

3. **Zhoršením paměti, úsudku a orientace.** Nejpočetnější skupinu těchto organicky podmíněných poruch představují demence, které přicházejí v úvahu převážně po 65. roce věku. Při rozvoji demence dochází k postupnému postižení intelektu a paměti. Postupně je zasažena paměť, převážně krátkodobá s následným narušením vnímání přítomnosti.

Již v rané fázi se též vyskytují poruchy orientace, postižený se neorientuje v čase, v prostoru, nejdéle je zachována orientace osobou (nemocný ví, kdo je). Nemocný hledá obtížně vhodná slova, postupně ztrácí schopnost pojmenovávat předměty, vykonávat běžné úkony a porozumět běžným výzvám.

Rozvoj demence je pro klienta i jeho okolí velmi zatěžující. Tento stav vyvolává pocity hanby, studu, podstatně modifikuje způsob komunikace s postiženým, jeho životní zájmy, jeho životní role, také může dojít ke ztrátě typického osobního projevu, což bývá jak bolestné, tak i tragické. Tyto změny s sebou přinášejí i vztahové krize, protože vyrovnat se nimi je velmi obtížné i pro blízké okolí. Můžeme se setkat i se zneužíváním takto postižených lidí.

Příklad: Do krizového centra se dostavila klientka, která přichází kvůli problémům se svou 75letou matkou, u níž byla diagnostikována Alzheimerova demence. Matka žije ve společné domácnosti společně s rodinou klientky. Matka je v posledních měsících stále méně samostatná, před několika dny, když byla doma sama, nechala zapnutý plynový sporák. Klientka se přichází poradit, jak situaci dále řešit. V průběhu rozhovoru vychází najevo, že klientku nejvíce trápí postoj manžela, který vidí pouze jedno řešení – umístit matku klientky v ústavu. Klientka s ním nesouhlasí, snaží se hledat jiné řešení. Již se informovala na možné alternativy. Chtěla by o ni pečovat ve spolupráci s ošetřovatelskou službou, ale taková péče předpokládá, že se všichni členové rodiny budou muset přizpůsobit a akceptovat změny spojené s pobytem nemocné matky doma. Klientka vyjadřuje obavu, zda toto řešení rodina přijme.

Z průběhu rozhovoru vyplývá, že matčino onemocnění vyvádí celý rodinný systém z rovnováhy. Klientka musela, vzhledem k jejímu submisivnímu postavení v manželském vztahu, již požádáním o pomoc zvnějšku nabourat v rodině vžitě představy o její roli. Při rozhovoru postupujeme od aktuálního problému klientky. Klientka je schopna hledat řešení v praxi, větším problémem je pro ni prosadit je vůči manželovi a odrůstajícím dětem. Klientce je dále nabídnuta další možná pomoc ve formě párového nebo rodinného sezení, příp. poradenství ohledně matčiny nemoci.

Je důležité si uvědomit:

1. Psychika reaguje změnami i na organická postižení. Léčba těchto psychických změn spočívá vždy v léčbě základního onemocnění.
2. Změny vědomí (zastřené nebo obluzené vědomí) mohou vést k ohrožení základních životních funkcí. Vyžadují většinou lékařskou pomoc.
3. Nevratné, organicky podmíněné změny mozku vedou k závažným onemocněním, pro které neexistuje kauzální terapie (různé formy demencí, osobnostní změny v důsledku dlouhodobého organického postižení nebo chronické intoxika-

kace). Způsob přístupu k těmto nemocným může mnohdy významně napomoci příznivějšímu průběhu.

4. Tělesná onemocnění, zvláště s nevratným a smrtelným průběhem, mohou vést ke krizi celého rodinného systému. Příbuzní proto často potřebují psychologickou a psychosociální podporu.

25.3 Psychotický klient

Při službách na lince důvěry nebo v krizovém centru se pravidelně setkáváme s psychotickými klienty. Tato setkání se vyznačují jistou výjimečností a bizarností, čímž mohou vyvolávat i strach a obavy ze strany méně zkušených pracovníků.

Psychotické poruchy se vyznačují **ztrátou schopnosti rozlišovat vlastní prožitky a realitu**, objevují se proto psychopatologické fenomény jako **halucinace** (nereálné vnímání) a **bludy** (změny myšlenkového procesu s nereálným a nevyvratným obsahem). **Bludné myšlení je nevyvratné**, má nereálný obsah, jeho vznik se považuje za příznak nemoci. Prakticky důležité je, že bludné myšlení má vliv na jednání postiženého.

Nejčastějším případem takového prožívání je vztahovačnost (paranoidita). **Paranoidní** znamená v přesném slova smyslu „ne-rozumný“ (*para* – vedle, mimo; *noos* – rozum). Psychopatologicky se paranoiditou rozumí **bludná** – tedy chorobně podmíněná, nevyvratitelná **vztahovačnost**. Podstatou tohoto syndromu je změněná perspektiva ve vztahu já a světa. Běžně se nacházíme ve světě a s jeho součástmi vstupujeme svobodně do podstatných i nahodilých vazeb. V případě paranoidity se tato perspektiva obrací, takže svět začne oslovovat nás: nemáme volbu, vše nás ohrožuje. Můžeme si to představit na příkladu, který se běžně stává: Kdosi zavolá moje jméno. Otočím se s přesvědčením, že mne oslovil někdo známý. Vzápětí si však uvědomím, že jde o někoho jiného stejného jména. V případě paranoidity člověk setrvává v přesvědčení, že jde o něj osobně, není schopen „uvědomit si“, že se jej oslovení netýká, navíc má „oslovení“ univerzální a ohrožující charakter (ohrožuje ho celý svět).

Paranoidní syndrom se většinou projevuje formou **bludu pronásledování, stěžování, žárlivosti**, ale také přesvědčením o **ovlivňování** nebo **vkládání myšlenek zvnějšku**. Toto přesvědčení může být v rozdílné míře systemizované – od paranoidních nápadů až po nevyvratnou a neproniknutelnou paranoidní logiku prostupující celou klientovu zkušenost se světem. Sublimovaným příkladem takové logiky jsou teorie světových spiknutí.

Kromě těchto fenoménů dochází ke změnám afektivity, tj. emoční projevy mohou být neadekvátní nebo ochuzené, často se vyskytují ambivalentní, protichůdné, rozporuplné afekty. Změny prožívání omezují klienty v jeho sociálních a pracovních schopnostech a často vedou ke stažení do vlastního světa a k sociální izolaci.

Příklad: Na LD volá klient, psychiatrický pacient, sděluje, že z rádia vychází záření, které mu způsobuje bolesti břicha.

Důležité je, že v tomto případě je klient schopen sdělit své prožitky. Jde tedy o klienta, který má částečný náhled na chorobnost svých prožitků. V případě takového bludného myšlení se nesnažíme vyvracet jeho přesvědčení, protože blud má charakter nevývratnosti. Spíše se soustředíme na pocit ohrožení a úzkost klienta – asi se cítíte velmi ohrožen, když máte takové prožitky –, zároveň v klientovi podporujeme „zdravé momenty“ – co byste mohl udělat pro to, abyste se cítil bezpečněji?

Příklad: Do krizového centra přichází klient, při výzvě, aby šel dále do přijímací ordinace, zaváhá, začne si prohlížet obraz na zdi, pak učiní několik rychlých pohybů oběma rukama. Na další výzvu nereaguje, vyhýbá se očnímu kontaktu, po další výzvě vyskakuje otevřeným oknem do zahrady. Po několika hodinách opět přichází, chová se mírně agresivně bez jakékoli souvislosti s reálnými okolnostmi.

Projev psychotického klienta na lince důvěry může být velmi mnohotvárný. Akutně psychotický klient velmi těžko navazuje kontakt, je často úzkostný, může reagovat nepřiměřeně situaci, veden svými vnitřními prožitky. Když není akutně psychotický, jeho projev může působit strojeně, monotónně, bez přiměřeného emočního doprovodu, klient může být ve značném napětí, které lze obtížně zmírnit běžnými technikami práce s hlasem a tempem řeči, udržování kontaktu vyžaduje mnohem větší míru trpělivosti, schopnost klienta vést dialog je podstatně snížena výraznou úzkostí a psychotickými prožitky. Rozhovor se někdy může pohybovat v kruhu, klient může volat opakovaně se stejným problémem. Svou úporností a absencí vnímání protějšku může někdy takový projev vést k nečekaným emočním reakcím u naslouchajícího. Pro praxi je důležité, že psychotické prožívání představuje závažnou poruchu z několika důvodů:

1. klient vnímá realitu bludně, tzn. podstatně zkresleným způsobem, což může vést k ohrožení klienta nebo jeho okolí;
2. pro klienta představuje tento stav poměrně vysokou míru utrpení;
3. klient může být významně omezen v každodenních nutných činnostech.

Při krizové intervenci je třeba si uvědomit, že akutní psychotické stavy vyžadují lékařskou péči (psychiatrickou léčbu). Z psychiatrického hlediska je nutné při výskytu psychózy vyloučit možné organické příčiny, po stanovení diagnózy intervenovat farmakologicky. Smyslem takové léčby je snížit utrpení postiženého, obnovit narušené vnímání a myšlení a předejít dalšímu rozvoji onemocnění.

Psychotické poruchy mají velmi **mnohotvárný průběh**. Vzhledem k tomu, že jde často o chronická onemocnění, trvající i desetiletí, vznikající krizové situace závažnější na průběhu a stadiu nemoci. **Na počátku nebo v průběhu nemoci** se často vyskytuje **akutní psychotická ataka**, která trvá dny až týdny, a po adekvátní

léčbě odezní. Asi ve 2/3 případů se tyto psychotické epizody opakují. Může docházet k částečnému postižení psychických funkcí.

Příklad: Volající byl celou noc ohrožován nožem psychotickou manželkou. Její nemoc trvá již pět let, manželka chorobně žárlí, doprovází ho i do zaměstnání. Jeden ze synů je též v péči psychiatra. Volající líčí situaci velmi obsáhle a rozvážně. Manželku prý není možné dostat do léčebny, nemá telefon, aby přivolal záchranou službu, nemá klíč od bytu, manželka je tam má jako v pasti. Žádá o přivolání RZS.

V tomto případě jde o dlouhotrvající průběh psychotického onemocnění. Manžel popisuje akutní stav, při kterém vystupňování příznaků vede k agresivnímu chování manželky. Manžel se cítí ohrožený jejím chováním. Vzhledem k poznámce o rozvážném a obsáhlém líčení situace volajícím vystupuje do popředí rozpor mezi dramaticností situace a jeho jednáním. Můžeme si vytvářet hypotézy o vzájemném vztahu manželů, o podílu manžela na vystupňování situace, o „všednosti“ takových situací v rodině. Z hlediska krizové intervence je namístě volat podle zakázky manžela rychlou záchranou službu. Z psychiatrického hlediska lze podle dlouhodobého průběhu a chorobné žárlivosti usuzovat, že jde pravděpodobně o **chronickou formu schizofrenie**, ale může jít i o paranoidní psychózu v rámci syndromu závislosti na ethylalkoholu nebo o trvalou poruchu s bludy či smíšenou psychózu. Vzhledem k možnému reálnému ohrožení rodinných příslušníků je namístě doporučit okamžitou návštěvu krizového centra. Dá se předpokládat, že manželka odmítne návštěvu, protože v akutním stavu nemá náhled na své obtíže, a vysvětlení, že potřebuje pomoc, pravděpodobně nebude akceptovat. Je tedy na místě doporučit volajícímu, aby manželku přiměl k návštěvě s tím, že jde o společnou konzultaci manželů. V případě, že se nepodaří zajistit osobní návštěvu v krizovém centru, je namístě výjezd pracovníků krizového centra do rodiny (je-li to možné) anebo převoz klientky do léčebny ve spolupráci se záchranou službou.

V mnohých případech akutně psychotických klientů je z psychiatrického hlediska nutné klienta nedobrovolně hospitalizovat v psychiatrické léčebně. Podle občanského zákoníku lze k takovému opatření přistoupit při nebezpečí ohrožení života ze zdravotních důvodů nebo ohrožuje-li klient svým jednáním sebe či okolí. Při převozu do léčebny pak doprovod zajišťuje policie společně s pracovníky záchrané služby. Lékař může v odůvodněných případech zadržet pacienta nedobrovolně a soud musí do 24 hodin rozhodnout o další nedobrovolné léčbě.

Příklad: Třiapadesátiletý bratr klientky, volající na linku důvěry, trpí schizofrenií. Bratr žije s jejích maminkou a je velmi agresivní. Maminka (83 let) žádala dceru, aby zařídila hospitalizaci. Vztahy v rodině jsou velmi komplikované. Bratr má prý bludy a myslí si, že sestra ho u matky pomlouvá. Nedovolí, aby z domu někdo volal doktora. Řekl jí, že když prý někdo přijede, bude úplně normální, a nikdo jim nebude věřit. Maminka vše velmi těžce prožívá, nemůže spát, užívá Defobin. Tato situace trvá již několik let. Je jí doporučeno, aby přišla do krizového centra, kde se domluví další postup, příp. výjezd do rodiny.

U dlouhodobého, letitého průběhu schizofrenie dochází k takové **sociální adaptaci**, že nemocný dokáže účelově kontrolovat své jednání. Jde o tzv. podvojný účetnictví: postižený se podle situace chová přizpůsobeně nebo chorobně. Tato situace je náročná a zatěžující především pro jeho nejbližší okolí. Navíc získat klienta pro léčbu je obtížné, protože i ve vztahu k psychiatrovi či jiným pomáhajícím pracovníkům vystupuje dvojnásobně. Je zapotřebí dlouhodobého a trpělivého úsilí, aby klient začal spolupracovat. Vždy je namístě pracovat s členy rodiny, kteří většinou také o pomoc žádají, což může motivovat i pacienta ke spolupráci.

Příklad: Na linku důvěry volá klientka, která se 11 let léčí pro schizoafektivní psychózu. Ke svému psychiatrovi cítí velkou důvěru. Zítra ho navštíví. Volá proto, že se „rozjela“ po týdenním hipoterapeutickém pobytu. Teď nemůže spát a potřebuje se nějak zklidnit, aby nerušila rodinu.

Na tomto příkladě vidíme, že klientka má nejen náhled na své obtíže, ale vnímá i potřeby okolí. Významnou úlohu v tom jistě hraje dlouhodobá léčba s nosným terapeutickým vztahem. Klientka sama pojmenovává své obtíže. Na pozadí tohoto sdělení je jistě významné, že nespavost a vnitřní neklid jsou často varovné příznaky, které předcházejí akutní psychotické atace. V tomto případě se však spíše jedná o dozrívání zážitků z pobytu. Je zajímavé, že psychotické epizody jsou vyvolávány nejen stresem, které vyvolávají nepříjemné a bolestné události, ale i události radostné a příjemné. V podstatě jde o emocionální zátěž, kterou klient není schopen integrovat, zpracovat. Intervence spočívá v rozhovoru s klientkou o jejich zážitcích při pobytu, vyslechnout ji, poskytnout jí prostor. Dojde-li alespoň k částečnému zklidnění, je možné po vyslechnutí klientky probrat s ní její rituály před usínáním, případně nějaký navrhnout. Z psychiatrického hlediska mohou zmíněné příznaky předcházet zhoršení základního onemocnění. Protože jde o dobře spolupracující klientku, mohl by psychiatr doporučit po rozhovoru s klientkou medikaci, která bude mít stabilizující vliv na psychický stav klientky. Slovem často není možné usměrnit rozvíjející se psychotický stav.

Na konkrétních příkladech vidíme, že na linku důvěry se většinou obracují příbuzní lidé, kteří jsou akutně psychotičtí. Klient volající na LD si obvykle zachovává alespoň částečnou schopnost slovního kontaktu. Zvláště v akutních případech jde tedy často o zprostředkovaný obraz celkové situace. Při krizové intervenci tváří v tvář může dojít, vyžaduje-li to stav klienta, k nedobrovolné hospitalizaci. Té obvykle předchází i otevřená konfrontace s klientem, který buď odmítá pomoc, nebo k nim má protichůdné postoje. Vyhrocené situace se při setkání mohou vyskytnout v případě nesouhlasu klienta s léčbou. Pracovník krizového centra doporučuje většinou po poskytnutí základní krizové intervence akutně psychotického klienta do péče psychiatra.

Příklad: Do krizového centra přichází velký muž – dlouhodobě léčený klient pro poruchu nálady. Přichází v doprovodu své manželky a její kamarádky. Již několik nocí nespál, působí euforicky, vtipkuje, jeho celkový projev působí exaltovaně a zrychleně.

Klient chce hovořit s psychiatrem, kterého žádá o aplikaci neuroleptik. Když se však výkon chystá, klient se začíná chovat dětinsky, má z injekce strach, staví se do bojovného postoje. Začíná se bránit i fyzicky. Situace se dramatizuje. Odchází bez aplikovaného léku, druhý den však přichází znovu, tentokrát si nechá aplikovat injekci.

Na příkladu vidíme, jak může být postoj psychotického klienta rozporuplný. Především nemůžeme předpokládat, že se klienti v takovéto situaci budou chovat „rozumně“. Z hlediska klienta je v sázce mnohé: u psychiatrických pacientů může být představa hospitalizace odstrašující, na druhé straně většinou tuší a často vědí ze zkušenosti, že je medikamentózní pomoc, příp. hospitalizace nutná. Jakmile jsou však konfrontováni s tím, že se tato možnost stává realitou, začínají se bránit, snaží se hospitalizaci vyhnout, jednájí zkratově. Také v důsledku svých neblahých minulých zkušeností s nedobrovolnou hospitalizací, které zvyšují stres v této situaci. Avšak překonání odporu obvykle nevyžaduje příliš úsilí při rozhodném a důsledném postupu.

Zvládání takových situací je velmi závislé na chování pomáhajících, na jejich vlastním přesvědčení o nutnosti hospitalizace, ale i na jejich pochybnostech a zkušenostech. V těchto případech je vždy dobré znát svoje vlastní postoje, být si vědom vlastního strachu z fyzického násilí, který mne chrání před tím, abych se nestal obětí. Profesionálové nejsou ušetřeni tohoto strachu, avšak je nutné s ním zacházet profesionálně – dokázat odhadnout reálné nebezpečí, nevystavovat se nadměrnému nebezpečí, řešit situace týmově, znát vlastní meze a umět přivolat pomoc. Tyto aspekty se nejvíce projeví v rámci týmové spolupráce. V týmu je dobré tyto situace diskutovat, mít rozvrženy role ve vypjatých situacích. V krizovém centru jsou to situace standardní. Jistota souhry členů zabraňuje též eskalaci násilí. Je třeba si uvědomit, že nejčastější obětí násilností ze strany duševně nemocných jsou právě příbuzní, nikoli psychiatrický personál.

Pravidla zacházení s agresivitou

1. Vždy se snažíme realisticky odhadnout situaci, orientujeme se při tom podle psychického stavu klienta, jeho verbálních vyjádření (výhrůžky, impulzivní reakce, psychomotorická aktivita, aktuální schopnost klienta kontrolovat vlastní impulzy a integrovat rozporuplné pocity), ale i podle reakcí příbuzných a vlastních emocí (strach).
2. Jestliže pacient reaguje podrážděně nebo nadávkami, je lépe mimo jeho přítomnost dohodnout předem připravený scénář, držet se ho, mít dohodnuté role a signály.
3. Klienta zavedeme do bezpečné místnosti nebo otevřeného prostoru.
4. Situaci co nejvíce strukturujeme, abychom nejasnostmi nezvyšovali klientovu úzkost.
5. Činíme co nejjednodušší a cílené úkony (např. k převozu do léčebny).
6. Redukujeme rušivé podněty z prostředí (zvonění telefonu, hovor s jinými klienty...).

7. Při rozhovoru udržujeme verbální kontakt s pacientem, podle reakcí klienta intervenujeme takovým způsobem, abychom snižovali úroveň vzrušení a úzkosti.
8. Před násilím chráníme nejen sebe, ale i klienta, příp. ostatní klienty.

Tato pravidla uvádíme zde, protože v krizovém centru nastávají tyto vypjaté situace především při ošetření akutních psychóz, avšak tím nechci podporovat mýtus, že duševně nemocní jsou násilnější než jiní pachatelé agresivních činů.

Agresivita se však může obrátit i proti osobě klienta. U psychotického klienta může být sebevražedné jednání přímo obsahem jeho psychotických prožitků, tzn. hlasy mohou např. klientovi přikazovat, aby skočil pod auto nebo z okna. I při kritickém postoji klienta k takovým projevům je nutno takové projevy posuzovat vždy jako vysoce rizikové. Schizofrenie se podílí 2–12 % na všech dokonaných suicidiích, 2–17 % na všech suicidálních pokusech. Suicidalita u schizofrenií je tedy podstatně vyšší než v normální populaci.

25.4 Depresivní klient

Depresivní stavy jsou svým původem, vznikem, průběhem a léčbou velmi různorodé. Mohou se vyskytovat reaktivně v obtížných životních situacích, především po ztrátě blízkých lidí, po jiných nepříznivých životních událostech (manželská nebo partnerská krize, rozvod, ztráta zaměstnání atd.). Vznikají však i bez jasného vyvolávajícího podnětu většinou po 30. roce života. Mohou probíhat epizodicky nebo periodicky, ale i dlouhodobě na osobnostním základě. Depresivní příznaky se mohou vyskytovat v rámci jiných duševních onemocnění, např. u schizofrenie, mohou však také doprovázet některá jiná onemocnění.

Deprese se vyznačuje stísněnou náladou, zoufalstvím, úzkostí, strachem, pocitem prázdnoty. Dochází ke zpomalení a útlumu psychických funkcí, anebo též k úzkostnému vystupňování neklidu klienta. Deprese vede ke zhoršení koncentrace pozornosti s následnými poruchami paměti, k neproduktivnímu, bezcílnému a nutkavému přemýšlení, které může být odtrženo od reality a nabývat bludného charakteru (nemocný se nereálně podceňuje, nic nemá smysl, nemocný se obviňuje za to, co nemohl reálně způsobit, je přesvědčen o tom, že je nemocný, aniž by to bylo reálně podloženo). Pravidelně se vyskytují i tělesné příznaky jako poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, pocit tlaku v srdeční krajině, bolesti hlavy, břicha a žaludeční potíže. Depresivní prožívání je úzce spojeno s pocitem smutku, viny a úzkosti.

Příklad: Na linku důvěry volá muž, že jeho přítelkyně má už třetí den deprese – je skleslá, nechce vycházet ven, potravu přijímá. Tento stav se u ní objevil již mnohokrát, většinou odezní spontánně po 3–4 dnech, ale několikrát už musela být přijata na kliniku. Má svého psychiatra, ale ten je teď na dovolené.

Příklad: Na linku důvěry volá matka 39leté ženy, lékařky na onkologii. Dcera je prý asi rok „depressivní“, s periodickými výkyvy. Prý nechce nikam jít, říká, že jí to stejně nepomůže. Na psychiatrii prý dcera kdysi byla, ale nebyla s tím spokojená. Volající přesto hledá alespoň nějakou možnost osobního kontaktu pro dceru, a proto se obrací na nás. Pracovník LD se ptá matky na důvod dceřiny nespokojenosti na psychiatrii – zmiňuje neosobní jednání lékaře, léky, které nezabíraly, a tak je po měsíci přestala brát. Pak probírá s volající krok za krokem, jak by mohla s dcerou mluvit o přednostech návštěvy u odborníka – což je možné v krizovém centru anebo u někoho, kdo bude pečlivěji vybrán. Nabídnuť též návštěva v krizovém centru, která by právě mohla dceři usnadnit ten další krok, najít vhodného lékaře.

Příklady ukazují některé momenty, které jsou typické pro klienty s depresí. V případě depresivních klientů se často stává, že klient je přiveden partnerem nebo příbuzným. Jde přitom nejen obecně o starost a obavy o druhého, ale ve většině případů i o specifickou párovou dynamiku (manžel – manželka, matka – dcera...). Volající příbuzní klientů došli k závěru, že sami situaci s ním nezvládnou. Je to velmi důležitý moment zvratu jejich párové dynamiky. Dalším momentem je problém kontaktu s klientem, resp. problém depresivního stažení ze sociálního pole. Partneři a příbuzní mohou v těchto případech zprostředkovat kontakt, který by však měl vést i k osobní, nebo podle situace ještě lépe ke společné konzultaci tváří v tvář. V těchto případech je vždy potřeba obrnit se trpělivostí a kráčet pomalými krůčky.

Depresivní chování často vzbuzuje v pomáhajících rozdílné reakce a postoje, které není vždy jednoduché zpracovat. Klient nám může připadat velmi zatěžující svými nářky, na druhé straně může pomáhající pociťovat odmítání ze strany klienta, případně vlastní bezmoc atd. Někteří depresivní klienti mohou být naopak vnímáni jako příjemní – zvláště když plní jen očekávání pomáhajících. V tomto případě však zůstávají klienti se svými problémy sami, což může mít fatální důsledky.

V rámci krizové intervence u depresivních obtíží je vždy nutné mít na paměti **možné sebevražedné jednání klienta**. Mezi duševními onemocněními je největší podíl sebevražedného jednání právě u depresivních poruch (40–70 %). Touto problematikou se zabývá příslušná kapitola v této knize, zde chci pouze zopakovat některé známky a rizikové faktory sebevražedného jednání u deprese: u depresivního pacienta je nutné být vnímavý k možným nepřímým nebo přímým sebevražedným známkám.

Riziko sebevraždy se zvyšuje, když klient:

1. Hovoří o sebevražedných motivech, případně plánuje nebo připravuje sebevraždu.
2. Má nutkavé (pasivně se vnucující) suicidální myšlenky.
3. Deprese má psychotický ráz (nihilistická, autoakuační bludná produkce).
4. Vyhýbá se tématu suicidia poté, co předtím hovořil o suicidálních motivech, nebo tématu „vymizelo“, případně došlo k „zázračnému zlepšení“.
5. Má příznaky: výraznou úzkost, agitovanost, pocitem viny a nedostatečnosti, dlouhotrvající nespavost.
6. Je v počínající nebo odeznívající depresivní fázi.
7. Má diagnózu „endogenní“ deprese s předcházejícími častými hospitalizacemi.