

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup

## Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou

| Číslo ŠP | Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP | Status    | Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0071     | 10. decembra 2019                                  | schválené | 15. januára 2020  |

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív

##### **Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.**

MUDr. Jana Vránová; prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.; PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

**Odborní koordinátori:** MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

#### Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, MUDr. Peter Bartoň; PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

#### Technická a administratívna podpora


**Podpora vývoja a administrácia:** Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

**Podporené grantom** z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

závažné duševné poruchy, psychosociálna rehabilitácia, obnova zdravia


## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| Zoznam skratiek   |   |
|---|---|
|  | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU                          |
| CPČ   | Certifikovaná pracovná činnosť  |
| CMHT  | Community mental health treatment teams   |
| DP  | Duševná porucha   |
| DGPPN   | Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde   |
| DSM-V   | Diagnostický a štatistický manuál (Diagnostic and Statistical Manual)   |
| GAF   | The Global Assessment of Functioning (Globálne hodnotenie fungovania)   |
| MKCH  | Medzinárodná klasifikácia chorôb  |
| MKF   | Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health) |
| IMR   | Illness Management and Recovery program (Program Manažment choroby a zotavenia)   |
| NASMHPD   | National Association of State Mental Health Program Directors   |
| NCZI  | Národné centrum zdravotníckych informácií   |
| PCI   | Proactive coping inventory (Dotazník proaktívneho zvládania)  |
| PL  | Public Law (USA)  |
| PSR   | Psychosociálna rehabilitácia  |
| PT  | Psychotherapia  |
| SOFAS   | The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Škála hodnotenia sociálnych a pracovných funkcií)                                 |
| USPRA   | United States Psychiatric Rehabilitation Association (Americká asociácia pre psychiatrickú rehabilitáciu)                                   |
| WHO   | World health organization (Svetová zdravotnícka organizácia)  |
| ZDP   | Závažná duševná porucha   |
| ZP  | Zdravotná poisťovňa   |

**Duševná porucha DP** (Any mental illness AMI) je definovaná ako mentálna, behaviorálna alebo emocionálna porucha. DP sa môže líšiť v miere funkčného poškodenia, ako následku poruchy, ktoré varuje od žiadneho až po mierne, stredne ťažké a závažné poškodenie. **Závažná duševná porucha ZDP** (serious mental illness SMI; serious mental disorder SMD) je duševná, behaviorálna alebo emocionálna porucha, ktorá vedie k vážnemu funkčnému poškodeniu, ktoré narúša alebo obmedzuje jednu alebo viac významných životných oblastí (The National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2019).

Do skupiny so ZDP patria ľudia s osobitnými potrebami väčšinou vyžadujúci viacodborovú starostlivosť. Ďalej uvedený rozsah primárnych diagnóz ZDP je zosúladený s Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness (DGPPN, 2013) a doplnený o dva okruhy diagnóz s potrebou PSR starostlivosti.

Tabuľka č. 1

| Zoznam primárnych diagnóz, pre ktoré sa indikuje psychosociálna rehabilitácia            |   |
|--|---|
|         | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP                     |
|  | PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |
| schizofrénia a príbuzné poruchy  | MKCH-10: F20-F22, F25   |
| afektívne poruchy - mánia, bipolárna afektívna porucha a opakujúce sa depresívne poruchy | MKCH-10: F30-F31, F32.2-F32.3 a F33                               |
| porucha osobnosti  | MKCH-10: F60-F61  |
| úzkostná poruchy a obsedantno-kompulzívna porucha  | MKCH-10: F41 a F42  |
| poruchy príjmu potravy   | MKCH-10: F50  |
| posttraumatická stresová porucha   | MKCH-10: F43.1  |

Psychosociálna rehabilitácia patrí do systému komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacientov s duševnou poruchou. Je indikovaná predovšetkým u pacientov so závažnou duševnou poruchou vo fáze doliečovania alebo remisie príznakov ochorenia. Zahrňuje diagnostiku jednotlivých funkcií (vnímanie, pozornosť, komunikáciu, kognitívne schopnosti, návyky, zručnosti, konanie, emócie), zdrojov zvládania a obmedzení. Ponúka individuálne a skupinové formy pomoci pre zlepšenie participácie a kvality života. Cieľom PSR je ponúknuť rozsiahlu a na človeka orientovanú podporu, zameranú na posilnenie jeho schopnosti prevziať zodpovednosť za svoj život a tým zlepšiť kvalitu svojho života.

Americká asociácia pre psychiatrickú rehabilitáciu (USPRA) prijala v roku 2007 definíciu psychiatrickej (psychosociálnej) rehabilitácie: „*Psychiatrická rehabilitácia podporuje obnovu, úplnú integráciu v komunite a zlepšenie kvality života osôb, ktoré mali diagnostikovaný stav duševného zdravia narúšajúci ich schopnosť viesť zmysluplný život. Psychiatrické rehabilitačné služby sú realizované v spolupráci s klientom, sú osobne riadené a individualizované. Tieto služby sú základným prvkom spektra zdravotnej starostlivosti a služieb pre ľudské zdravie a mali by byť založené na dôkazoch. Zamierajú sa na pomoc jednotlivcom rozvíjať zručnosti a prístup k zdrojom potrebným na zvýšenie ich schopnosti byť úspešní a spokojní v živote, pracovnom, vzdelávacom a sociálnom prostredí podľa vlastného výberu.*“ (Anthony W, Farkas M. 2009).

Termín psychosociálna rehabilitácia sa v odbornej literatúre obsahovo prelína s termínom psychiatrická rehabilitácia. Svetová zdravotnícka organizácia WHO sa zhodla na nahradení pojmu psychiatrická rehabilitácia pojmom psychosociálna rehabilitácia v súlade so zmenou modelu psychiatrickej starostlivosti smerom od modelu choroby (illness model) k modelu funkčnej neschopnosti (model of

functional disability). Preto sa orientuje v starostlivosti na dve oblasti. Zdôrazňuje podporu kompetencií jednotlivca a realizáciu sociálnych zmien v jeho sociálnom prostredí cieľom zvýšiť jeho kvalitu života.

## Kompetencie

**Lekári so špecializáciou v odbore psychiatria a neuropsychiatria** – nozologická diagnostika duševných porúch, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia, intervízia a koordinovanie interdisciplinárneho tímu odborníkov zainteresovaných do starostlivosti o pacienta.

**Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť** v psychiatrii - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Klinický psychológ, neuropsychológ** – psychologická a neuropsychologická diagnostika, psychoterapia.

**Liečebný pedagóg** – v procese psychosociálnej rehabilitácie realizuje nasledovné výkony zdravotnej starostlivosti:

- liečebnopedagogická diagnostika (procesuálna a diferenciálna diagnostika, diagnostika funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia podľa MKF, anamnestické vyšetrenie, analýza aktuálnych potrieb pacienta, vnútorných zdrojov a motívov, analýza produktov činnosti)
- vedenie skupinového programu psychosociálnej rehabilitácie zameranej na podporu sociálnych kompetencií
- pracovná rehabilitácia, ergoterapia
- realizácia liečebnopedagogických cvičení a programov s využitím arteterapie, psychomotorickej terapie, dramaterapie, biblioterapie, muzikoterapie – v individuálnej a skupinovej forme
- nácvik relaxačných techník
- realizácia kognitívneho tréningu a tréningu pamäti
- psychoedukácia ľudí s DP a ich príbuzných
- case-management – pomoc pri organizácii starostlivosti opacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, úzka spolupráca s terapeutickým tímom
- krízová intervencia
- liečebnopedagogické poradenstvo, podporná psychoterapia, sprevádzanie klienta a jeho rodiny
- rodinná a párová terapia
- odborné konzultácie a intervízia činnosti s lekármi zdravotníckeho zariadenia, s klinickým psychológom a ďalšími špecialistami v oblasti psychiatrie a psychosociálnej rehabilitácie
- vypracovanie odborného posudku o prognóze pacienta v súvislosti s riešením situácie pacienta so špeciálnymi problémami, v ťažkých životných okolnostiach
- vedenie systematickej zdravotnej dokumentácie pacientov.

Kompetencie vykonávať zdravotnícke výkony spojené so psychosociálnou rehabilitáciou samostatne získava liečebný pedagóg po absolvovaní špecializačného štúdia v odbore liečebná pedagogika (zastrešuje Slovenská zdravotnícka univerzita). Liečebný pedagóg môže ďalej rozširovať svoje vedomosti a pracovné zručnosti v oblasti psychosociálnej rehabilitácie absolvovaním Certifikačného študijného programu v certifikovanej pracovnej činnosti (CPC) psychosociálna rehabilitácia (zastrešuje Slovenská zdravotnícka univerzita).

Psychosociálna rehabilitácia pre ľudí so ZDP je komplexná starostlivosť, ktorú je vhodné zabezpečovať v interdisciplinárnom tíme pre duševné zdravie. Do poskytovania starostlivosti sa tak dostáva tímový interdisciplinárny prístup, ktorý umožňuje poskytnúť ľuďom so ZDP komplexný a efektívny balíček zdravotnej (komunitnej) starostlivosti. V západných krajinách je zdravotná starostlivosť o ľudí s duševnou poruchou poskytovaná v nemocniciach a ambulanciách v nemocniciach dopĺňaná, či nahrádzaná komunitnými tímami na liečbu duševného zdravia. Členmi tímov sú okrem psychiatrov zdravotné sestry, psychológovia, terapeuti z povolania, sociálni pracovníci, prípadne odborníci z iných rezortov. Výskumy potvrdzujú väčšiu efektívnosť komunitnej tímovej starostlivosti oproti ústavnej a ambulantnej starostlivosti v nemocniciach (Malone et al., 2007).

## Úvod

Psychosociálna rehabilitácia patrí do systému komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta s duševnou poruchou. Dôvodom zamerania sa oblasť psychosociálnej rehabilitácie u ľudí so závažnou duševnou poruchou je, že táto skupina pacientov zdieľa špecifické potreby v oblasti starostlivosti, čo je dôvodom na vytvorenie štandardných postupov psychosociálnej rehabilitácie, ktoré sa zameriavajú na diagnosticky heterogénnu skupinu s podobnými potrebami tímovej interdisciplinárnej starostlivosti (DGPPN, 2013).

Štandardné postupy sú vypracované pre cieľovú skupinu dospelých pacientov so závažnou duševnou poruchou z okruhu schizofrénie, afektívnych porúch, depresie, bipolárnych porúch, porúch osobnosti, úzkostných porúch a obsedantno-kompulzívna poruchy.

Cieľom predkladaných štandardných diagnostických a terapeutických postupov je zabezpečiť poskytovanie optimálnej (vychádzajúcej zo súčasného vedeckého poznania) zdravotnej starostlivosti v oblasti psychosociálnej rehabilitácie ľuďom so závažnou duševnou poruchou.

Oblasť psychosociálnej rehabilitácie ľudí s duševnou poruchou prešla v posledných desaťročiach významnými zmenami. V prístupe ku pacientovi, ako aj v orientácii a cieľoch samotnej liečby a to smerom od konceptu stabilizácie duševného stavu ku konceptu zotavenia (recovery) a paralelne tiež od modelu choroby (illness model) k modelu funkčnej poruchy (model of functional disability). V modernom ponímaní je v popredí psychosociálnej rehabilitácie humanistický, nie humanitárny prístup, ktorý spája etické a vedecké hľadisko. Psychosociálna rehabilitácia sa orientuje na funkčné poruchy (functional disability), nie na chronicitu (chronicity). Zámerom PSR je pomôcť jednotlivcom s pretrvávajúcou závažnou duševnou poruchou rozvíjať emocionálne, sociálne a intelektuálne zručnosti potrebné pre život, učiť sa, žiť a pracovať v komunite s minimom odbornej pomoci.

V kontexte modelu funkčnej poruchy ľudí s duševnou poruchou sa v posledných desaťročiach, predovšetkým v anglicky hovoriacich krajinách, používa termín „zotavenie“, „obnova zdravia“

(recovery). Odráža nový komplexný prístup k ľuďom s duševnou poruchou a k ich liečbe, ktorý dosiahol široké prijatie medzi odborníkmi na duševné zdravie. Dlhé obdobie bol cieľ liečby zameraný na stabilizáciu duševného stavu. Tá sa zameriavala na spoluprácu pacienta, prevenciu hospitalizácie a adaptáciu na ochorenie. Koncepcia zotavenia sa z choroby (recovery) tieto ciele doplnila o rozvoj sociálnych vzťahov a celkový návrat do zmysluplnej sociálnej roly, rozvoj alebo znovuzískanie zmyslu, sebaidentity a nakoniec dosiahnutie statusu plnohodnotného člena spoločnosti (Ahern, Fisher podľa Leczová, 2008). Zotavenie (obnova zdravia) je proces, v ktorom človek dosahuje stav, že môže žiť plnohodnotný a uspokojujúci život aj s vážnou duševnou poruchou. Celý systém služieb poskytovaných psychiatrickej starostlivosti, vrátane psychosociálnej rehabilitácie, smeruje k obnoveniu zdravia v maximálnej možnej miere (Vachková, 2008).

Pytlová (2009, s. 56) popisuje hlavné princípy zotavenia (obnova zdravia) podľa správy Making Recovery a Reality (2008), ktorá vznikla ako jeden z podkladov pre modernizáciu služieb duševného zdravia vo Veľkej Británii:

- Zotavenie je nutné chápať ako proces budovania zmysluplného a uspokojivého života, tak ako si ho predstavuje osoba samotná, nehľadiac na pretrvávajúce alebo obnovujúce sa symptómy či problémy.
- Zotavenie reprezentuje odklon od patológie, choroby a symptómov a sústreďuje sa na zdravie, silné stránky a duševnú pohodu.
- Nádej je mimoriadne dôležitá a zväčšuje sa o to viac, ak človek môže prevziať kontrolu nad svojim životom, ak má možnosť slobodnej voľby.
- Svedectvá iných sú dôležitým zdrojom inšpirácie a motivácie.
- Vzťah medzi pomáhajúcim a pacientom nemá byť vzťahom odborník – pacient, ale skôr partner.
- Rodina, priatelia, známi sú často kľúčovými v procese zotavenia a mali by byť zaangažovaní do tohto procesu v maximálnej možnej miere. Pre mnohých ľudí majú veľký význam aj rôzne rovesnícke a svojpomocné skupiny.
- Ľudia sa nezotavujú v izolácii. Prístup vedúci k zotaveniu je úzko spätý so sociálnym začlenením do miestnej komunity. Dôležitou súčasťou je preberanie sociálnej role, ktorá je prospešná širšej komunite.

Nové prístupy k starostlivosti o pacienta v kontexte psychosociálnej rehabilitácie korešpondujú s teoreticky vymedzeným liečebnopedagogickým prístupom k jedincovi a podpore jeho zdravia, orientovaným humanisticky a holisticky na zdroje a funkčné časti človeka a jeho sociálneho prostredia, smerujúcim k sociálnej inklúzii. Liečebná pedagogika tým dokáže reagovať na aktuálne potreby v oblasti starostlivosti o pacientov so závažnou duševnou poruchou a prispievať k postupnej reformácii a skvalitňovaniu poskytovaných zdravotníckych služieb.

Liečebný pedagóg v psychosociálnej rehabilitácii dospelých má uplatnenie pri realizovaní terapeuticko-intervenčných postupov, expresívnych a liečebnopedagogických terapií, predovšetkým ergoterapie, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, dramaterapie a psychomotorickej terapie.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu adaptácie medzinárodných klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne


neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti adoptovaným medzinárodným postupom.

## Prevenca

Psychosociálna rehabilitácia pôsobí v zmysle terciárnej prevencie na redukciiu následkov duševnej poruchy, čím prispieva k obnove duševného zdravia. Snaží sa zabrániť nepriaznivému priebehu choroby a prechodu do chronicity minimalizovaním negatívnych dôsledkov DP na sebestačnosť, celkovú (sociálnu) funkčnosť a kvalitu života človeka s DP. Cieľom efektívnej prevencie u ľudí s duševnou poruchou je umožniť čo najlepšie fungovanie v ich životných rolách.

Na Slovensku sú duševné choroby na piatom mieste príčin pracovnej neschopnosti. Viac ako tretina obyvateľstva je psychicky menej odolná a pri záťaži aspoň prechodne trpí duševnou poruchou. Preventívne stratégie zahŕňajú znižovanie rizikových faktorov, ktoré prispievajú k problémom v oblasti duševného zdravia, a zároveň posilňovanie ochranných faktorov spojených s dobrým duševným zdravím (WHO, 2019). Európsky akčný plán duševného zdravia, ktorý vytvorila Svetová zdravotnícka organizácia WHO na roky 2013-2020 je postavený na napĺňaní štyroch základných cieľov a troch prierezových cieľov.

Tabuľka č. 2

| Hlavné a prierezové ciele Akčného plánu duševného zdravia (WHO, 2019)  |  |
|--|--|
|   | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |
| <b>Hlavné ciele:</b>   |  |
| a) každý má rovnakú príležitosť na realizáciu duševného blahobytu počas celého jeho života, a to najmä tí, ktorí sú najzraniteľnejší alebo najviac ohrození; |  |
| b) osoby s problémami duševného zdravia sú občania, ktorých ľudské práva sú plne uznávané, chránené a podporované;   |  |
| c) služby duševného zdravia sú prístupné a cenovo dostupné, dostupné v spoločenstve podľa potreby;   |  |
| d) ľudia majú nárok na rešpekt, bezpečnosť a účinnú liečbu   |  |
| <b>Prierezové ciele:</b>   |  |
| e) zdravotný systém poskytuje dobrú starostlivosť vedúcu k fyzickému a duševnému zdraviu pre všetkých;   |  |
| f) systém duševného zdravia pracuje v dobre koordinovaných partnerstvách s inými sektormi;   |  |
| g) politika a zabezpečovanie duševného zdravia sú riadené kvalitnými informáciami a poznatkami   |  |

Obnova duševného zdravia zahŕňa nielen intervenciu nasmerovanú na pacienta a na jeho rodinu, ale i na širšie sociálne prostredie ako aj na celú spoločnosť. Významnou oblasťou v kontexte prevencie je preto cieleňá snaha o prekonávanie stigmy a s ňou spojenej diskriminácie ľudí s duševnou poruchou.

Ide o jednu z najzávažnejších prekážok pri riešení otázok duševného zdravia (Národný program duševného zdravia, 2002).

## Epidemiológia

V psychiatrických ambulanciách na Slovensku bolo v roku 2017 uskutočnených 1 800 277 vyšetrení s diagnostikovanou psychickou poruchou. Vyšetrených so stanovenou diagnózou bolo celkovo 374 167 osôb (159 392 mužov a 214 775 žien). Afektívne poruchy boli aj v tomto roku najčastejším dôvodom ambulantnej liečby. Predstavovali 30,7 % všetkých vyšetrených osôb (210,9 na 10-tis obyvateľov). Nasledovali *neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy*, ktoré sa týkali 25,6 % osôb (176,3 na 10-tis. obyvateľov). *Organické duševné choroby vrátane symptomatických* tvorili 18,4 % zo všetkých vyšetrených osôb (126,3 na 10-tis. obyvateľov). Pri všetkých troch skupinách diagnóz prevažovali ženy (viac ako 60 %). Najvyšší počet pacientov s psychickou poruchou evidovali ambulance Bratislavského (895,0 na 10-tis.obyvateľov kraja), Banskobystrického (797,5/10-tis.) a Košického kraja (742,6/10-tis.) (NCZI, 2017).

Na psychiatrických oddeleniach posteľových zdravotníckych zariadení bolo v minulom roku pre duševné poruchy a poruchy správania uskutočnených spolu 43 009 hospitalizácií (79,1 na 10-tis. obyvateľov), muži tvorili 56,3 %. Z celkového počtu hospitalizácií bolo 37 % pacientov prijatých vôbec prvýkrát v živote, pričom ich najvyšší podiel (57 %) bol pri *poruchách správania a emotivity so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania*. Duševnými chorobami vyžadujúcimi častú hospitalizáciu boli najmä *porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu* (26,5 % z celkového počtu hospitalizácií), *schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi* (18,5 %), *organické duševné poruchy* (14,6 %) a *afektívne poruchy* (14,2 %). Muži boli najčastejšie hospitalizovaní s diagnózou *porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu*, u žien dominovala skupina diagnóz – *afektívne poruchy a následne schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi* (NCZI, 2017).

Zo všetkých pacientov s diagnózou duševných porúch (z okruhu schizofrénie, afektívnych porúch, depresie, bipolárnych porúch, porúch osobnosti, úzkostných porúch a obsedantno-kompulzívna poruchy) sa skupina pacientov so závažnou duševnou poruchou skladá z 58% so psychózou a 42% s non-psychotickými poruchami (Ruggeri et al., 2000).

## Patofyziológia

V oblasti etiológie duševných porúch je v súčasnosti všeobecne prijímaný bio-psycho-sociálny model, ktorý stojí na multifaktoriálnej géneze porúch. Znamená to, že pri vzniku duševných porúch majú význam biologické, psychogénne a sociálne faktory. Význam a podiel týchto faktorov sa líši pri jednotlivých poruchách, pričom existujú aj významné interindividuálne rozdiely v podiele skupín etiologických faktorov (Heretik, Heretik et al, 2016).

Genetické faktory a faktory pôsobiace vo včasných vývinových štádiách (napr. infekcie) môžu ovplyvniť vývin nervového systému, dôsledkom čoho je abnormálne zastúpenie neurónov v určitých štruktúrach mozgu (napr. v jednotlivých vrstvách mozgovej kôry) a alterácie v činnosti neuronálnych okruhov. Faktory pôsobiace počas dospievania a v dospelosti (napr. pôsobenie stresorov, zápalové



choroby, toxické látky) ovplyvňujú činnosť neurónov, napríklad prostredníctvom epigenetických modifikácií. V prípade, že alterácie na úrovni neuronálnych okruhov a synáps presiahnu kompenzačné schopnosti mozgu, dochádza k manifestácii psychických porúch.

Pretrvávajúce duševné poruchy súvisia aj výskytom ďalších ochorení. Pacienti s ťažkým duševným ochorením, najmä schizofréniou a chronickými poruchami nálady, vykazujú vyšší výskyt metabolického syndrómu alebo jeho zložiek (vrátane obezity, hypertenzie, dyslipidémie, hyperurikémie a abnormalít glukózovej homeostázy) v porovnaní so všeobecnou populáciou (Toalson, P., Ahmed, S., Hardy, T., Kabinoff, G. 2004). Ľudia so závažnými duševnými poruchami zomierajú v priemere o 25 rokov skôr ako všeobecná populácia. Samovražda predstavuje približne 30% nadmernej úmrtnosti, približne 60% predčasných úmrtí je spôsobených „prirodzenými príčinami“, ako sú kardiovaskulárne a pľúcne ochorenia (NASMHPD, 2006). Medzi dôvody týchto rozdielov patria obmedzenia v oblasti zdravotných služieb, dôsledky závažnej duševnej choroby, rizikové správanie (fajčenie, drogové závislosti, obezita) a účinky psychotropných medikamentov (Robson, D., Gray, R. 2007).

## **Klasifikácia**

Pre klasifikáciu duševných porúch sa využívajú dva klasifikačné systémy. Klasifikačný systém Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) MKCH-10 Medzinárodná klasifikácia chorôb (čoskoro v platnosti 11 verzia MKCH-11), ako aj klasifikačný systém Americkej psychiatrickej spoločnosti DSM-V Diagnostický a štatistický manuál (Diagnostic and Statistical Manual), v piatej verzii zverejnený od roku 2013.

Stručnú klasifikáciu funkčného postihnutia pri duševných poruchách poskytuje Globálne hodnotenie fungovania (GAF), ktoré bolo súčasťou manuálu DSM-IV. Diagnóza závažnej duševnej poruchy (dg SMI stanovená v USA PL 102-321) vyžaduje, aby osoba mala najmenej jednu diagnostikovanú duševnú poruchu, inú ako závislosť, či zneužívanie látok, trvajúcu min. 12 mesiacov a mala "závažné poškodenie". To je definované ako skóre globálneho hodnotenia funkčnosti (GAF) menej ako 60,1. (Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, 2003).


Minimálny stupeň postihnutia je podľa GAF charakterizovaný prítomnosťou závažných symptómov (napr. suicidálne ideácie, opakujúce sa obsedantné rituály, časté krádeže), alebo závažných dopadov v sociálnom, pracovnom, či školskom fungovaní (žiadni priatelia, neschopnosť si nájsť prácu).

| <b>Globálne hodnotenie fungovania (GAF) –<br/> miera funkčnosti, ktorá spadá do závažnej duševnej poruchy je zvýraznená</b> |   |
|---|---|
|    |   |
| <b>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/> PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU</b> |   |
| 91-100  | Žiadne príznaky. Dobré fungovanie v širokom spektre aktivít, zvládanie životných problémov, ktoré má človek pod kontrolou, vyhľadáva iných kvôli viacerým pozitívnym vlastnostiam.  |
| 81-90   | Neprítomnosť alebo minimálne symptómy (napr. mierna úzkosť pred skúškou), dobré fungovanie vo všetkých oblastiach, záujem a zapojenie sa do širokého spektra aktivít, sociálna angažovanosť, všeobecná spokojnosť so životom, nič viac ako každodenné problémy alebo obavy.   |
| 71-80   | Prítomné príznaky, sú to prechodné a očakávané reakcie na psychosociálne stresory (napr. ťažkosti v rodine); nie viac ako mierne zhoršenie sociálneho, pracovného alebo školského fungovania (napr. dočasne zaostávanie v školskej dochádzke).  |
| 61-70   | Menej závažné symptómy (napr. depresívna nálada a mierna nespavosť) alebo ťažkosti v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. občasné záškoláctvo alebo krádež v domácnosti), ale vo všeobecnosti fungujú veľmi dobre, majú niektoré zmysluplné medziľudské vzťahy.   |
| 51-60   | Mierne závažné symptómy (napr. plochá afektivita, príležitostné záchvaty paniky) alebo mierne ťažkosti v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. málo priateľov, konflikty s rovesníkmi alebo spolupracovníkmi).   |
| 41-50   | Závažné symptómy (napr. samovražedné myšlienky, ťažké obsedantné rituály, časté krádeže) alebo akékoľvek vážne poškodenie sociálneho, pracovného alebo školského fungovania (napr. žiadni priatelia, neschopnosť udržať si prácu).  |
| 31-40   | Niektoré poruchy v testovaní reality alebo v komunikácii (napr. reč je niekedy nelogická, nejasná alebo irelevantná) alebo závažné poškodenie v niekoľkých oblastiach, ako je práca alebo škola, rodinné vzťahy, úsudok, myslenie alebo nálada (napr. depresia). Dospelý sa vyhýba priateľom, zanedbáva rodinu a nie je schopný pracovať. |
| 21-30   | Správanie je značne ovplyvnené bludmi alebo halucináciami alebo vážnymi poruchami komunikácie či úsudku (napr. občasne nekoherentné, hrubé nevhodné správanie, samovražedné myšlienky) alebo neschopnosťou fungovať takmer vo všetkých oblastiach (napr. pobyty v posteli po celý deň, žiadna práca, domov alebo priatelia).              |
| 11-20   | Určité nebezpečenstvo zranenia seba alebo iných (napr. pokusy o samovraždu bez jasného očakávania smrti, často násilné, manické vzrušenie) alebo príležitostne neudržiavanie minimálnej osobnej hygieny (napr. fekálne výkaly) alebo hrubé poškodenie komunikácie (napr. nekoherentné vyjadrovanie alebo mutizmus).                       |
| 0-10  | Pretrvávajúce nebezpečenstvo vážneho poškodenia seba alebo iných (napr. opakované násilie) alebo pretrvávajúca neschopnosť udržať minimálnu osobnú hygienu alebo vážne samovražedné činy s jasným očakávaním smrti.   |

Užitočný nástroj na klasifikáciu a hodnotenie dlhodobých dôsledkov závažných duševných porúch poskytuje **Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia MKF** (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). MKF rozširuje patologické jednotky u pacienta o jeho funkčné limitácie, riziká, potreby a priority. Umožňuje identifikáciu príčin, ťažkostí alebo nespôsobilostí, ktoré môžu byť medicínsky ignorované. Môže tak prispievať k zachovaniu, či obnove sebestačnosti, zlepšeniu kvality života, ale aj zlepšeniu prognózy pacienta. Pri použití funkčnej klasifikácie je pacientom stanovená presnejšia a kompletnejšia diagnóza, dostávajú prímenejšiu starostlivosť s lepšími výsledkami, s odbúraním neúčelných služieb (Rubinstein et al. podľa Németh et al., 2011). MKF je preto užitočným nástrojom na pochopenie chronicky duševne chorých vo všetkých jej rozmeroch. Každá úroveň zahŕňa teoretický základ, pre ktorý môže byť formulovaný rehabilitačný


zásah. Intervencia môže byť kvalifikovaná ako rehabilitačná v prípade, že je zameraná predovšetkým na funkčné zlepšenie postihnutého jedinca (Rössler, 2006).

Tabuľka č. 4

| Dôležité kategórie MKF diagnostiky v oblasti duševných porúch (ICF, Orgonášová, Palát, 2004) |  |
|--|--|
|             | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |
| Všeobecné úlohy a požiadavky (d210-d299)   |  |
| Starostlivosť o seba samého (d510-d599)  |  |
| Domáci život (d610-d699)   |  |
| Vzájomné pôsobenie medzi osobami a vzťahy (d710-d799)  |  |
| Významné oblasti života (d810-d879)  |  |
| Komunita, spoločenský a občiansky život (d910-d999)  |  |
| Podpora a vzťahy (e310-e399)   |  |

S Medzinárodnou klasifikáciou fungovania, zdravotného postihnutia a zdravia (ICF) je priamo prepojený všeobecný nástroj hodnotenia zdravotného stavu a zdravotného postihnutia **WHODAS 2.0** (WHO Disability Assessment Schedule, 2019). V DSM-5 ním bol nahradený dovtedy používaný škálovací systém GAF (DSM-IV). Je zameraný na vytváranie štandardizovaných úrovní a profilov postihnutia. Integruje úroveň fungovania jednotlivca v najdôležitejších oblastiach života a priamo zodpovedá rozmerom činnosti a účasti ICF. Výsledkom je zistenie miery postihnutia v 5 stupňovej škále: žiadne (1), mierne (2), stredné (3), závažné (4) alebo extrémne (5) v týchto šiestich oblastiach fungovania.

Tabuľka č. 5

| 6 oblastí fungovania, ktoré zahŕňa WHODAS 2.0 (WHO, 2019)                           |  |
|---|--|
|  | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |
| Kognícia - porozumenie a komunikácia  |  |
| Mobilita - pohyb a cestovanie   |  |
| Sebaobsluha - hygiena, obliekanie, jedenie a pobyt sám                              |  |
| Komunikácia a interakcia s druhými ľuďmi  |  |
| Životné aktivity - domáce povinnosti, voľný čas, práca a škola                      |  |
| Participácia - zapojenie sa do aktivít komunity                                     |  |

## Klinický obraz

Primárnymi príjemcami psychosociálne rehabilitačných služieb v psychiatrii sú dospelí s diagnózou závažných duševných ochorení a porúch z okruhu schizofrénie, ťažkých afektívnych porúch (mánia, bipolárna afektívna porucha, ťažké a opakujúce sa depresívne poruchy), závažných porúch osobnosti, ťažkých úzkostných porúch a obsedantno-kompulzívnej poruchy, závažných porúch príjmu potravy, ťažkej posttraumatickej stresovej poruchy, prípadne i ďalších.

Bez ohľadu na konkrétnu diagnózu duševnej poruchy sú najdôležitejšími znakmi závažných duševných porúch trvanie ochorenia a závažná dysfunkcia (Ruggeri et al., 2000). Demonštrujúce sa symptómy závažných duševných porúch spôsobujú mierne až výrazné ťažkosti v sociálnom, rodinnom, pracovnom a školskom fungovaní. Môžu sa prejavovať poruchy koncentrácie, pamäti, narušenie sebaobrazu, narušenie komunikácie, strata perspektív, deficity v pracovných a sebaobslužných činnostiach. U ľudí trpiacich duševnou poruchou bol výskumne zdokumentovaný výskyt funkčných poškodení a pokles kvality života. Funkčné postihnutie ďalej ovplyvňuje celý život človeka, jeho sociálne vzťahy, produktivitu práce.

Škálu sociálneho a pracovného postihnutia poskytuje SOFAS (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale). SOFAS sa líši od podobnej škály Global Assessment of Functioning (GAF, uvedená vyššie) tým, že sa zameriava na sociálne a pracovné fungovanie nezávisle od celkovej závažnosti psychologických symptómov jednotlivca.

Tabuľka č. 6

| SOFAS (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale) - miera funkčnosti v pracovnej a sociálnej oblasti, ktorá spadá do závažnej duševnej poruchy je zvýraznená |  |   |
|---|--|---|
|    |  | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU  |
| 91-100  | Výborné fungovanie                     | v širokom spektre aktivít   |
| 81-90   | Dobré fungovanie                       | vo všetkých oblastiach, pracovne a sociálne efektívne   |
| 71-80   | Slabé zníženie fungovania              | v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. zriedkavý interpersonálny konflikt, dočasne zaostávajúci v školských výkonoch)   |
| 61-70   | Výskyt ťažkostí                        | v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní, ale vo všeobecnosti dobre fungujú, majú niektoré zmysluplné medziľudské vzťahy   |
| 51-60   | Závažnejšie ťažkosti                   | v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. málo priateľov, konflikty s rovesníkmi alebo spolupracovníkmi)   |
| 41-50   | Vážne postihnutie                      | v sociálnych, pracovných alebo školských funkciách (napr. žiadni priatelia, neschopní udržať si prácu) v niektorých oblastiach  |
| 31-40   | Výrazné postihnutie niekoľkých oblastí | ako je práca alebo škola, rodinné vzťahy (napr. depresívny človek sa vyhýba priateľom, zanedbáva rodinu a nie je schopný pracovať; dieťa často bije mladšie deti, je doma vzdorovité a zlyháva v škole) |
| 21-30   | Funkčná neschopnosť                    | v sociálnej alebo pracovnej oblasti, alebo v takmer všetkých oblastiach (napr. pobyty celý deň v posteli, bez práce, domova alebo priateľov)  |
| 11-20   | Príležitostné problémy s hygienou      | neudržiavajú minimálnu osobnú hygienu; nie sú schopní fungovať nezávisle  |
| 0-10  | Pretrvávajúce problémy s hygienou      | neschopný fungovať bez poškodzovania seba alebo iných alebo bez značnej vonkajšej podpory (napr. opatrovateľská starostlivosť a dohľad)   |


## Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostická fáza v oblasti psychosociálnej rehabilitácie zahŕňa komplexné anamnestické vyšetrenie, dôkladné hodnotenie schopností a zdrojov človeka s DP, hodnotenie zdrojov v prostredí človeka s DP, posúdenie pripravenosti na rehabilitáciu, stanovenie cieľov rehabilitácie významných pre pacienta, naplánovanie intervencií s cieľom posilniť rozvoj zručností a rozvoj zdrojov, budovanie terapeutického vzťahu a v rámci neho vytvorenie terapeutického kontraktu.


Výber štandardných diagnostických a terapeutických postupov sa opiera o dôkazy z aktuálnych vedeckých štúdií vyberaných a triedených podľa váhy dôkazov, pričom boli preferované dôkazy s najvyššou váhou, čiže metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií. Pri absencii týchto štúdií boli zaradované i dôkazy s nižšou váhou. Pri výbere dôkazov bola zohľadnená tiež ich aktuálnosť, preferované boli dôkazy z posledných 8 rokov. Staršie dôkazy boli zaradované pri absencii aktuálnejších dôkazov. Dôkazy boli čerpané predovšetkým z medzinárodne uznávaných biografických databáz MEDLINE, EMBASE a COCHRANE.

Kódy k hodnoteniu váhy dôkazov sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Tabuľka č. 7

| Tabuľka hodnotenia váhy dôkazov  |  |
|--|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |  |
| Ia   | metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií |
| Ib   | aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia                                   |
| IIa  | aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie   |
| IIb  | aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie              |
| III  | deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky                      |
| IV   | odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít                 |

Tabuľka č. 8

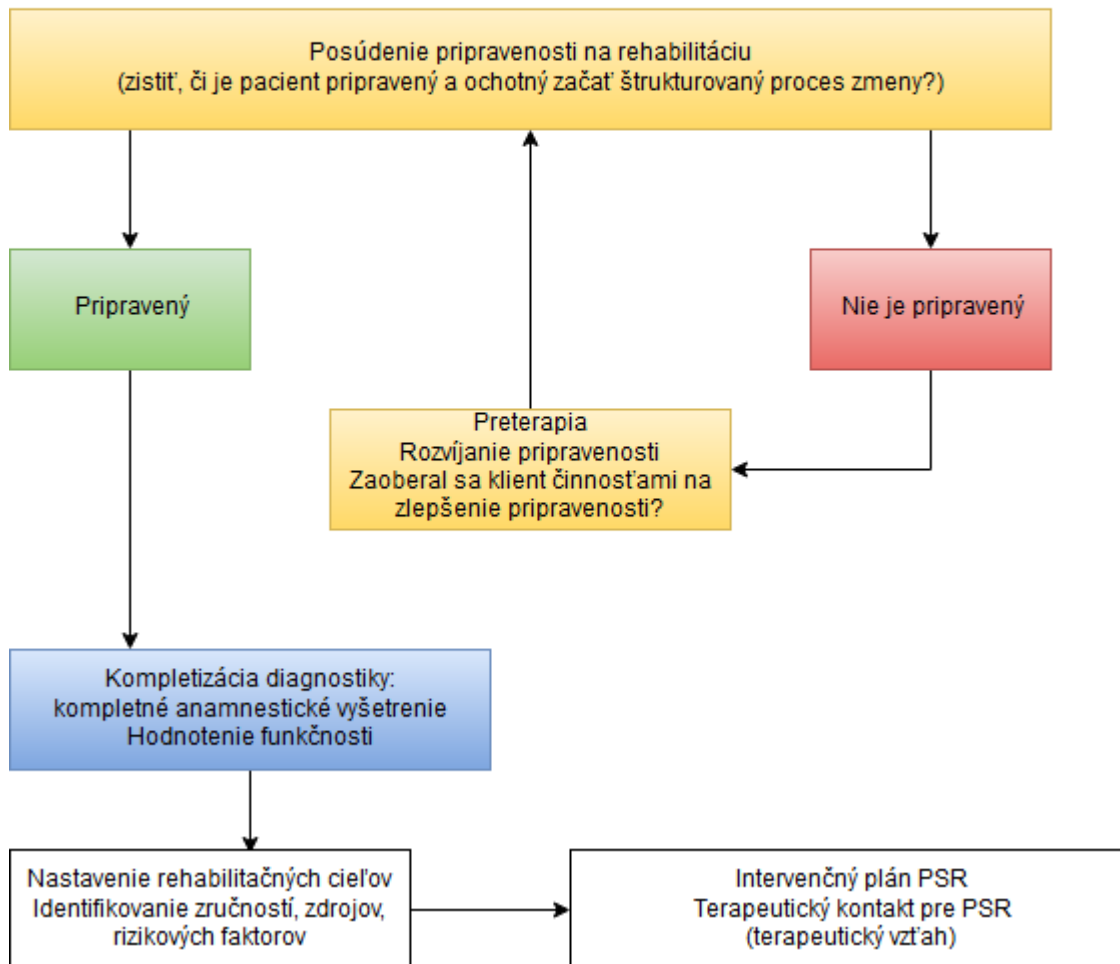
| Štandardné diagnostické postupy v psychosociálnej rehabilitácii ľudí so ZDP   |   |                  |   |
|---|---|------------------|---|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |   |                  |   |
| Screening a diagnostika   |   |                  |   |
| Poradie   | Štandardný postup   | Dôkazová hodnota | Referencie  |
| 1.  | Anamnestické vyšetrenie (osobná, zdravotná, psychiatrická/problémová, rodinná/vzťahová, sociálna, školská/pracovná anamnéza)    |                  |   |
| 2.  | Diagnostika funkčnosti  |                  |   |
|   | • MKF (ICF)   | IV               | Nuño et al. (2018)<br>Reed et al. (2009)          |
|   | • WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)   | IIa              | Ustun et al. (2010)                               |
|   | • GAF (Global Assessment of Functioning)  | Ib<br>IIa        | Startup, Jackson, Bendix (2002)<br>Woldoff (2014) |
|   | • Sheehan Disability Scale (SDS)  | Ib               | Sheehan, Sheehan (2008)                           |
|   | • Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)  | Ib<br>IV         | Morosini et al. (2000)<br>Rybarczyk (2011)        |
| 3.  | Skríningové vyšetrenie kognitívnych funkcií<br>• MMSE (Mini-Mental State Examination)   | Ia               | Mitchell (2013)                                   |
| 4.  | Diagnostika kvality rodinného a komunitného zázemia v zmysle reziliencie a vunerability<br>• Lubben Social Network Scale (LSNS) | IIa              | Lubben et al. (2006)                              |
| 5.  | Diagnostika úrovne zvládania životných situácií<br>• PCI Proactive coping inventory   | IIa              | Greenglass et al. (1999)                          |
| 6.  | Plánovanie intervencie v spolupráci s pacientom   | IIa              | Svedberg et al. (2014)                            |

Okrem validizovaných diagnostických postupov uvedených v predchádzajúcej tabuľke, je možné v procese psychosociálnej rehabilitácie využiť:

- Analýzu aktuálnych potrieb a prianí, motivácií, zdrojov zvládania, identifikovanie psychosociálne rizikových faktorov, ktoré vedú k rozvoju a udržiavaniu sociálneho postihnutia
- Analýzu procesov a produktov činností (arteterapia, biblioterapia, dramaterapia, ergoterapia, muzikoterapia, pohybová terapia)
- Procesuálnu diagnostiku – priebežné hodnotenie a korigovanie terapeutických cieľov v závislosti od aktuálneho stavu a potrieb pacienta.

**Proces psychosociálnej rehabilitácie** sa v jej diagnostickej a plánovacej fáze snaží pomôcť jedincom určiť životné, vzdelávacie, pracovné a sociálne úlohy, ktoré chcú dosiahnuť (ciele). Pomôcť identifikovať, čo potrebujú a čo robia a čo dokážu dobre (zručnosti) a to, čo majú alebo potrebujú (podpora z vonku alebo zdroje) s cieľom dosiahnuť ich ciele. Potom im pomáhajú rozvíjať tieto zručnosti a / alebo podporovať jedinečné dosiahnutie svojich cieľov. Podstatou úspešného rehabilitačného procesu je **vzťah medzi odborníkom a pacientom**. Odborník môže tento proces uľahčiť tým, že je skúsený poslucháč, empatický a úctivý (Anthony W, Farkas M. 2009.)

**Algoritmus**  
**Diagnostického postupu liečebného pedagóga v psychosociálnej rehabilitácii**  
(podľa Anthony, Farkas, 2009)




Výskumné zistenia (Svedberg P, et al., 2014; Shern DL et al., 2000) potvrdzujú kľúčový význam zapojenia pacienta do procesu stanovenia cieľov PSR a plánovania intervencií, ktoré vedie k vyššej účinnosť PSR. V procese realizácie postupov psychosociálnej rehabilitácie je preto účinné klásť dôraz na stanovenie, napĺňanie a hodnotenie individuálnych rehabilitačných cieľov priamo pacientom.

## Liečba


K cieľom psychosociálnej rehabilitácie dospelých so závažnou duševnou poruchou patrí stabilizácia a optimalizácia životnej situácie, dosiahnutie čo možno najvyššej kvality života s duševnou poruchou, prijatie reality ochorenia v kontexte nádeje a hľadania zmyslu. Dôležitým cieľom je tiež sociálna inklúzia umožňujúca jedincovi s duševnou poruchou čo možno najväčšiu možnú autonómiu vo fungovaní v sociálnom, rodinnom a pracovnom prostredí. Z tohto cieľa sa často odvíja potreba vytvárania nových kompenzačných stratégií a možností.



Tabuľka č. 9

| Všeobecné ciele psychosociálnej rehabilitácie  |   |
|--|---|
|   | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br><u>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U LUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU</u> |
|  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• eliminácia psychosociálne rizikových faktorov, ktoré vedú k rozvoju a udržiavaniu sociálneho postihnutia (social disability) z dôvodu duševnej poruchy</li> </ul> |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• zlepšenie v oblasti sebaapôsobenia (self-efficacy)</li> </ul>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• zlepšenie v oblasti sebaúcty</li> </ul>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• podpora zručností a schopností potrebných pre dosahovanie osobných cieľov</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• sociálna inklúzia (social inclusion)</li> </ul>   |   |

Tabuľka č. 10

| K princípom liečebnopedagogickej intervencie v psychosociálnej rehabilitácii patrí   |   |
|--|---|
|   | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br><u>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U LUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU</u> |
|  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientácia na vzťah založený na dôvere a porozumení - dôvera v klientove schopnosti a kompetencie</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikovanie potrieb, motivácií a osobných cieľov, klienta - ponuka vhodnej starostlivosti a služieb vychádzajúc z analýzy aktuálnych potrieb klienta</li> </ul>                             |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posúdenie pripravenosti klienta na zmeny</li> </ul>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoc pri udržiavaní čo možno najväčšej miery autonómie</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientácia na salutory, faktory podporujúce zdravie ako aj na silné stránky klienta</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpora reziliencie - podpora pri zvládaní náročných životných situácií</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikovanie zdrojov v sociálnom prostredí klienta - rodina, priatelia, komunita - znižovanie potencionálnych stresorov v sociálnom prostredí klienta, budovanie sociálnych sietí</li> </ul> |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otvorenie procesu psychosociálnej rehabilitácie klienta jeho rodine, zapojenie rodiny do procesu PSR, plánovania starostlivosti</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosociálna rehabilitácia sa vždy orientuje na celú osobnosť človeka, nielen na chorobu, či symptómy, všíma si každodenné fungovanie v jeho prirodzenom prostredí.</li> </ul>                |   |


Prostriedkom liečebnopedagogickej intervencie sú predovšetkým psychosociálne rehabilitačné programy, ktoré sa realizujú najčastejšie skupinovú formou. Programy psychosociálnej rehabilitácie sú orientované na postupné obnovovanie, rehabilitáciu sociálnych zručností, zvyšovanie úrovne socializácie pacientov a ich kompetencie žiť zmysluplný život. Sú koncipované interaktívne, vychádzajú z potrieb a záujmov človeka, vyžadujú si spoluprácu pacienta.

Skupinové programy psychosociálnej rehabilitácie sú zamerané na rozvíjanie komunikačných zručností; uvedenie si a riadenie emócií; riešenie aktuálnych, každodenných problémov; rozvíjanie asertivity, identifikovanie a prejavovanie svojich potrieb, pozitívnych žiadostí aj negatívnych pocitov; podporu porozumenia vlastným emóciám aj emóciám druhých; rozvíjanie empatie a sociálnych vzťahov; podporu a vytváranie sebaobslužných kompetencií; samostatné zmysluplné napĺňanie voľného času; tvorbu denného režimu; psychohygienu; konštruktívne riešenie konfliktov; optimálne fungovanie vo vzťahoch s rodinnými príslušníkmi; manažment liečby a pod.


V optimálnom modeli starostlivosti je vhodné kombinovať skupinové programy PSR s individuálnou PSR, kde sa pracuje výlučne s individuálnymi potrebami a preferenciami človeka so ZDP. Návrh intervencie je vytváraný v interakcii medzi pacientom a jeho kľúčovým pracovníkom. V tejto spolupráci sú vytvorené veľmi jasné a konkrétne formulované ciele a časové harmonogramy s cieľom podporiť pacienta pri dosahovaní uspokojivej životnej situácie (Anthony, Farkas, 2009).

V popredí psychosociálnej rehabilitácie je podpora samostatnosti a sebaúčinnosti jedincov pri manažovaní vlastnej životnej situácie vrátane zdravotnej starostlivosti, stanovovaní si krátkodobých a dlhodobých cieľov, ktoré pomáhajú smerovať k obnove zdravia, sebestačnosti a sociálnej funkčnosti. Psychosociálna rehabilitácia sa zameriava na jednotlivé oblasti života človeka – pracovnú oblasť, bývanie, záujmy, rodinné vzťahy, spoločenský život, liečebnú intervenciu, vzťah k sebe.


Tabuľka č. 11

| <b>Klasifikácia intervencií v PSR</b><br><b>(podľa Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness, DGPPN, 2013)</b> |  |
|---|--|
|    |  |
| <b>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP</b><br><b>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU</b>                |  |
| Zásahy na úrovni systému  | interdisciplinárna tímová psychiatrická komunitná starostlivosť      |
|   | case-manažment   |
|   | pracovná rehabilitácia   |
|   | účasť na pracovnom živote a intervencia v rezidenčnej starostlivosti |
|   | aktivizácia sociálnej role v komunite (sociálna inklúzia)            |
| Jednotlivé psychosociálne intervencie   | psychoedukácia   |
|   | tréning sociálnych zručností   |
|   | umelecké terapie   |
|   | ergoterapia  |
|   | športová pohybová terapia  |


Tabuľka č. 12

| Klinická otázka   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU  |                       |  |
| 1. Klinická otázka  | Dôkazová hodnota      | Referencie   |
| Aplikovanie psychosociálnej rehabilitácie u osôb so závažnou duševnou poruchou zlepšuje prognózu ochorenia a významne podporuje proces obnovy duševného zdravia.  | Ia<br>Ia<br>Ib<br>IIa | Pallaveshi et al. (2013)<br>McKay et al. (2016)<br>Druss et al. (2018)<br>Svedberg et al. (2014) |
| <b>Odporúčanie pre prax:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• V rámci komplexnej liečby pacienta so ZDP ponúknuť pacientovi PSR program.</li> <li>• PSR sa predovšetkým zameriava na zlepšenie zdravia (wellbeing), sociálneho fungovania a kvality života osôb so ZDP.</li> <li>• V popredí intervencií stojí podpora sebakompetencie a sebaúčinnosti pacienta pri smerovaní k vlastnej obnove zdravia.</li> <li>• Pri tvorbe a realizácii PSR programu sa orientovať na riešenie aktuálnych, každodenných problémov pacienta, získavanie zručnosti pre redukciiu relapsov, zvládanie stresu a symptómov.</li> <li>• V rámci PSR programu umožniť abreakciu napätia, prejavovania a zvládania emócií.</li> <li>• V rámci PSR programu pomôcť pacientom vytvoriť si, alebo posilniť svoje prirodzené zdroje zvládania choroby a dosahovania cieľov.</li> <li>• V rámci PSR vytvoriť možnosti pre nácvik, sfunkčnenie a budovanie komunikačných a sociálnych zručností v medziľudských vzťahoch.</li> <li>• Poskytnúť pacientom a ich rodinným príslušníkom informácie o duševnej chorobe a možnostiach liečby.</li> </ul> |                       |  |

Moderná psychosociálna rehabilitácia si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu tímu. Mali by byť preto zriadené multidisciplinárne tímy psychiatrickej starostlivosti na liečbu ľudí so závažným duševným ochorením. Do multidisciplinárneho tímu patrí psychiater, klinický psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra, prípadne fyzioterapeut, či ďalší zdravotnícki pracovníci a dobrovoľní pracovníci v zdravotníctve. Efektivita psychosociálnej rehabilitácie sa zvyšuje, ak je poskytovaná v komunite pacienta. Je poskytovaná v spádovej oblasti a môže zahŕňať domáce návštevy aj tímové zásahy. Existujú presvedčivé dôkazy (Malone et al., 2007; Cleary et al., 2008; Coldwell, Bender, 2007; Drake, O'Neal, Wallach, 2008; Nelson et al., 2007; NICE, 2009) o tom, že liečba multidisciplinárnym tímom v komunitnom prostredí zníži pravdepodobnosť epizód hospitalizácie o približne 20 percent a zvýši spokojnosť pacientov (DGPPN, 2013).

| Klinická otázka  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU   |                                  |  |
| 2. Klinická otázka   | Dôkazová hodnota                 | Referencie   |
| Efektivita zdravotnej starostlivosti o pacienta so závažnou duševnou poruchou sa významne zvyšuje, ak je poskytovaná multidisciplinárnym tímom, v komunitnom prostredí pacienta?   | Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ia | Malone et al. (2007)<br>Cleary et al. (2008)<br>Coldwell, Bender (2007)<br>Drake, O'Neal, Wallach, (2008)<br>Nelson et al. (2007)<br>NICE (2009) |
| Odporúčanie pre prax: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multidisciplinárny tím poskytuje podporu krízovom manažmente, v manažmente liekov, monitorovaní a posilňovaní starostlivosti o fyzické zdravie.</li> <li>• Multidisciplinárny tím poskytuje podporu v každodenných životných činnostiach, v pracovnom prostredí, sociálno-ekonomických a sociálnych otázkach.</li> <li>• Multidisciplinárny tím skúma stratégie riešenia problémov a posilňujú sociálne zručnosti.</li> </ul> |                                  |  |

Tabuľka č. 14

| Štandardné terapeutické postupy v psychosociálnej rehabilitácii ľudí so ZDP  |  |                      |  |
|--|--|----------------------|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU |  |                      |  |
| Preterapia, Terapia  |  |                      |  |
| Poradie  | Štandardný postup  | Dôkazová hodnota     | Referencie   |
| 1.   | Intervenčný proces v psychosociálnej rehabilitácii - ciele plánovanie, osvojovanie a používanie nových zručností, koordinácia a modifikácia zdrojov. | Ia                   | Pallaveshi et al. (2013)   |
| 2.   | Preterapia - nadviazanie kontaktu, sprevádzanie, rehabilitácia pri ťažkých funkčných poruchách   | Ia                   | Mallinckrodt (2015)  |
| 3.   | Tréning sociálnych zručností   | Ia<br>Ia<br>Ia       | Gühne et al. (2014)<br>Turner et al. (2018)<br>Gühne et al. (2012)                         |
| 4.   | Psychoedukácia   | Ia<br>Ia             | Morin, Franck (2017)<br>Zhao et al. (2015)   |
| 5.   | Kognitívny tréning a tréning pamäti  | Ia<br>Ia<br>Ia       | Morin, Franck (2017)<br>Zhao et al. (2015)<br>Van Duin et al. (2019)                       |
| 6.   | Aktivizácia sociálnej role v komunite  | IIB                  | McCorkle (2008)  |
| 7.   | Umelecké terapie (biblioterapia, arteterapia, dramaterapia, muzikoterapia, tanečná terapia).   | Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ib | Gold et al. (2009)<br>Guelano et al. (2017)<br>Fenner et al (2017)<br>Haeyen et al. (2018) |
| 8.   | Ergoterapia - podpora zamestnania  | Ia<br>Ib             | Arbesman, Logsdon (2011)<br>Cook et al. (2018)   |
| 9.   | Športová a pohybová terapia  | Ia                   | Stubbs et al. (2018)   |
| 10.  | Nácvik zvládania stresu, relaxácia   | Ia                   | Haselden et al. (2018)   |

(pokračovanie) Štandardné terapeutické postupy v psychosociálnej rehabilitácii ľudí so ZDP



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP  
PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU

Preterapia, Terapia

| Poradie | Štandardný postup   | Dôkazová hodnota                 | Referencie  |
|---------|---|----------------------------------|---|
| 11.     | Case-manažment - spoluorganizácia a plánovanie liečby, optimalizácia služieb a zdrojov pacienta   | Ia<br>Ia<br>Ia                   | Dieterich et al. (2010)<br>Ziguras, Stuart (2000)<br>Burns et al. (2007)  |
| 12.     | Rodinná intervencia - psychoedukácia, podporná psychoterapia, rodinná terapia, poradenstvo, párová terapia, skupinová terapia rodinných príslušníkov, terapeutické komunity | Ia                               | Haselden et al. (2018)  |
| 13.     | Starostlivosť je zabezpečovaná interdisciplinárnym tímom odborníkov   | Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ia<br>Ia | Malone et al. (2007)<br>Cleary et al. (2008)<br>Coldwell, Bender (2007)<br>Drake, O'Neal, Wallach (2008)<br>Nelson et al. (2007)<br>NICE (2009) |

Psychosociálna rehabilitácia vychádza a zameriava sa na každodenný život pacientov. Uplatnenie tu majú liečebnopedagogické techniky ako napr. práca s telom, jeho vnímanie a pohyb (psychomotorická terapia), hranie rolí, pantomíma, psychodráma (dramatoterapia), písania denníkov a listov, analýza obľúbených literárnych textov, spoločné čítanie (biblioterapia), pôsobenie a vyjadrovanie sa prostredníctvom obrazov a vizuálnych symbolov (arteterapia), pôsobenie a tvorenie hudby a zvukov (muzikoterapia).

Pre rehabilitáciu fungovania v pracovnej oblasti sa využíva ergoterapia – ide predovšetkým o budovanie, udržiavanie a rozvíjanie pracovných kompetencií v rámci individuálnych možností jedinca s dôrazom na stabilitu (dosiahnutej výkonnosti) a osvojenie získaných kompetencií (získaného). Základom je budovanie vyváženého harmonogramu (režimu) dňa a jeho zavedenie v bežnom živote človeka; obnovovanie, či budovanie pracovných návykov a postupné pracovné začlenenie. V systéme sociálno-psychiatrickej starostlivosti sú prostriedkom predovšetkým zariadenia chránených dielní, chránených pracovných miest. Ergoterapia môže podporovať sociálne kontakty jedinca, zvyšovať jeho sebavedomie a celkovú kvalitu života. Významne tiež môže prispievať k procesu sociálnej inklúzie. V oblasti záujmov ide predovšetkým o podporu jedinca v aktívnom a zmysluplnom trávení voľného času, rozvíjanie koníčkov a záľub.


Významným krokom k deinštitualizácii ľudí so závažnou duševnou poruchou je chránené a podporované bývanie. Ponúka flexibilné služby, ktoré sa poskytujú v závislosti od individuálnych potrieb jednotlivca. Ako píše Rössler (2006) väčšina ľudí s psychiatrickou diagnózou je schopných úspešne opustiť psychiatrickú liečebňu a žiť v komunitnom prostredí. Podporované bývanie je preto

realistickým cieľom pre ľudí so závažnou duševnou poruchou. V neposlednom rade tiež dobrá sociálna integrácia a inklúzia pozitívne vplyva na kvalitu života ľudí s duševnou poruchou a znižuje celkovú psychopatológiu.

V rámci intervencií PSR je vhodné využívať kognitívny tréning, ktorý má pozitívny vplyv na pracovné a sociálne fungovanie pacientov so ZDP (Van Duin, et al., 2019). Úroveň kognitívneho tréningu vychádza z aktuálnych schopností pacienta. Je zameraný na podporu koncentrácie, pamäti, reči, logického myslenia a matematických schopností pacienta.

Duševná porucha alebo choroba je fyzickou, psychickou a finančnou záťažou pre celú rodinu, obzvlášť rodinu s deťmi. V oblasti rodinných vzťahov je preto cieľom optimalizácia rodinnej situácie, vytváranie priestoru pre sfunkčnenie komunikácie medzi členmi rodiny, pre emočné sebaujedenie, autokorekciu, vzájomný rešpekt a akceptáciu. PSR využíva hlavne psychodidaktiku, rodinnú terapiu a poradenstvo s účelom podporiť zdravú adaptáciu rodiny na náročnú životnú situáciu.

Tabuľka č. 15

| Klinická otázka   |                  |   |
|---|------------------|---|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU  |                  |   |
| 3. Klinická otázka  | Dôkazová hodnota | Referencie  |
| Efektívnosť komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta so závažnou duševnou poruchou sa významne zvyšuje pri súbežnej intervencii v rodine pacienta.   | Ia<br>Ia<br>Ia   | Haselden et al. (2018)<br>Pharoah et al. (2006)<br>Pfammatter et al. (2006) |
| <b>Odporúčanie pre prax:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• V rámci úvodných vyšetrení pacienta zmapovať rodinné zázemie v zmysle reziliencie a vulnerability.</li> <li>• Poskytnúť rodinným príslušníkom možnosť podpornej psychoterapie a psychoedukácie k téme DP.</li> <li>• Spolu s rodinou vytvoriť optimálny model podpory rodiny. Môže zahŕňať - podpornú PT, psychoedukáciu, rodinnú terapiu, poradenstvo, párovú terapiu, skupinovú terapiu rodinných príslušníkov.</li> <li>• Spolu s rodinou a človekom s DP vytvoriť krízový plán pre včasné podchytenie relapsu ochorenia.</li> <li>• Podporovať kompetencie rodiny pre zvládanie DP jej člena.</li> <li>• Sprostredkovať, či podnecovať komunikáciu a spoluprácu medzi rodinnými príslušníkmi človeka s duševnou poruchou a inštitúciami, ktoré mu poskytujú starostlivosť.</li> </ul> |                  |   |

V sociálnej oblasti je cieľom obnovovanie sociálnych kontaktov a celkové znovunadobudnutie sociálnej istoty. V oblasti vzťahu k sebe ide predovšetkým o prácu s emóciami, poskytnutie podmienok na vyjadrenie emócií, autokorekciu, relaxáciu, psychickú stabilizáciu, podporu pri zvládaní náročných životných situácií a tiež sprostredkovanie príjemného prežívania. Do tejto oblasti tiež patrí sprevádzanie

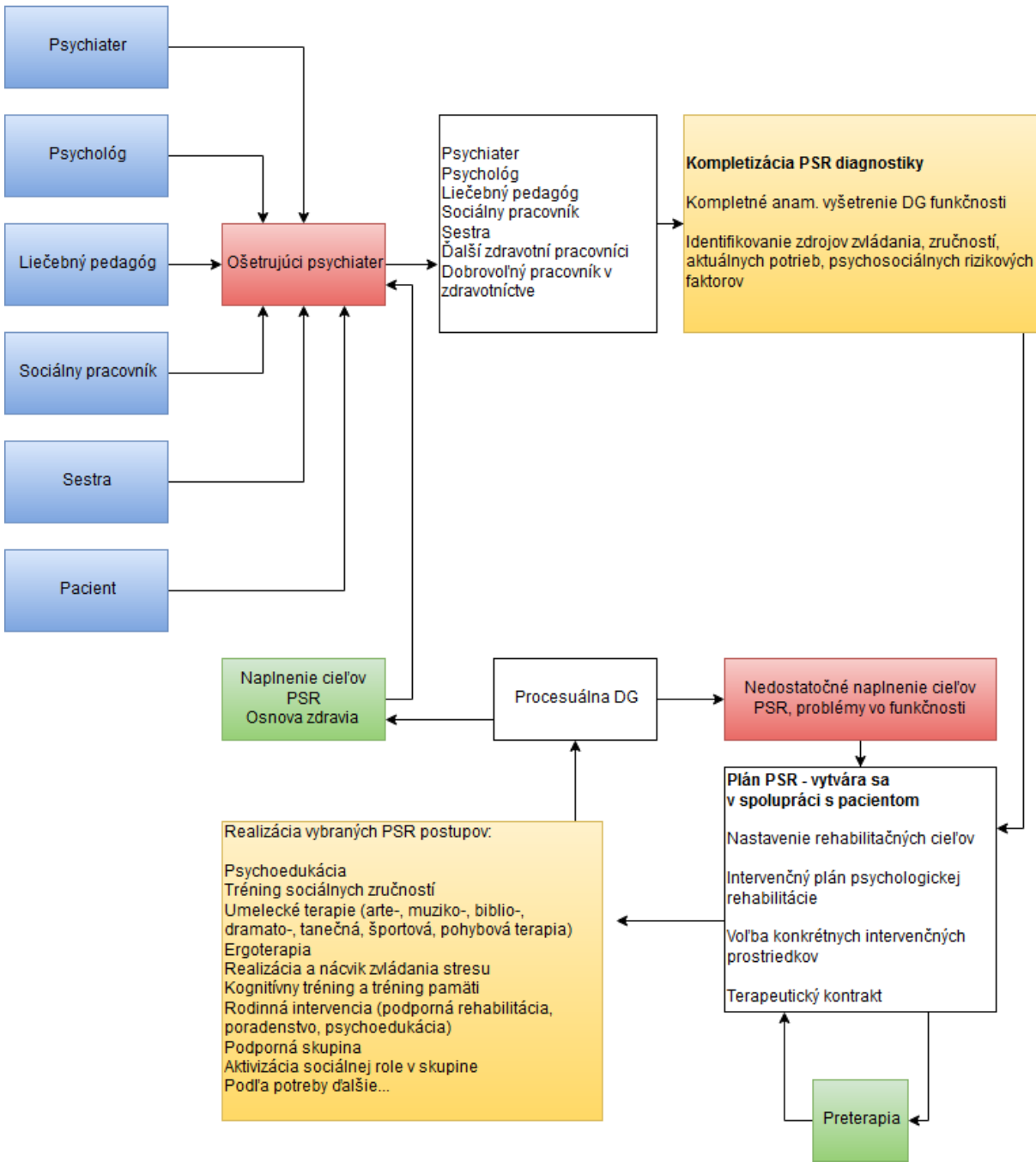
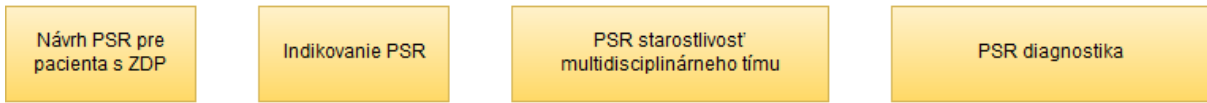
a podpora pri vyrovnávaní sa so stratami a deficitmi a získavanie reálneho sebaobrazu, posilnenie seba prijatia a seba podpory, s dôrazom na vnímanie svojich silných stránok.

Špecifickou bázou, v ktorej sa môžu naplňať ciele psychosociálnej rehabilitácie je terapeutická komunita. Ponúka bazálny rámec individuálnemu terapeutickému programu s možnosťou plynulého prechodu do stále širšej komunity (society), poskytuje atmosféru pomerne širokej akceptácie individua v jeho aktuálnom stave. Podporuje aktívny podiel jednotlivca na terapii - pacienti sa stávajú aktívnymi vo vlastnej terapii aj v terapii spolupacientov. Vytvára liečebný priestor na vnímanie a rešpektovanie hraníc (sociálnych, ľudských) v interpersonálnych vzťahoch; na získavanie pocitu, že jedinec má svoje miesto, práva a hodnotu; na vytváranie a budovanie zážitkov spolupatričnosti, vzájomnej podpory, akceptácie, tolerancie a rešpektu; čím posilňuje autonómiu pacientov.

Naplňanie vyššie uvedených oblastí prispieva k úspešnej inklúzii na strane jednotlivca s duševnou poruchou. Aby bol proces úspešný je potrebné intervenovať aj na strane spoločnosti a to predovšetkým snahou o znižovanie miery negatívnych postojevých stereotypov a stigmatizácie ľudí s duševnou poruchou, čo negatívne vplyva na ich sebaobraz, prežívanú kvalitu života, sociálne vzťahy, pracovné uplatnenie. K štandardným postupom PSR by preto mala patriť podpora aktivizácie sociálnej role ľudí so ZDP, ktorá je prospešná širšej komunite, čím sa prispieva k inklúzii ľudí s DP, prekonávaniu stigmy v spoločnosti i komplexnej prevencii v oblasti duševného zdravia.

K procesu psychosociálnej rehabilitácie patrí vytváranie prostredia, ktoré umožňuje a podporuje proces zotavovania. Ide o prostredie, ktoré podporuje individualitu, zameriava sa na silné stránky, rešpektuje obmedzenia vyplývajúce z ochorenia a bojuje proti stigme (Allen, 2010).

**Algoritmus**  
**Cesta pacienta so závažnou duševnou poruchou v procese psychosociálnej rehabilitácie**






## 16 Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Psychosociálne rehabilitačné služby by mali byť dostupné pre všetkých pacientov so ZDP. Dospelým pacientom so ZDP môžu byť poskytované v súlade so zákonom § 45, ods. 1, písmeno a/ zákona č. 576/2004 Z.z. a zákona č. 350/2005 Z.z. v zariadeniach komunitnej psychiatrie (komunitné centrá duševného zdravia, centrá včasnej intervencie, asertívne komunitné tímy), psychiatrických stacionároch, špecializovaných psychiatrických ambulanciách, vo všeobecných nemocniciach (psychiatrické oddelenia, kliniky nemocníc), psychiatrických nemocniciach a psychiatrických doliečovacích oddeleniach, špecializovaných nemocniciach (centrá na liečbu drogových závislostí, odborný liečebný ústav psychiatrický), agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na psychiatrických pracoviskách so zvláštnym určením, či iných pracoviskách s odbornou garanciou psychiatria.

V súlade s praxou založenou na dôkazoch sa v západných krajinách presúvajú služby psychosociálnej rehabilitácie z nemocničného do komunitného prostredia. Existujú presvedčivé dôkazy (Malone et al., 2007) o tom, že liečba multidisciplinárnym tímom v komunitnom prostredí zníži pravdepodobnosť epizód hospitalizácie o približne 20 percent a zvýši spokojnosť pacientov (DGPPN, 2013). Z pohľadu dlhodobej liečby pacientov so ZDP ide o cost-efektívne opatrenie. Je preto potrebné podporiť vznik profesionálnych tímov ambulantnej psychiatrickej starostlivosti o ľudí so závažným duševným ochorením v komunite. V súlade s koncepciou psychiatrie (z 1. júla 2006) je potrebné podporiť vytváranie komunitných centier duševného zdravia a denných psychiatrických stacionárov (neústavných) a tomu prispôsobiť aj normatívy minimálnej verejnej siete ambulantnej zdravotnej starostlivosti (zvýšenie minimálnych normatívov - nariadenie vlády SR) ako aj normatívy minimálneho personálneho a materiálo-technického vybavenia zdravotníckych zariadení (doplnenie minimálneho vybavenia pre ambulantné komunitné centrá).

Do moderného konceptu psychiatrickej starostlivosti a psychosociálnej rehabilitácie patrí tzv. case-management, pri ktorom odborník poskytuje individuálnu pomoc zameranú na zabezpečenie a koordináciu využívania lekárskeho, psychiatrického a psychosociálnych služieb a zdrojov pre človeka so ZDP. Case-management zlepšuje spoluprácu jedinca v jeho liečbe a rehabilitácii.

| Klinická otázka  |                  |  |
|--|------------------|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU   |                  |  |
| 4. Klinická otázka   | Dôkazová hodnota | Referencie   |
| Case-manažment ako súčasť komplexnej zdravotnej starostlivosti o človeka so závažnou duševnou poruchou významne znižuje výskyt relapsov a hospitalizácií.  | Ia<br>Ia<br>Ia   | Dieterich et al. (2010)<br>Ziguras, Stuart (2000)<br>Burns et al. (2007) |
| <b>Odporúčanie pre prax:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Case-manažment môžu poskytovať viaceré profesie, ako zdravotná sestra, klinický psychológ, liečebný pedagóg, príp. spolupracujúci sociálny pracovník.</li> <li>• Case-manažér sprostredkúva jedincovi kontakt s vhodnými zdravotníckymi a sociálnymi službami.</li> <li>• Case-manažér spolu s pacientom zostavuje individuálny plán liečby a PSR a aktívne sa podieľa na jeho realizácii a kontrole (Krajčovičová, 2009; Bouček, 2004).</li> <li>• Medzi základné princípy case-manažmentu patrí pomoc na mieste, kontinuita, zabezpečenie prístupnosti služieb a zdrojov pre chorého, ako aj pozitívny a akceptujúci vzťah medzi chorým a pomocníkom (Rachbauer podľa Krajčovičovej, 2009).</li> </ul> |                  |  |

### Odporúčania pre zabezpečenie optimálnej starostlivosti

- Psychosociálnu rehabilitáciu pacientovi so ZDP navrhuje, či odporúča psychiater, zdravotná sestra, psychológ, liečebný pedagóg, ako aj sám pacient.
- Psychosociálnu rehabilitáciu indikuje ošetrojúci psychiater, neuropsychiater.
- Moderná psychosociálna rehabilitácia si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu tímu. Mali by byť preto zriadené interdisciplinárne tímy psychiatrickej starostlivosti na liečbu ľudí so závažným duševným ochorením. Do interdisciplinárneho tímu patrí psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra, prípadne fyzioterapeut, či ďalší zdravotnícki pracovníci a dobrovoľní pracovníci v zdravotníctve.
- Obnova duševného zdravia u ľudí so ZDP vyžaduje, aby všetci pracovníci duševného zdravia prijali aktivačný prístup, ktorý sa zameriava na autonómiu rozhodovania pacientov vo všetkých osobných rozhodnutiach vrátane voľby nastavenia liečby, kľúčového pracovníka (case-manažér), prostriedkov liečby a rehabilitácie (v súlade s Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness, DGPPN, 2013).
- Zabezpečiť case-manažment pre optimalizáciu služieb a zdrojov pacienta so ZDP. Case-manažment je vykonávaný zdravotníckym pracovníkom kompetentným vykonávať CPC psychosociálna rehabilitácia.
- V rámci zdravotníckeho zariadenia podporovať vznik terapeutických komunit pacientov.
- Uvedené štandardné terapeutické postupy sú zdravotnými výkonmi a mali by byť hradené ZP.
- Do komplexnej starostlivosti o človeka so závažnou duševnou poruchou patrí aj realizácia pravidelnej supervízie a intervízie zdravotníckych pracovníkov, ktorí s človekom s DP pracujú.
- V rámci jedného zdravotníckeho zariadenia je odporúčaná prípadová intervízia alebo supervízia zdravotníckych pracovníkov (psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra...) hradená ZP, s frekvenciou 1x týždenne, v prípade potreby častejšie.

- Pri viacerých poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti pacientovi zabezpečiť pravidelnú výmenu informácií o zvolených liečebných postupoch, prípadovú konzultáciu hradenú ZP, s frekvenciou 1xmesačne.
- Efektivita liečby pacienta so ZDP sa zvyšuje pri súbežnej podpornej intervencii v rodine pacienta. Rodinným príslušníkom preto poskytnúť možnosť podpornej psychoterapie a psychoedukácie k téme DP hradenej zdravotnou poisťovňou. Spolu s rodinou vytvoriť optimálny model podpory rodiny. Môže zahŕňať – podpornú PT, psychoedukáciu, rodinnú terapiu, poradenstvo, párovú terapiu, skupinovú terapiu rodinných príslušníkov – hradené ZP.

## Ďalšie odporúčania

Pre efektívny proces psychosociálnej rehabilitácie je potrebné, aby sa výsledkom diagnostiky stalo nielen určenie choroby, ale aj určenie funkčnej poruchy. Preto je potrebná legislatívna úprava zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, kde je potrebné doplniť k Medzinárodnej klasifikácii MKCH aj Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia MKF (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health).

## Alternatívne odporúčania

Vznik komunitných centier duševného zdravia, poskytujúcich špecializovanú komunitnú ambulatnú zdravotnú starostlivosť, ktorú zabezpečujú interdisciplinárne tímy odborníkov. Minimálne jedno centrum v každom kraji.

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

## Literatúra

ALLEN, M. 2010. *Psychosocial Rehabilitation: Hope, Change, and Recovery*. Dr. Barrett, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*.

ANTHONY W., COHEN M R, FARKAS M. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2000.

ANTHONY W., FARKAS M. 2009. *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2009.

ARBESMAN M., LOGSDON DW. 2011. *Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review*. Am J OccupTher. 2011 May-Jun;65(3):238-46. Review. PubMed PMID: 21675329.

BOUČEK, J. 2004. *Rehabilitácia v psychiatrii*. In Psychiatria pre prax, 5, 2004, s. 233-235. ISSN 1803-5272.

BURNS T., CATTY J., DASH M., ROBERTS C., LOCKWOOD A., MARSHALL M. 2007. *Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression*. BMJ. 2007 Aug 18;335(7615):336.

CLEARY M., HUNT G., MATHESON S., SIEGFRIED N., WALTER G. 2008. *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; CD001088; PMID: 11034697.

COLDWELL C.M., BENDER W.S. 2007. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(3):393-399.

COOK S., CHAMBERS E., COLEMAN J. H. 2009. *Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial*. Clin Rehabil 2009; 23:40-52.

DGPPN. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE. 2013. *Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness*, S3 Guidelines in Psychiatry and Psychtherapy, Heidelberg: Springer; 2013, short version, citované 2.3.2019, dostupné online [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de).

DIETERICH M., IRVING C. B., PARK B., MARSHALL M. 2010. *Intensive case management for severe mental illness*. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub2.

DRAKE R.E., O'NEAL E.L., WALLACH M.A. 2008. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment* 2008; 34:123-138

DRUSS, B.M.D., M.P.H., MANASVINI SINGH, M.S.P.H., SILKE A. VON ESENWEIN, PH.D., GRETL E. GLICK, M.P.H., STEPHANIE TAPSCOTT, M.S.W., SHERRY JENKINS TUCKER, M.A., CATHY A. LALLY, M.S.P.H., EVELINA W. STERLING, PH.D. 2018. *Peer-Led Self-Management of General Medical Conditions for Patients With Serious Mental Illnesses: A Randomized Trial*. ps.psychiatryonline.org, 2018- citované 2.3.2019, dostupné online.

HASELDEN M, DIXON LB, OVERLEY A, COHEN AN, GLYNN SM, DRAPALSKI A, PISCITELLI S, THORNING H. 2018. *Giving Back to Families: Evidence and Predictors of Persons with Serious Mental Illness Contributing Help and Support to Families*. Community Ment Health J. 2018 May;54(4):383-394.

FENNER P, ABDELAZIM RS, BRÄUNINGER I, STREHLOW G, SEIFERT K. 2017. *Provision of arts therapies for people with severe mental illness*. Curr Opin Psychiatry. 2017 Jul;30(4):306-311.

GOLD C, SOLLI HP, KRÜGER V, LIE SA. 2009. *Dose-response relationship in musictherapy for people with serious mental disorders: systematic re view and meta-analysis*. Clin Psychol Rev. 2009 Apr;29(3):193-207. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.001. Epub 2009 Jan 22.

GREENGLASS, E., SCHWARZER, R., JAKUBIEC, D., FIKSENBAUM, L., & TAUBERT, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory ( PCI ) : A Multidimensional Research Instrument*.

GUALANO M.R., BERT F, MARTORANA M., VOGLINO G., ANDRIOLO V., THOMAS R., GRAMAGLIA C., ZEPPEGNO P., SILIQUINI R. 2017. *The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials*. Clin Psychol Rev. 2017 Dec;58:49-58. Epub 2017 Sep 29.

GÜHNE U., WEINMANN S., ARNOLD K., BECKER T., RIEDEL-HELLER S. 2012. *Social Skills Training in Severe Mental Illness - Is it Effective? A Systematic Review*. Psychiatrische Praxis. 39. 371-80. 10.1055/s-0032-1327289.

GÜHNE U., WEINMANN S., ARNOLD K., BECKER T., RIEDEL-HELLER S. 2014. *Social skills training in severe mental illness*. Psychiatr Prax. 2014 May;41(4):e1-e17. doi: 10.1055/s-0033-1359873. Epub 2013 Nov 19. PMID: 24254422.

HAEYEN S., HOOREN, S., VAN DER VELD, W., HUTSCHEMAEKERS, G. 2018. *Efficacy of Art Therapy in Individuals With Personality Disorders Cluster B/C: A Randomized Controlled Trial* Journal of Personality Disorders 2018 32, 4, 527-542

HERETIK, A. SR., HERETIK A. jr. et al, 2016. *Klinická psychológia*, Druhé prepracované a rozšírené vydanie. Psychoprof, 2016, ISBN: 9788089322244.

KESSLER RC, BARKER PR, COLPE LJ, et al. *Screening for Serious Mental Illness in the General Population*. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60(2):184–189. doi:10.1001/archpsyc.60.2.184

KRAJČOVIČOVÁ, D. 2009. *Komunitná liečba v psychiatrii – jej ciele a význam*. In Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika, 6, 2009, č. 1, s. 31-36. ISBN 1338-7030

LECZOVÁ, D. 2008. *Program „Manažment choroby a zotavenia“ pre pacientov s ťažkou duševnou poruchou*. In Psychiatria pre prax; 2008; 9 (6): 308 – 310. ISSN 1339-4258

LUBBEN, J., 1988, *Lubben Social Network Scale*, citované 10.3.2019, dostupné online, [https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS\\_website\\_PDF.pdf](https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS_website_PDF.pdf)

LUBBEN, J., BLOZIK, E., GILLMANN, G., IIIFFE, S., VON RENTELN KRUSE, W., BECK, J. C., & STUCK, A. E. (2006). *Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community–dwelling older adult populations*. Gerontologist, 46(4), 503–513

MALLINCKRODT, B., & JEONG, J. 2015. *Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment*. Psychotherapy, 52(1), 134-139.

MALONE D, NEWRON-HOWES G, SIMMONDS S, MARRIOT S, TYRER P. 2007. *Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; CD000270; PMID: 10796336.

MCCORKLE B.H., ROGERS E.S., DUNN E.C., LYASS A., WAN Y.M. 2008. Increasing social support for individuals with serious mental illness: evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community Ment Health J.* 2008 Oct;44(5):359-66.

MCKAY, K. AKHTAR, N., PALLAVESHI, L., AND RUDNICK, A. 2016. *Psychosocial/Psychiatric Rehabilitation in Established and Emerging Environments: An Updated Scoping Review*, Hamilton, Canada, 2016, citované 2.3.2019, dostupné online: <https://smjournals.com/ebooks/psychosis-treatment/chapters/PSYT-16-02.pdf>

MORIN, L., FRANCK, N. 2017. *Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review*. *Frontiers in Psychiatry*. 8. 10.3389/fpsy.2017.00100.

MRAVEC, B. 2013, *Nervový systém: patofyziológia*, Skriptum pre študentov lekárskeho fakult, Bratislava, SAP 2013, 132 s., ISBN 978-80-89607-08-2.

NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA, 2002, citované 10.3.2019, dostupné online, <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NPDZ.pdf>

NASMHPD. 2006, *NASMHPD Medical Directors Council Technical Report: Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness* (Editors: Parks, J.; Svendsen, D.; Singer, P.; Foti, M.) Alexandria, VA: NASMHPD, October 2006

NCZI - NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2017. *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017*. Bratislava, 2013. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Psychiatricka-starostlivost-v-SR-2017.aspx>

NCZI - NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2014. *Medzinárodný deň duševného zdravia*. Bratislava, 2013. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Medzinarodny-den-dusevneho-zdravia.aspx>

NELSON G, AUBRY T, LAFRANCE A. 2007. A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77(3):350-361.

NÉMETH, F. et al. 2011. *Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia* In: Molisa 8 : medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2011. - ISBN 978-80-555-0507-7. - S. 91-94.

NICE. 2009. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. *NICE Clinical Guideline 82*. London. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) 2009.

NUÑO, L., BARRIOS, E. ROJO, E., GÓMEZ-BENITO, G. GUILERA, G., 2018. Validation of the ICF Core Sets for schizophrenia from the perspective of psychiatrists: An international Delphi study, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 103, 2018, Pages 134-141, ISSN 0022-3956

ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M., 2004. MKF- *Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka*, Bratislava, 2004

PALLAVESHI L., ZISMAN-ILLANI Y., ROE D, RUDNICK A. 2013. Psychiatric rehabilitation in health care environments: systematic review. *Current Psychiatric Reviews*. 2013; 9: 214-259.

PHAROAH F., MARI J., RATHBONE J., WONG W. 2006. *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.

PFAMMATTER, M., JUNGHAN, U.M., BRENNER, H.D. 2006. *Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses*. *Schizophrenia bulletin* 2006; 32 Suppl 1:S64-S80.

PYTLOVÁ, Z. 2009. Súčasný trendy v psychosociálnej rehabilitácii vo Veľkej Británii. Aká je budúcnosť denného centra? In *Psychosociálna rehabilitácia v teórii a praxi*. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie konanej 9. októbra 2008 v Bratislave, s. 52-61. Bratislava: UK v Bratislave, 2009. ISBN 978-80-223-2600-1.

REED, G. M., SPAULDING, W. D., BUFKA, L. F. 2009. *The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment*, *Alter*, Volume 3, Issue 4, 2009, Pages 340-359.

ROBSON, D., GRAY, R. 2007. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International journal of nursing studies*. 44. 457-66. 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013.

RÖSSLER, W. 2006. Psychiatric rehabilitation today: an overview. In *World Psychiatry*. Oct 2006; 5(3): 151–157. ISSN: 2051-5545

RUGGERI M, LEESE M, THORNICROFT G, BISOFFI G, TANSELLA M. 2000. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 149- 155.

SHEEHAN, K. H. ; SHEEHAN, D. V. 2008. Assessing treatment effects in clinical trials with the Discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology*: March 2008, Volume 23, Issue 2 - p 70-83

SHERN DL, TSEMBERIS S, ANTHONY W, LOVELL AM, RIEHMOND L, FELTON CJ, SVEDBERG P, SVENSSON B, HANSSON L, JORMFELDT H. 2014. A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nord J Psychiatry*. 2014; 68: 401-408.

STARTUP, M., JACKSON, M., BENDIX, S. 2002. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF).2002. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 41. 417-22.

STUBBS B., VANCAMPFORT D., HALLGREN M, FIRTH J., VERONESE N., SOLMI M., BRAND S., CORDES J., MALCHOW B., GERBER M., SCHMITT A., CORRELL CU., DE HERT M., GAUGHRAN F., SCHNEIDER F., KINNAFICK F., FALKAI P., MÖLLER HJ., KAHL KG. 2018. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018 Oct;54:124-144. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004.

THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH INFORMATION RESOURCE CENTER, 2019, citované 3.3.2019, dostupné online <https://www.nimh.nih.gov/>

TOALSON, P., AHMED, S., HARDY, T., KABINOFF, G. 2004. The Metabolic Syndrome in Patients With Severe Mental Illnesses. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 6(4), 152-158.

TURNER DT., MCGLANAGHY E., CUIJPERS P., VAN DER GAAG M., KARYOTAKI E., MACBETH A. 2018. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull.* 2018 Apr 6;44(3):475-491.

USTUN, T., CHATTERJI, S., KOSTANJSEK, N., REHM, J., KENNEDY, C., EPPING-JORDAN, J., SAXENA, S., KORFF, M., PULL, CHARLES, 2010. *Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*. 2010. Bulletin of the World Health Organization. 88. 815-23.

VACHKOVÁ, L. 2008. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. In *Psychiatria pre prax*, 2008, roč. 9, č. 3, s. 136-140. ISSN 1803-5272

VAJDIČKOVÁ, K. – KOLIBÁŠ, E. *Průručka k administrácii štandardizovaného MMSE (SMMSE), MMSE (Mini-Mental State Examination)*

VAN DUIN, D., DE WINTER, L., OUD, M., KROON, H., VELING, W., & VAN WEEGHEL, J. (n.d.). 2019. The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2019. 1-12. doi:10.1017/S003329171800418X.

WHO, 2019. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*, citované 8.3.2019, dostupné online, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan-20132020>

WHO, 2019. *Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)* citované 11.3.2019, dostupné online [https://www.who.int/classifications/icf/more\\_whodas/en/](https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/)

WOLDOFF, S. 2014. *Reliability of The Global Assessment of Functioning Scale*, Ph.D., Clinical and Health Psychology, Drexel University, 2004

WINARSKI J, COHEN M. 2000. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* 2000; 90: 1873-1878.

ZHAO S., SAMPSON S., XIA J., JAYARAM MB. 2015. *Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD010823. DO: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.

ZIGURAS S.J., STUART GW. 2000. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000 Nov;51(11):1410-21.



**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v.r.  
ministerka**