatry 2012; 25 (2): 83–88.
2. Newcomer JW. Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. The Journal of Clinical Psychiatry 2006; 67: 25–30.
3. De Hert M, Dekker J, Wood D, Kahl K, Holt R, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). European psychiatry 2009; 24 (6): 412–24.
4. Vuksan-Ćusa B, Marčinko D, Šagud M, Jakovljević M. The comorbidity of bipolar disorder and cardiovascular diseases from pharmacotherapy perspective. Psychiatria Danubina 2009; 21 (3): 382–385.
5. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. Schizophrenia Bulletin 2015; 42 (2): 476–483.
6. Neil AL, Carr VJ, Mihalopoulos C, Mackinnon A, Morgan VA. Costs of psychosis in 2010: Findings from the second Australian National Survey of Psychosis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014; 48 (2): 169–182.
7. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. European Neuropsychopharmacology 2005; 15 (4): 399–409.
8. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2004; 30 (2): 279–293.
9. Ehler E, Bednařík J, Höschl C, Winkler P, Suchý M, Pátá M. Náklady na poruchy mozku v České republice. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie 2013; 76/109 (3): 282–291.
10. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. Schizophrenia bulletin 2011; 37 (6): 1111–1114.
11. Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK, Horneland M, Joa I, Mardal S et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. Schizophrenia Research 2001; 51 (1): 39–46.
12. Kašpárek MT. Predikce průběhu léčby schizofrenie. Psychiatrie pro praxi 2009; 10 (4): 163–166.
13. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Archives of General Psychiatry 2005; 62 (9): 975–983.
14. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry 2005; 162 (10): 1785–804.
15. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. The British Journal of Psychiatry 2010; 197 (5): 350–356.
16. Bond G, Drake R, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. Epidemiology and psychiatric sciences 2015; 24 (5): 446–457.
17. McCrone P, Park A-L, Knapp M. Economic evaluation of early intervention (EI) services: Phase IV report. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science 2010.
18. Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A et al. A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. Schizophrenia Bulletin 2015; 41 (6): 1379–1386.
19. Andrew A, Knapp M, McCrone PR, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective interventions in schizophrenia: the economic case. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science 2012.
20. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). The British Journal of Psychiatry 2013; 202 (1): 35–41.
21. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? Schizophrenia Bulletin 2009; 35 (5): 909–918.
22. Valmaggia L, McCrone P, Knapp M, Woolley J, Broome M, Tabraham P et al. Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. Psychological Medicine 2009; 39 (10): 1617–1626.

23. Winkler P, Broulíková HM, Kondrátová L, Knapp M, Arteel P, Boyer P et al. Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. European Psychiatry 2018; 53: 116–122.
24. Garety PA, Craig TK, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry 2006; 188 (1): 37–45.
25. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry 2007; 20 (4): 359–364.
26. Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling S, Hobbs L, Hinton M et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. The British Journal of Psychiatry 2011; 198 (4): 256–263.
27. NICE. Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance. National Institute for Health and Care Excellence London 2016.
28. Winkler P, Krupchanka D, Roberts T, Kondratova L, Machů V, Höschl C et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. The Lancet Psychiatry 2017; 4 (8): 634–642.
29. Janoušková M, Weissová A, Formánek T, Tušková E. Evaluace programu Bláznís? No a! (Zpráva z výzkumu). Praha: NUDZ 2018.
30. Bankovská Motlová L, Dragomirecká E, Matelová S, Otevřelová R, Čermáková R, Čermák J et al. Education in schizophrenia: how patients and their relatives assess the relapse prevention programme PREDUKA. Časopis lékařů českých 2010; 149 (1): 21–25.
31. Pastorková R, Juríčková L, Nechanská B. Důvody hospitalizace u pacientů s diagnózou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Praktický lékař 2017; 97 (2): 61–66.
32. Winkler P, Csémy L, Janoušková M, Mladá K, Motlová LB, Evans-Lacko S. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. European Psychiatry 2015; 30 (6): 801–806.
33. Krupchanka D, Chrtková D, Vítková M, Munzel D, Čihařová M, Růžičková T et al. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. Social Science & Medicine 2018; 212: 129–135.
34. Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2016; 51 (9): 1265–1273.
35. Joa I, Johannessen JO, Auestad B, Friis S, McGlashan T, Melle I et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. Schizophrenia bulletin 2007; 34 (3): 466–472.
36. MZ ČR. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013.
37. MZ ČR. Metodika programu podpory center duševního zdraví II. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2018.
38. Dodgson G, Crebbin K, Pickering C, Mitford E, Brabban A, Paxton R. Early intervention in psychosis service and psychiatric admissions. Psychiatric Bulletin 2008; 32 (11): 413–416.

Stanislav Kratochvíl

KLINICKÁ HYPNÓZA

3., aktualizované a rozšířené vydání

Příručka zabývající se využitím hypnózy v lékařství je určena psychoterapeutům, psychologům, psychiatrům a lékařům všech klinických oborů. Vychází z autorovy klinické praxe, z jeho třicetiletých zkušeností při vedení výcvikových kurzů hypnózy pro lékaře a psychology a z rozsáhlého přehledu současné zahraniční literatury.

První část knihy obsahuje podrobné návody ke standardnímu i individualizovanému navozování hypnotického stavu a ověřování jeho hloubky. Druhá část uvádí zásady různých forem léčebného využití hypnózy. Třetí, nejobsáhlejší část je věnována praktickým hypnoterapeutickým postupům u konkrétních onemocnění v jednotlivých lékařských oborech – od psychiatrie přes interní medicínu a chirurgii až po stomatologii a využití hypnózy u dětí.

539 Kč, Grada, 304 stran, černobíle, 167 × 240 mm, brožovaná

Objednávky: **www.e-kompas.cz**, Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz
Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115