

Wick, R. P. (1986): Interviewing. In: Herbert, M.: *Psychology for Social Workers*. Guildford, London, Oxford, Worcester, Billing and Sons Ltd., s. 302–315.

Wills, T. A. (1978): Perceptions of clients by professional helpers. *Psychological Bulletin*, 85, s. 968 až 1000.

Yalom, I. D. (1999): *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové, Konfrontace.

Krizová intervence

Yvonna Lucká

Slovo krize – *krisis* – pochází z řečtiny a značilo soudní proces, v němž vrcholí spor a dochází k rozsudku, k rozhodnutí. Dochází k obratu – k lepšímu, či k horšímu. Obecně krize značí vyvrcholení nějakého děje směřujícího k nutné a neodkladné změně (obratu, katastrofě). V ději se rozhoduje o úspěšné nebo škodlivé povaze krize a o jejích důsledcích pro budoucnost. Předpokladem dobrého rozhodnutí v průběhu krize je schopnost rozlišit mezi podstatným a nepodstatným.

Hezkou ilustrací vnitřního smyslu krize je i čínský znak pro tento pojem, který je sestaven z dvou podznaků. Jeden z nich označuje nebezpečí, útisk, druhý příležitost.

7.1 Pojem krize

Výraz krize byl používán zejména v medicíně pro období, které předchází výrazné změně v pacientově zdravotním stavu, ať již ve směru uzdravení, nebo úmrtí. V posledních desetiletích se pojem krize stále více používá v kontextu jevů psychologického, sociálního a ekologického charakteru.

Počátky krizové teorie jsou spojeny se jménem Erika Lindemanna, který ve čtyřicátých letech 20. století věnoval systematickou pozornost reakcím lidí na katastrofu způsobenou požárem. Na jeho práci navázal Gerald Caplan, který kromě klinického pohledu zdůrazňoval kontext komunity. Ta má význam pro pochopení a uchopení krize. Caplan tím předznamenává současné trendy pojetí krize, které zdůrazňují komplexní a psychosociální aspekty. V psychosociální oblasti je krize definována jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně

za pomoci blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem (podle Vymětala, 1995).

René Thom (1992), který se zabývá problematikou krize a katastrof, navrhuje tuto definici: „V krizi je každý subjekt, jehož stav, který se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením jeho regulativních mechanismů, je tímto subjektem samým vnímán jako ohrožení vlastní existence.“ Krizi tedy můžeme chápat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.

Gerald Caplan (in Pasquali a kol., 1976, prac. překlad B. Baštecká, 1992) zdůrazňuje dva základní principy. Za prvé je to princip homeostázy, kdy na základě podnětů z nitra organismu dochází k reakci, k návratu do rovnovážného stavu (kybernetický zpětnovazební model, dynamická rovnováha). Za druhé je to princip sociálního učení, kdy jedinec řeší krátkodobé výkyvy rovnováhy automaticky, závažnější pak cestou pokusu a omylu, při dalším zvýšení napětí a subjektivního ohrožení se pokouší o inovativní řešení. Jestliže byla použita strategie úspěšná, je zařazena do repertoáru chování jedince. Je využita i tehdy, když úspěšná nebyla, jedinec se učí z negativní zkušenosti.

Krizí se rozumí situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života, a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena v rámci obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií jedince. Přesahuje jeho adaptační možnosti i zdroje běžných obranných mechanismů. Psychickou krizi zná každý člověk jak z vlastní zkušenosti, tak ze zkušenosti blízkých i vzdálenějších lidí. Patří k osobnímu růstu a zrání. Na psychickou krizi jako pozitivní mezník ve vývoji člověka se dá pohlížet v případě, že krize je včas rozpoznána a překonána, jestliže se jedinci dostane adekvátní podpory, příp. pomoci. V opačném případě může krize ústít v psychickou labilitu, poruchu zdraví, sociální dezorganizaci, což výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života a ohrožuje základní jistoty a hodnoty.

Krize se vždy týká člověka jako celku. V pozadí krize lze často vysledovat starší, nezvládnuté konflikty a traumata nebo nedůsledná, povrchní řešení starších krizí. Někteří lidé jsou ke krizím předurčeni svou precitlivostí, naitivitou, rigiditou, egocentrismem a egoismem. Opakovaně se v praxi potvrzuje, že pro zvládnutí aktuální krize jsou rozhodující zkušenosti člověka z minulých krizí. Čím lépe někdy dokázal ve zkoušce obstát, byl schopen najít řešení a východisko, tím více spoléhá na vlastní kapacitu. Pakliže měl v minulosti opakovanou zkušenost bezmoci a bezvýchodnosti, tím méně je schopen čelit dalšímu náporu. To je hlavní příčina toho, že na přibližně stejný zátěžový podnět můžeme vidět celou škálu odpovědí. To, co je pro jednoho impulzem, aby koncentroval svou kapacitu a krizi konstruktivně řešil, může být pro druhého podnětem ke kolapsu, nekonstruktivnímu nebo destruktivnímu chování.

7.2 Příčiny krize

Vymětal (1995) připomíná princip dvojí kvantifikace. Aby mohla vzniknout určitá reakce organismu, musí se propojit „vyladěnost organismu“ s „vnějším spouštěčem“.

Jako **vnější spouštěče krize** (precipitory) označuje René Thom (1992) tři situační konstelace:

1. Ztráta objektu – nejenom ztráta osoby úmrtím, rozchodem či odcizením, ale ztráta čehokoli, k čemu jsme vázáni a s čím jsme identifikováni, je vnímána jako ohrožení. V praxi pak často vidíme, jak ztráta partnera, zaměstnání, bytu, zdraví, víry a podobně námi mohou velmi otřást.
2. Volba – už fakt sám, že když zvolíme jednu cestu, hodnotu, s sebou nese vzdání se jiné, může působit zátěž. Volba mezi dvěma stejnými kvalitami může způsobit to, co se stalo v příběhu o oslu, který má stejně daleko ke dvěma kupkám sena – bezradnost a vyčerpání váháním. Jde-li o volbu mezi dvěma negativními možnostmi, je situace velmi nepříznivá.
3. Změna – zde se projevuje fakt, že vše, co se odvíjí „zhruba rovně“, bez větších zlomů a skoků, máme tendenci vnímat jako „dobré“. Kvalitativní i kvantitativní skoky v nás podporují pocit nepohodlí nebo nejistoty. To platí i v případě, že jde o pozitivní zlom. Každé krizové pracoviště má své zkušenosti s krizemi, které spustí nenadále či velké štěstí – to může být např. výhra velké sumy peněz, vytoužené otěhotnění, o plačících nevěstách nemluvě.

Citovaný autor dále uvádí dva **vnitřní spouštěče krizí**:

1. Nutnost adaptace subjektu na vlastní vývoj a změny z toho pramenící, tzn., že spouštěčem může být právě neschopnost vyhovět požadavkům vývoje. To můžeme dobře vidět u rodin, které mají problém s oddělením dospívajícího člena.
2. Jev, který nazýváme pojmem hybris (z řeckého hybris = zaslepenost, zpupnost). Jsou to ty kroky a strategie, které problém sice neřeší, ale v nejtěžších chvílích umožní překlenutí situace. Dlouhodobě však nemohou obstát a jsou zdrojem potenciálních krizí v budoucnosti. Podle stejného principu může v akutní krizi dojít k reaktivaci osobního „citlivého místa“, které má kořeny většinou již v dětství.

Klasifikaci životních událostí, které se mohou stát **spouštěčem krize**, provedli v šedesátých letech 20. století Holmes a Rahe (Honzák, 1994). Ke každé takové události přiřadili určitý počet bodů a dlouhodobým výzkumem potvrdili, že překročí-li součet bodů v jednom roce 250, je velmi pravděpodobné, že to bude mít negativní následky v oblasti psychické, somatické nebo ve schopnosti přiměřené sociální adaptace. Pro ilustraci uveďme některé životní události a jejich „bodovou hodnotu“ (tabulka 7.1).

Tab. 7.1 Klasifikace vybraných životních událostí

Událost	Relativní závažnost
úmrť partnera/partnerky	100
rozvod	73
rozvrat manželství	65
uvěznění	63
úmrť blízkého člena rodiny	63
úraz, onemocnění	53
sňatek	50
ztráta zaměstnání	47
usmíření, přebudování manželství	45
odchod do důchodu	45
změna zdrav. stavu člena rodiny	44
těhotenství	40
sexuální obtíže	39
přírůstek do rodiny	39
změna zaměstnání	36
změna finančního stavu	38
úmrť blízkého přítele	37
přefazení na jinou práci	36
závažné neshody s partnerem	35
vysoká půjčka peněz	31
splatnost půjčky	31
změna odpovědnosti v práci	29
syn nebo dcera opouští domov	29
konflikty s tchyní, tchánem	29
mimořádný čin, výkon	28
manžel, manželka nastupují do práce	26
vstup do školy, její ukončení	26
změna životních podmínek	25
konflikty s nadřazeným	23
změna pracovní doby	20
změna bydliště	20
změna církve nebo politické strany	19
dovolená	13
Vánoce	12

Z uvedeného výčtu je patrné, že životní událost, kladná i záporná, na nás klade nároky. To, zda nás bude omezovat a tísnit, nebo stimulovat k novým aktivitám, záleží na mnoha dalších okolnostech. Kromě již zmíněných minulých zkušeností s náročnými okamžiky našeho života je podstatný postoj k dané situaci, to, zda např. připouštíme, že obtíže a krize patří k životu. Mnozí lidé, kteří zažili příliš ochrannou péči rodičů a přivykli na to, že je jim „odmetáno z cesty každé stéblo nepohodlí“, nejsou ochotni překonávat překážky, ani na ně nejsou připraveni. Zátěž pak vnímají jako nespravedlivé příkoří, které jim působí někdo naschvál. Ve společnosti, kde se rodí i umírá v anonymitě a kde se do ústraní odstraňuje vše, co je „nenormální“, je málo prostoru pro zahlédnutí života, k jehož celistvosti patří i obtíže. I věkové období, ve kterém krize přichází, je často rozhodující. To, co zvládne mladý člověk v produktivním věku, je někdy těžko překonatelné ve zranitelném období přechodu nebo ve stáří.

Uvádí se, že až polovina duševních krizí je vyvolána problémy meziosobní povahy. Za jednu z nejhlubších propastí je pak považována osamělost; stav, kdy člověk má prožitek, že kolem sebe nemá nikoho, na koho by se mohl obrátit, svěřit se mu a od koho by mohl očekávat podporu a povzbuzení. I tělesné oslabení, nemoc nebo znevýhodnění jsou okolnosti, které krizi prohlubují. Totéž platí o vyčerpání, nedostatku jídla a nemožnosti uspokojit základní lidské potřeby. Také závislost všeho druhu (návykové látky, hrací automaty, práce) je velmi nepříznivým stavem.

Vojtěchovský (in Rieger, 1994) uvádí další faktory, které napomáhají vzniku krize. Sem zařazuje např.:

- úpadek základní mezilidské soudržnosti;
- změnu hodnot v průběhu života jedince;
- nahromadění osob v malých prostorech bez posilování mezilidských vazeb a z toho plynoucí odcizení;
- potlačování spontánního chování;
- více ambivalentních vztahů mezi jednotlivci, skupinami, národy;
- emigrace, život v jiné kultuře;
- nerespektování hranic;
- ztráta autority;
- zrada, přerušování vazby na dřívější zdroj pomoci;
- rozplynutí očekávaného: nezdaří se zkouška, dojde k potratu, narození defektního dítěte.

7.3 Chování člověka v krizi

Každý člověk se snaží zátěž nejdříve zvládnout sám. Je velké množství variant strategií, kterých intuitivně využíváme, když „jde do tuhého“. Namátkou lze uvést tyto:

- spánek, „zaspat to“, schovat se do postele;
- přitulení (k mamince, partnerovi apod.);
- potřeba vypovídat se, postěžovat si, svěřit se, být vyslyšen, utěšen;
- potřeba vyplakat se, vykřičet, vynadávat;
- vychloubání se, lhaní, překrucování reality;
- intenzivní potřeba uzavřít se do svého soukromí a vše si promyslet;
- vybití energie bezcílnou hyperaktivitou, prací nebo sportem;
- modlitba;
- příklon k fantazii, umění;
- opití se nebo nějaký jiný exces.

7.4 Typy krizí

Z mnoha pokusů o dělení a třídění krizí uvedme alespoň některé pohledy.

Podle způsobu manifestace je možné rozlišit:

- **Zjevné krize** – krize, které si člověk uvědomuje, připouští a většinou ho nutí čelit něčemu, co odporuje jeho sebeobrazu a hodnotovému systému. Sem mohou patřit např. krize, které souvisejí s rozpadem vztahu, nevěrou, nemocí. Krize, které jsou pro člověka zjevné, ho většinou nutí k hledání řešení nebo pomoci, což je výhoda vzhledem k dalšímu průběhu tohoto procesu.
- **Latentní krize** – takové, které si člověk neuvědomuje a nechce nebo nemůže si je připustit. Tento stav může trvat dlouho, většinou vede k nevědomým, často nevýhodným způsobům adaptace. To se může projevit např. únikem do nemoci, k přílišné pracovní aktivitě, abúzu návykových látek a jiným únikovým rekcím. Tyto pak mohou časem vyvolat krizi zjevnou.

Podle průběhu lze krize dělit na:

- **Akutní krize**, které bývají bouřlivé, mají jasný začátek a někdy i konec. Bývají reakcí na traumatické životní události. Kromě nehod a onemocnění vidíme takové krize v souvislosti s nevěrou, rozpadem vztahu, zradou, napadením, znásilněním, ztrátou základních životních jistot. Lidé v takových situacích často vyhledávají odbornou pomoc.
- **Chronické krize** bývají svým počátkem nenápadné, trvají dlouho, řádově měsíce i roky. Nejčastěji jde o procesy, které mají charakter latentní krize, někdy vznikají nedostatečným nebo povrchním řešením akutních krizí. Někdy souvisejí s mezilidskými vztahy – typickým příkladem je nedořešený konflikt v manželství či vztahu. Častým důvodem jsou neuspokojivé sociální okolnosti, jako je chudoba, domácí násilí, bezdomovectví apod. Chronické krize mají tendenci přerůstat do krizí akutních, k čemuž někdy stačí i nepatrný impuls.

Známa je klasifikace krizí podle Baldwina (in Pasquali a kol., 1976, prac. překlad B. Baštecká, 1992) **podle závažnosti krize** – postupně od první až k šesté skupině se krize stává závažnější a zdroj stresu přechází od vnějšího k vnitřnímu.

1. **Situační krize** je událost, která je spuštěna nepředvídatelným stresem. Závažnost je určena subjektivním nazíráním situace a dostupností vyvažujících faktorů. Převládají vnější spouštěče jako ztráta nebo hrozba ztráty (partnera, zdraví, zaměstnání, anticipace neúspěchu), změna a její anticipace (rozvod, změna zaměstnání, životního rytmu, emigrace) a volba.
2. **Tranzitorní krize** – neboli krize z očekávaných změn – souvisí s tím, že jedinec nebo celý systém, např. rodinný, se musí během života utkat s řadou přirozených překážek, které jsou dány vývojovými nároky. Tyto předvídatelné procesy růstu a zrání jsou vázány na určité časové období. E. H. Erikson na základě psychoanalytické teorie ovlivněné kulturní antropologií vytvořil osm kategorií pro periodizaci jednotlivých vývojových stadií jedince a dobře v nich podstatu tranzitorních krizí postihuje.
3. **Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu** jsou spuštěny mocnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a nad nimiž nemá téměř žádnou kontrolu. Lidé se tak mohou cítit vzniklými událostmi zrceni a ochromeni. Příkladem takové události může být náhlé úmrtí blízké osoby, znásilnění, válečný stres, přírodní a jiné katastrofy. Na takové události nemívají lidé předem vytvořené vzorce chování a ve stavu šoku potřebují podporu.
4. **Krize zrání** vyplývají spíše z vývojové dynamiky jedince. V kontextu mezilidských vztahů je jedinec konfrontován s úkoly, které jsou pro něj životně důležité, ale zároveň v nich selhává, což souvisí s některými nedořešenými a nedokončenými tématy jeho předchozího vývoje. Většinou se to týká témat bezpečí, jistoty, intimity, závislosti, úzkosti, hranic, moci či bezmoci, sexuality a identity.
5. **Krize pramenící z psychické poruchy** má stejně jako předchozí typ podklad v neřešených nebo provizorně řešených vývojových úkolech. Je však pravděpodobné, že kořeny obtíží budou směřovat do ranějších vývojových stadií jedince. Klienti s touto krizí mívají zkušenost s psychiatrickou léčbou. Spouštěčem zde může být cokoli z výše uvedeného, je to však umocněné velkou zranitelností jedince.
6. **Psychiatrické neodkladnosti** jsou krize, které s sebou nesou vysoký stupeň naléhavosti. Patří sem akutní stavy, které mohou, a nemusejí provázet psychické onemocnění, nebo stavy spojené s intoxikací. Problémem bývá např. kontrola silných emocionálních impulsů, vražedné nebo sebevražedné chování.

Kromě třídění krizí, které převážně čerpají z klinického pohledu, se od sedmdesátých let 20. století stále více prosazuje ekologický pohled na tuto problematiku. Ten zdůrazňuje vliv a součinnost s vlivy, které jsou spojeny se zhoršováním životního a sociálního prostředí. Upozorňuje na krize spojené s rasovou a etnickou problematikou, se snižováním fyzického a duševního zdraví populace a s nedostupností adekvátních sociálních zdrojů a služeb. Domácí násilí, zneužívání všeho druhu, chudoba, bezdomovectví a nezaměstnanost vytvářejí

silové pole, v němž dochází výrazně často k narušení stability jednotlivce i celých systémů.

7.5 Průběh krize

Jednotlivé fáze popsal Caplan (in Pasquali a kol., 1976, prac. překlad B. Baštecká, 1992):

1. Jedinec vnímá ohrožení; důsledkem je zvýšení úzkosti. Aktivuje proto vyrovnávací strategie. Neosvědčí-li se, nastupuje druhá fáze.
2. Neúčinnost vyrovnávacích mechanismů v první fázi vede k dalšímu zmatku, pocitu zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Objevují se tendence vyrovnat rovnováhu náhodným způsobem. Jestliže se nezdaří redukovat úzkost a řešení se neobjevuje, jedinec vstupuje do další fáze.
3. V této fázi se jedinec pokusí o předefinování krize s nadějí, že důvěrně známé vyrovnávací prostředky budou úspěšné. Nové způsoby řešení problémů mohou rovněž přinést rozuzlení. Jedinec si je většinou schopen připustit pocity a dělat rozhodnutí, která ho mohou vrátit na předkrizovou úroveň fungování. Jestliže se to nezdaří, krize se prohlubuje. V této fázi je člověk nejvíce otevřen pomoci.
4. Tato fáze se vyznačuje závažnou psychickou dezorganizací. Úzkost může přerůst do stavů paniky a objevují se hlubší kognitivní, emocionální a psychologické změny. V této fázi se jeví odborný zásah jako nejproduktivnější opatření.

Často diskutovaný je **časový rámec**, v němž krize probíhá. Převládající názor, že krize je krátkodobý proces, je výzkumy zpochybňován. Ačkoli platí, že rozhodující doba pro zpracování krize je asi 6–8 týdnů, je zřejmé, že pro skutečnou integraci extrémní psychické zátěže je zapotřebí mnohem delší doby. Není výjimkou, že tento proces trvá mnoho měsíců, někdy i let.

Jestliže se nezdaří vyrovnat vliv stresorů, objevují se alarmující signály a dochází ke krizovému stavu. Je to vyvrcholení běžné psychické nestability. Je hraničním jevem, který ještě není nemocí ve vlastním slova smyslu, ale není stavem plného psychického normálu. Člověk subjektivně prožívá „vykolejení“, které bývá doprovázeno nespecifickými somatickými obtížemi, jako je únava, předrážděnost, nespavost, nechutenství nebo pocity hladu, bolesti, vznětlivost apod. **Krizový stav** se též hlásí tenzí, úzkostí, bezradností a smutkem. V krizovém stavu je člověk více ohrožen psychosociální zátěží. Nejčastějšími ukazateli tu bývají (Eis, 1994):

1. Pocit změněné tělesné celistvosti, ztráta pocitu dobrého zdraví.
2. Prožitky změny ve vlastním sebeuspokojení (zvýrazňují se pocity nejistoty, které postupně sílí).

3. Člověk prožívá narušenou emoční rovnováhu doprovázenou pocitem vnitřního nebo vnějšího ohrožení.
4. Stav nejistoty se prohlubuje ve vztahu k sociálním rolím a sociálním úkolům.
5. Vzniká pocit ohrožení života, objevuje se s tím spojené životní bilancování provázené obavami z vlastní nedostačivosti.

Zkušenosti potvrzují, že je rozhodující, zda člověk nalezne v rozmezí prvních 4–6 týdnů od vzniku krize způsob, jak zážitek akceptovat, řešit a integrovat. Krizové stavy ve svém vývoji buď odeznívají samy, nebo mají tendenci se prohlubovat a vyvolávat poruchu nebo onemocnění, eventuálně se stávají chronickými.

Nepodaří-li se krizový stav zvládnout, obvykle se prohlubuje a může vést k **syndromu psychického ohrožení**. Ten se projevuje např. nesnesitelnou úzkostí, neúnosnými pocity viny, studu, snížením sebehodnocení a může se objevovat Ringelův presuicidální syndrom. Ten je charakterizován zejména tzv. dynamickým zúžením psychického pole, tzn., že se snižuje schopnost vnímat druhé lidi, sebe, hodnoty. Prosazují se staré, fixované vzory chování, mizí kreativita a potlačenou agresivitu zaměřuje člověk proti sobě. Postižený člověk pak nedokáže využít energii pro vyřešení problému a rozvíjí se typické únikové chování, jakým je útek od zdroje ohrožení (z domova), útek za ochranou a péčí (do nemoci, regrese, k matce), útek do světa fantazie, snů a nereálných plánů, a bohužel – někdy i útek od života.

Setkáme-li s člověkem v akutní krizi, můžeme být zaskočeni zvláštnostmi v chování a projevech. Pro pochopení těchto, někdy i hrubých a nápadných změn je užitečné být dobře informován o **akutních reakcích na stres**. Tyto reakce souvisejí s velmi starými obrannými mechanismy, kterými jsme všichni vybaveni a které původně sloužily k zachování života v situaci ohrožení. Jsou řízeny vegetativně a vybavují se okamžitě a spontánně tehdy, když se objeví výrazný stresor. Tyto reakce nejčastěji pozorujeme bezprostředně po podnětu, který krizi spustil, ale obecně sem řadíme reakce v prvních 2–3 dnech po dopadu zátěže. Podle charakteru projevů, které pozorujeme u zasažených osob, je můžeme dělit na aktivní a pasivní reakci na stres.

Při **aktivní reakci** se ve vegetativním systému prosadí sympatikus. Někdy se o ní hovoří jako o reakci „fight or flight“ (boj, nebo útek). Cílem změny v organismu je připravit tělo na rychlou a produktivní akci, takže můžeme pozorovat zrychlený tep a dech, prokrvení a napětí ve svalech, zrudnutí. Velmi často se projevuje neklid, přecházení, bohatá mimika i gestikulace a emoční projevy všeho druhu. Agresivita nebo autoagresivita nejsou výjimkou. Typický je překotný, neuspořádaný slovní projev, někdy vulgarita. Člověk v takové situaci se často domáhá pomoci i neadekvátním způsobem, bývá obtížný a neodbytný. Čím hlubší je rána a čím větší je zranitelnost osoby, tím bizarnější obraz může vzniknout. V krajních polohách této reakce se můžeme setkat s projevy, které je

obtížné rozlišit od dezorganizovaného chování duševně nemocného člověka. Reakce většinou netrvá dlouho a zejména při adekvátní péči beze zbytků odezní.

U tzv. **pasivní reakce** převažuje funkce parasympatiku. Někdy se tato reakce nazývá reakce „mrtvý brouk“, protože připomíná primitivní obranný mechanismus, který využívají zejména nižší živočichové. Tělesné pochody se snižují, nápadná je bledost a strnulost nebo ochablost. Člověk stojí jak „solný sloup“, většinou se neprojevuje a ničeho nedožaduje. Jeho skutečný stav tak může uniknout pozornosti a nedostane se mu adekvátní pomoci a podpory. Mylně může být považován za statečného nebo necitlivého či „rozumného“. Ve skutečnosti tato reakce svědčí pro hlubší šokovou reakci, než je popsána u reakce aktivní, a může skrývat prožitek depersonalizace, derealizace a hluboké dissociace. Jedinec, který se v zátěži projevuje nápadně klidně, by neměl uniknout pozornosti odborníka.

Reakce na traumatizující podnět se mohou objevit i se zpožděním několika týdnů i měsíců, pak mluvíme o **posttraumatických reakcích**. Objevují se zejména u lidí s dobrými obrannými mechanismy, dobrou sebekontrolou nebo u těch, kteří si nemohou v akutní situaci „dovolit“ reagovat, např. matka, která se musí sama postarat o dítě. Nejčastěji se objevují psychosomatické obtíže, jež člověk nespojuje s událostí, která trauma vyvolala, podrážděnost nebo nápadná únava, poruchy spánku či bolesti, pro něž se nenachází vysvětlení.

7.6 Řešení krize: svépomoc a vzájemná pomoc

Většinu zátěžových situací a životních krizí lidé nepochybně překonávají bez profesionální pomoci. To, zda člověk vyhledá, nebo nevyhledá odbornou pomoc, závisí nejenom na tom, jak je schopen využít vlastní potenciál, či zda má k dispozici podporu v okolí, ale také na dostupnosti služeb a jejich kvalitě.

Svépomocí rozumíme zejména ty postupy, které napomáhají „**přeoriento-**váním“ zaměření ohrožené osoby. Sem můžeme např. řadit:

- Zaměření na náhradní aktivitu. Je poměrně časté, že osoby v krizi mají sklon k nadměrnému výkonu v práci, což je typičtější pro muže, ženy zas mohou mít sklon k neadekvátnímu poklizení, někdy můžeme pozorovat tendenci nakupovat. Zejména u mladých lidí se můžeme setkat s tím, že nevydrží doma a chodí se „povyrazit“.
- Tendence něco změnit, vedená představou, že pomůže „změnit aspoň to, co změnit mohu“. Není výjimkou, že osoby v tísní mění prostředí (útěky, přestěhování, cestování, emigrace), někdy mohou volit změnu partnera, zaměstnání, ale také může dojít k radikálním změnám v životním stylu.
- Nárazová tendence k abúzu alkoholu, psychofarmak apod. Cílem a smyslem tohoto počínání je „necítit“ zdrcující a ohrožující pocity beznaděje, smutku, ohrožení a znehodnocení.

- Tendence vyhledávat magické praktiky souvisí s představou, že pomoc nebo řešení přijde zvenčí, jakoby zázrakem – proto také lnutí k církvím, případně k náboženským sektám je v krizi vyšší. Někdy můžeme vidět zvýšený zájem o tzv. přírodní léčení.

- Obecně můžeme pozorovat sklon k potlačení zraňujících vzpomínek, k denímu snění.

Vzájemná pomoc má v krizi značný význam, odborné koncepce s ní vždy počítají. Velký a nezastupitelný vliv má rodina; často lze pozorovat v situaci závažné zátěže příklon k rodinným příslušníkům, a to i v případě, že jinak tyto vztahy nejsou ani časté, ani hluboké. Také vztahy s přáteli, spolupracovníky, spolubydlícími nabývají velkou důležitost. Smyslem vzájemné pomoci je většinou vytvoření akceptujícího, nestresujícího prostředí, ve kterém zasažený člověk může uspokojit potřebu být vyslechnut a pochopen, zažije empatii, účast.

V rámci svépomoci a vzájemné pomoci se kromě těchto podpůrných a auto-sanačních procesů objevují jak u postižených, tak u pomáhajících v hojné míře psychické **obrané reakce** jako bagatelizace, racionalizace, intelektualizace, popření nebo rezignace. Tendence k agresivitě či regresi nejsou výjimkou. Rizikem svépomoci a vzájemné pomoci může být již výše zmíněná „hybris“, tzn. náhradní, dočasné řešení, ohrožení abúzem návykových látek a neadekvátním hodnocením situace pod vlivem „tunelového vidění“. Následkem nepřiměřeně zpracované krize může být i sebevražedné chování.

7.7 Krizová intervence

Krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Nejedná se o individuální psychoterapeutický zásah, ale také o zásah na úrovni rodiny, o sociální intervenci a v nutných případech také o intervenci psychofarmakologickou, příp. spojenou s krátkodobou hospitalizací. Vývoj tohoto specifického postupu ovlivnily jak deskriptivní studie v oblasti traumatické neurozy a pochopení významu práce s nepatologickým smutkem, tak rozkvět psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Průkopníkem v této oblasti byl Erik Lindemann, který ve čtyřicátých letech 20. století ukázal, že během osmi až deseti sezení lze prostřednictvím práce se smutkem úspěšně zvládnout i velmi vážné krize související s velkou ztrátou. Jiní odborníci pak studovali následky katastrof různého druhu a rozměru.

Sledujeme-li historické informace o krizové intervenci, je patrné, že počátku převažuje spíše psychologický, klinický pohled a praxe, zatímco od sedmdesátých let 20. století se více prosazuje aspekt ekologický, environmentální. Poukazuje se na deficit ve službách, které by mohly prospět těm, kdo se vlivem chudoby, nezaměstnanosti, násilí a různého zneužívání, třídní, rasové a etnické diskriminace ocitají v silovém poli, v němž krize, její projevy a následky

jsou jevem velmi častým. Krizová intervence poskytovaná osobám, jejichž život nese pečeť takového chronického znevýhodnění, musí být zacílena na socio-environmentální konflikt, který individuální krizi obklopuje; prioritním cílem je podpořit využívání vnějších zdrojů, příp. jejich dostupnost. Na druhém konci tohoto kontinua jsou osoby, pro něž jsou běžné zdroje dostupné; u nich je krizová intervence zaměřena na psychologickou podporu intrapsychických rezerv a schopnost jich adekvátně využít. Kvalita a účinnost krizové intervence vždy závisí na dobrém odhadu tohoto aspektu a činí tak práci s osobou v krizi velmi pestrá a neopakovatelná. Jinak řešíme nedostatek prostředků a úzkost s tím související u bezdomovce, hráče závislého na automatech, samoživitelky, která přišla o zaměstnání, chronicky nemocného člověka nebo osoby, která se stala obětí živelní katastrofy.

Od klasické psychoterapie se krizová intervence liší v mnoha ohledech. Bývá kratší, někdy se omezí na jeden kontakt, většinou nepřesahuje šest setkání. Je zaměřena na zvládnutí akutního problému, snaží se postihnout biopsychosociální vazby a intervenovat v několika rovinách; proto se na řešení často podílí více odborníků – kromě psychologů a psychiatrů to bývají sociální pracovníci, lékaři, pedagogové. Někdy je zapotřebí i právní konzultace. Běžnou strategií je přizvání rodinných příslušníků, nebo jiných, pro klienta významných osob.

Krise, zejména hluboká a rozvinutá, vyžaduje odborný a zasvěcený přístup.

V praxi se stále setkáváme s mylnou představou, že každý, kdo pracuje s lidmi v jakékoli pomáhající profesi, ať už jde o lékaře, psychologa, nebo jiného odborníka, umí pracovat s krizí. Krizová intervence je speciální dovednost, k jejímu zvládnutí je třeba projít výcvikem, který obsahuje teoretickou i praktickou část; supervize by zejména zpočátku měla být samozřejmostí. S potěšením lze sledovat, že takových výcviků přibývá a že jsou otevřeny všem pomáhajícím profesím. Doba, kdy se lidé v krizi obraceli výhradně na lékaře a psychology, je minulostí – se vznikem celého spektra státních i nestátních zařízení, která nabízejí své služby, neustále vzrůstá potřeba připravit pracovníky na situaci, kdy se s klientem v takové situaci setkají. Následující text se snaží nabídnout základní axiomy této práce.

Krizová intervence je zásah v době krize, který se snaží minimalizovat ohrožení klienta, objevit a posílit jeho schopnost vyrovnat se se zátěží tak, aby jeho adaptace posílila jeho růst a integritu a aby se pokud možno předešlo negativním, destruktivním způsobům řešení situace. Nabízí patřičnou pomoc (Rieger, 1997) s cílem usnadnit komunikaci, navrátit sebedůvěru, vyjádřit emoce, mobilizovat podporu a umožnit co nejpřehlednější odhad jádra problému.

Principy krizové intervence

Pomoc by měla být pokud možno **okamžitá**. Klient v krizi by měl být ošetřen co nejdříve. Odložení kontaktu – na ráno, objednání za několik dní – může výrazně prohloubit bezmoc a zvýšit autoagresivní chování. Dostupnost linek důvěry a krizových center 24 hodin denně je v tomto ohledu nenahraditelná.

Pomoc by měla být **snadno dosažitelná**. Budování sítě krizových center a linek důvěry, následných služeb, jakož jejich zviditelnění, je jedním z principů moderní a komplexní péče o obyvatelstvo. V rámci primární péče je třeba na možnost využívání těchto služeb v případě nutnosti upozorňovat již od dětského věku. Dosažitelnost zvyšuje umístění v centru města, v dosahu veřejné dopravy apod. Subjektivní bariéry jsou snáz překonatelné, když kontaktní místo není přímo provázáno s jiným, zejména psychiatrickým zařízením.

Péče by měla být **kontinuální**. Bylo by optimální, aby klient, který v krizi navázal kontakt s odborníkem, s ním mohl dále pokračovat na řešení svého problému. To není vždy možné; kvalitní předávání informací mezi kolegy však může výrazně omezit nepříjemný zážitek klienta, že musí vše znovu dopodrobna vylicít. Také vyhledání adekvátních následných odborných služeb, pomoc při navázání kontaktu s nimi, je součástí pocitu dobré kontinuity péče, zejména u těžkých traumatických krizí.

Péče by měla mít **definované minimální cíle**. Krizová intervence není zásah, který by měl vyřešit všechny problémy, jež klient předkládá. Má podpořit klienta v tom, aby se jeho schopnost cítit, uvažovat a hledat řešení co nejrychleji dostala na obvyklou nebo aspoň funkční úroveň. Někdy se říká, že dobrá krizová intervence končí tam, kde klient dosáhne schopnosti prožívat a nahlížet svou situaci a je schopen hledat za odbornou pomocí své řešení a také další pomoc, je-li zapotřebí. Na praktické úrovni to znamená vědomé zacílení pozornosti pomáhajícího jen na některé aktuální problémy, které často souvisejí s potřebou bezpečí.

Prevence možného zhoršení stavu je dalším významným aspektem práce pomáhajícího. Jak bylo zmíněno výše, schopnost odečítat signály ohrožení, zejména agresivního nebo autoagresivního chování, patří k nepominutelným dovednostem pomáhajícího. Tomu bude v textu ještě věnována pozornost.

Péče by měla **počítat s kontextem klientových vztahů**. Vždy je třeba mít na mysli, že člověk je součástí rodiny, vztahu, pracovního či přátelského společenství. Ocitne-li se v krizi, rezonují všechny systémy, v nichž se nachází, a naopak krize v systému mohou mít vliv na jedince a mohou krizi spouštět. Znalost těchto principů a schopnost z nich čerpat při krizové intervenci je velkým přínosem a zmenšuje riziko plochého, povrchního a nefunkčního zásahu.

Pomoc by měla být **aktivní, je-li to nutné, direktivní**. Pokud jde o teorii, eklekticky zaměřená. Na rozdíl od terapeutických postupů v užším slova smyslu má direktivní přístup své opodstatnění zejména tam, kde jasný a pevný postoj intervenujícího snižuje ohrožení klienta a nahrazuje tak krizí rozostřenou schopnost klienta orientovat se v realitě. Intervenující také musí aktivně podporovat klientovu energii a připravenost jednat; musí vybízet a nabízet. Udržet svou úroveň aktivity a energie, nenechat se klientovou situací stáhnout do roviny bezmoci a bezradnosti a zároveň klientem nemanipulovat je průběžským kamenem kompetence v tomto oboru. Eklektické zaměření znamená připravenost použít z teoretického a technického arzenálu vše, co klienta podporuje a co mu prospívá. Setrvávání na jednom terapeutickém postupu nebo

technice za každou cenu se může ukázat jako velmi neproduktivní až poškozuující. Jistá úroveň ochoty a schopnosti vyjít vstříc potřebám klienta a široké spektrum možných přístupů, kterými intervenující disponuje, jsou oprávněnými požadavky na způsobilosti pomáhajícího.

Pomoc by měla být poskytována v **co nejméně omezujícím prostředí**. Mělo by být pravidlem, že při hledání řešení krize využijeme všechny možnosti, které jsou v souladu s přáním klienta a co nejméně jej ohrozí a determinují do budoucna. Například hospitalizace na krizovém centru by měla být nabídnuta tam, kde byly vyčerpány možnosti rodiny nebo jiného podpůrného sociálního systému, které by klient preferoval. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení je vhodná jen tam, kde je k tomu indikace a vyčerpaly se možnosti sociálního okolí klienta a krizového oddělení. Hospitalizace, užívání léků i kontakt s jakoukoli represivní složkou státní moci by měly být vždy dobře zvaženy. Jako pomáhající bychom se měli vyvarovat všeho, co zvyšuje jen naše bezpečí bez ohledu na bezpečí a profit klienta. Dobrá znalost právního rámce je nutná – zvyšuje jistotu intervenujícího a předem řeší některá dilemata.

Proces krizové intervence

Při práci s klientem v krizi je třeba postupně věnovat pozornost těmto oblastem:

1. Okamžitá redukce ohrožení

Od prvního okamžiku kontaktu s osobou v krizi je nutné pozorně sledovat všechny signály, které svědčí o riziku a nebezpečí. Například intoxikace vyžaduje rychlý lékařský zákrok, pozornosti by nemělo uniknout zranění nebo somatické obtíže, které mohou poukazovat na tělesné ohrožení. Rozpoznat a odlišit je od vegetativního doprovodu akutní reakce na stres je někdy velmi svízelné. Stejně tak náročné je rozeznat příznaky **počínajícího či akutního psychotického stavu**, protože chování člověka v krizi může přechodně v mnohém na tento stav upomínat. Tady podle všech dostupných informací dochází nejčastěji k přehmatům – neadekvátní hospitalizace a ordinace léků může průběh krize velmi prohloubit. **Krizová pracoviště** zde mohou významně přispět tím, že nabídnou bezpečné prostředí, v němž se krize a její projevy mohou probarvit do zřetelnějšího obrazu, čímž se zvýší pravděpodobnost, že zvolené řešení je co nejadekvátnější.

Současně je důležité pátrat po tom, zda krizi není ohrožen někdo jiný, s kým pomáhající není v přímém kontaktu. Není výjimkou, že se na pomáhajícího obrátí např. matka velmi rozrušená domácím násilím nebo konfliktem, která si plně neuvědomí dosah toho, že doma ponechala malé děti. Podobný problém představuje např. rodič, který přijde řešit újmu způsobenou agresivně se chovajícím duševně nemocným potomkem. Rodič přitom není schopen plně vidět rizika toho, že dekompenzovaný nemocný je doma bez dozoru a ochrany.

Tam, kde jsou naznačené nebo projevené signály hrozící sebevraždy, je třeba přednostně koncentrovat síly na klientovu podporu a ochranu.

2. První odhad situace a její posouzení

Zjištění a posouzení aktuálního stavu klienta je klíčové. Sledujeme jeho schopnost komunikace a orientace v realitě, jakými prostředky a co se snaží sdělit. Pátráme po **typických stresových projevech** a snažíme se dozvědět, co může být spouštěčem krize, kdy a jak situace začala, co byla ta poslední kapka, jak vyhledal pomoc. Někdy je kontakt s klientem tak obtížný, že nemáme k dispozici skoro žádné informace o minulosti nebo aktuální situaci. Pak nezbyvá než trpělivou a klidnou přítomností podporovat komunikaci. **Psychiatrická anamnéza**, informace o specifické zranitelnosti klienta např. v souvislosti s násilím v minulosti nám mohou pomoci zvolit adekvátní další krok.

Rovněž je důležité zkoumat očekávání a přání klienta, ptát se na to, co již v rámci krize vyzkoušel a co se neosvědčilo, co mu pomohlo v minulosti a na co se může sám u sebe spolehnout. Krizi a postoj k ní nám může pomoci posoudit odpověď klienta na dotaz, jak by situace vypadala, kdyby došlo k dobrému řešení.

3. Formulace hypotézy

Odhad situace, dokreslený dostupnými informacemi, nám umožní vytvořit hypotézu o vzniku a průběhu krize a také odhad **prognózy**. Je nutno zvážit, zda klient je na správném místě, nebo zda potřebuje jiného odborníka či zařízení. Do hypotézy též patří odhad schopnosti klienta využívat svou kapacitu a rozeznání prostředků podpory, na které pozitivně reaguje.

4. Intervence

Důležitým krokem je pokus o zjištění hypotézy týkající se příčin krize, kterou má sám klient. Postupně z ní může vznikat verze, již mohou sdílet klient i intervenující odborník a tak nacházet společný jazyk. Ten, kdo poskytuje péči, by měl jasně dát najevo, že chápe klientovy prožitky a že neobvyklé pocity a projevy jsou normální reakcí na „nenormální“ situaci. Velmi podpůrné je dávat naději a nabízet možnost, že krize má svůj smysl a může přinést i obrát k pozitivní změně. To je vhodné např. u vztahových kalamit. Klient by měl cítit naši ochotu být k dispozici, bezpečí však vytváří zejména respekt k potřebám klienta, k jeho osobnímu tempu a možnostem. Zážitek, že má dost času na to, aby se vypovídal a uvolnil emoce, je často rozhodující. Proces **vyrovnávání se s krizí** navozují např. tyto otázky:

- *Jak jste zatím řešil krizi?*
- *Co se zdařilo a co ne?*
- *Byl jste v minulosti vystaven nějaké těžkosti? Co se tehdy osvědčilo? Co víte, že vaši bilanci zhoršilo?*
- *Na koho se ve svém okolí můžete spolehnout a v čem?*
- *Čeho se nejvíc obáváte?*
- *Co můžete změnit hned, co později?*

V **krizové intervenci** není místo pro moralizování, poučování a posuzování. I radit je ošidné: to lze jen, když je co a když klient chce.

Zejména u závažných krizí je poměrně časté, že klient vyhledává **fyzický kontakt** s tím, kdo o něj pečuje. Je to dáno **vývojovou regresí**. Fyzický kontakt, který respektuje potřeby klienta, je mocný nástroj podpory a zklidnění, zejména tam, kde tělesné komponenty akutní reakce na stres vystupují do popředí. Vědomé a bezpečné využití tohoto komunikačního kanálu však vyžaduje speciální výcvik a přesahuje možnosti tohoto textu.

Za užitečné považují pravidlo, které se traduje mezi pomáhajícími profesionály v anglosaských zemích: S klientem v krizi jednejte jako s lekavým koněm. Nedělejte nic náhle a překotně. Neměňte nenadále hlas ani polohu. Dobře naopak na klienta působí, když mu vysvětlíte a okomentujete vše, co děláte, např.: „Teď zatelefonuji sestře na oddělení, abych zjistil ... dojdu si do skříně pro další papíry ... odmlčela jsem se, protože jsem přemítala o tom, co jste mi řekla ...“ Takové chování podpoří pocit bezpečí a zabraňuje rozvoji paranoidní percepce.

Krizová intervence je u cíle, když je klient schopen cítit a vyjadřovat emoce, je zorientován v realitě, chápe svoji situaci, je schopen předjímat následky a začíná více či méně autonomně uvažovat o možnostech v blízké budoucnosti. Je schopen spolu s odborníkem volit varianty další péče nebo jiná opatření, pokud jsou nezbytná. Intervenci je vhodné zakončit rekapitulací a vyjasněním, jaké má klient možnosti, kdyby se situace opět zhoršila. Za prospěšné též považují projevit zájem o klientův osud, až krizi překoná. Návštěva může pomáhajícího potěšit tím, že klient situaci zvládl, a zároveň mu může přinést užitečnou zpětnou vazbu. V náročných pomáhajících profesích může působit proti syndromu vyhoření.

Literatura

- Baštecká, B.: Krizové řízení a krizová pomoc při hromadných neštěstích. In: Vodáčková, D. a kol.: *Krizová intervence*. Portál, Praha.
- Baštecká, B., Goldman, P. (2001): *Základy klinické psychologie*. Portál, Praha.
- Bellak, L.: *Přítuška pro intenzivní krátkodobou a emergentní psychoterapii*. Nepubl. překlad.
- Bouchal, M. (1989): Ke krizové intervenci. *Spektrum psychoterapie*, č. 4, 1989, s. 17–21.
- Eis, Z. (1994): *Krize všedního dne*. Grada, Praha.
- Eis, Z. (1989): Poznámky k psychoterapeutické krizové intervenci. *Spektrum psychoterapie*, č. 4, 1989, s. 21–23.
- Everstine, D. S., Everstine, L. (1989): Lidé v krizi. *Spektrum psychoterapie*, č. 4, 1989, s. 26–28.
- Honzák, R., Novotná, V. (1994): *Krize v životě, život v krizi*. Nakladatelství Road, edice Psyché, Praha.
- Klimpl, P. (1994): *Psychická krize – od pojmu k diagnóze*. Amireport, Praha.
- Pasquali, A., De Basio, A. (1992): Krizová intervence. In: *Mental Health Nursing: A Holistic Approach*. Pracovní překlad pro potřeby LD v Liberci (přel. B. Baštecká, 1992).
- Ringel, E. (1975): *Nová hlediska k presuicidálnímu syndromu*. Edice LD, Kosmonosy.
- Thom, R. (1992): Krize a katastrofa. Sborník *Pojem krize v dnešním myšlení*. Filosofický ústav AV ČR, Praha.
- Rieger, Z. (1994): *Krizová intervence, úvodní poznámky*. Nepublikovaný text.
- Vodáčková, D. a kol. (2002): *Krizová intervence*. Portál, Praha.
- Vymětal, J. (1995): *Duševní krize a psychoterapie*. Konfrontace, Hradec Králové.

Mediace

Taťána Šišková, Helena Stöhrlová

8.1 Principy konstruktivních řešení konfliktů

Každý z nás máme jiné představy o životě, jiná očekávání, jiné zkušenosti, jiné informace, jiné hodnoty a známe jiné styly řešení konfliktů. Jsme tak vlastně v životě před každým jednáním, vyjednáváním a řešením nejrůznějších sporů „naprogramováni“, aniž o tom víme. Protože je nás mnoho, je i mnoho očekávání, názorů a řešení. Z toho přirozeně vznikají konflikty a ty se stávají neoddelitelnou součástí našeho života. Společným rysem takových konfliktů je to, že přispívají k vytváření napjaté atmosféry. Proto se nemůžeme divit, že většina lidí se domnívá, že konflikt je pouze negativní a destruktivní proces. Konflikt je však také impulzem ke změně a přehodnocení vztahů, a to tehdy, je-li řešen efektivně.

Mnoho konfliktů mohou vyřešit lidé sami, mnoho konfliktů je však v rámci vlastních sil neřešitelných a k uspokojivému řešení může napomoci prostředník. Někdy se lidé obrazejí na soudce, který však musí respektovat formální postupy a autoritativně rozhodne za účastníky. Platí domněnka, že rozhodnutí, které je opřeno o normu, je spravedlivé a definitivní. Nejednou se však stává, že rozsudek není stranami akceptován, a tak napětí, které s problémem a nedorozuměním vzrostlo, se dále stupňuje a ničí účastníky nebo osoby na nich závislé (např. rodiče a jejich děti v souvislosti s rozvodem).

Jedním z nových prostředníků v oblasti mimosoudního vyjednávání je mediátor. Mediací je alternativní metoda pro řešení sporů, která pomáhá snižovat překážky v komunikaci a podporuje sociální sblížení lidí. Je to metoda, která má v demokratické společnosti své pevné místo a v posledních deseti letech se stává pomocnou technikou pro řešení sporů i u nás.