

81. Psychoterapeutická intervence v životních krizích

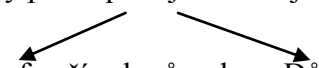
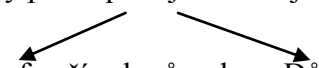
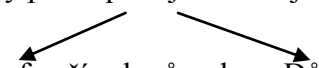
(Pojetí „krize“ a její podoby v osobním a rodinném životě. Potřeba a možnosti psychologické pomoci. Zásady a metody účinné intervence.)

Krize:

- z řeckého *krinó* – oddělit, vybrat, latinské *crisis* = rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek;
- **Gerard Caplan**: "Krize vzniká, když se člověk na cestě za důležitými životními cíli setká s takovou překážkou, kterou není schopen překonat obvyklými metodami řešení problémů. Pak nastane osobní dezorganizace a zmatek s marnými pokusy o řešení."
- = situace s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. **Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání** → je zároveň nebezpečím i příležitostí.
- Nebezpečím je nezvládnutá krize → chronifikuje a zpravidla ústí ve zdravotní obtíže psychického nebo psychosomatického rázu.
- v pst. praxi se setkáváme s **maskovanými krizemi**, např. jako nevysvětlitelná únava, ztráta schopnosti se radovat se, nebo jako psychosomatické obtíže.

Spouštěče krize:

Spouštěče krize (podle Klimpla, 1998)

Krize z životních změn (vývojové)	Situační - traumatické krize		
<ul style="list-style-type: none"> - puberta - odchod z rodiny rodičů - sňatek - narození dětí - stěhování - změna zaměstnání - klimakterium - stárnutí - penzionování 	<ul style="list-style-type: none"> - smrt blízké osoby - partnerské problémy (rozchod, nevěra) - zdravotní problémy (těžká nemoc vlastní či blízké osoby, narození postiženého dítěte, nezvratná invalidita) - sociální trauma (výpověď, nezaměstnanost) - oběť, svědek násilí (pohlav. zneužití, znásilnění) - soudní stíhání, věznění - zážitky predisponující rozvojem PTSD: <ul style="list-style-type: none"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> <tr> <td style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Katastrofy přírod. původu</p> <ul style="list-style-type: none"> - zemětřesení - záplavy - tornáda zkušenost... </div> <div style="width: 45%;"> <p>Důsledky lidské činnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyhlazovací tábory - mučení - válečná </div> </td> </tr> </table> 		<div style="width: 45%;"> <p>Katastrofy přírod. původu</p> <ul style="list-style-type: none"> - zemětřesení - záplavy - tornáda zkušenost... </div> <div style="width: 45%;"> <p>Důsledky lidské činnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyhlazovací tábory - mučení - válečná </div>
			
<div style="width: 45%;"> <p>Katastrofy přírod. původu</p> <ul style="list-style-type: none"> - zemětřesení - záplavy - tornáda zkušenost... </div> <div style="width: 45%;"> <p>Důsledky lidské činnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyhlazovací tábory - mučení - válečná </div>			

- vodítko k odhadnutí míry zátěže poskytuje **tabulka životních událostí Holmesa a Rahea** (viz příloha č. 1).

Krize v jednotlivých životních obdobích

Krize v dětství

- Po narození dítě nevnímá rozdíl mezi sebou a matkou, je na matce závislé. Prochází mnoha etapami: uvědomování si sebe sama, osamostatňování, fáze vzdoru - snaha prosadit se...

Úspěch či neúspěch těchto prvních kroků za samostatností má **obrovský vliv na zdárné řešení krizí v budoucnu**. Proto nutno zdůraznit **význam rodičovského přístupu a výchovy**.

- Dítě bytostně vyžaduje pocit bezpečí a jistoty, avšak nadměrná ochrana je spíše ke škodě. Je chybou, pokud matka brání dítěti v jeho přirozeném vývoji, z důvodu obav či přivlastňovacích pocitů, dítěti nedovolí prozkoumávat okolí, nebo naopak dítě ve všem předběhne a sama za něj vše udělá. Na druhé straně je ale třeba odhadnout všechna rizika, která by dítěti hrozila.

Dítě, které je ve svém objeovávání a samostatnosti omezováno, vyrůstá v úzkostného člověka, který se drží opodál, nebo naopak nedokáže odhadovat životní rizika. I nadměrné přetěžování ctižádostivými rodiči či školou může vyvolávat úzkostné stavy.

- Vzdorovitost dětí a mladých lidí je jen tichou prosbou o změnu či o pomoc. Nemají ještě zkušenosti dospělých, a tak své pocity dávají najevo často nevybíravými způsoby. Je to jediný způsob, jakým dokáží negativní pocity a problémy řešit, a proto nemá smysl se na ně zlobit. Je nutné hledat příčinu takového chování.

- Čím mladší je dítě, tím rychleji se krize, stejně jako všechny psychické problémy, projevuje na úrovni těla nebo na úrovni chování.

Některé náročné životní situace v dětství:

- narození sourozence (žárlivost, strach o ztrátu pozornosti a lásky, nová identita dítěte)
- nemoc dítěte nebo jiného člena rodiny
- odloučení od rodičů; adopce; umístění do ústavního zařízení
- týrání a zneužívání
- nástup do výchovně-vzdělávacích institucí (školka, škola, družina)
- rozvod či rozchod rodičů, nevlastní rodič
- smrt rodičů nebo jiných blízkých

Projevy a důsledky krize mohou mít nejrůznější podobu – por. řeči, koktavost, tiky, křeče, pomočování, nezvyklé sex. projevy, pokusy o sebevraždu, sebepoškozování, por. spánku, problémy při hře, škol. selhávání, krádeže, agresivita, konflikty, deprese, afektivní záchvaty.

Pubertální krize

- dochází k výrazným tělesným změnám v důsledku produkce hormonů. Už tato samotná zkušenost vede k prožívání úzkosti, nejistoty. Pomalu odchází čas dětství mající svůj řád → jistoty se hroutí a nastává nové období. Pro toto období je charakteristické:

- střídání nálad, strachy, obavy, vzdor, negativismus, zábrany, pocity osamělosti, pasivita, nespokojenost, nenávisť i sebenenávisť, snaha odlišit se od ostatních, snaha o prosazení se. Ostych a plachost překrývají vulgarismy, hrubost a vzájemné shazování se. Dospívající hledá sebe sama, narůstá potřeba partnerského vztahu a potřeba osamostatnění se. Významným rysem tohoto období je **touha po spravedlnosti**. Mladý člověk dokáže vnímat nespravedlnost všude tam, kde si na ni dospělí již zvykli a bohužel také na místech, kde nikdy nebyla. Není náhodou, že většinu společenských změn na celém světě rozproudili právě mladí lidé.

- **dítě, které neprošlo pubertální krizí, si ji mnohem problematičtěji a hůře prožije v pozdějších letech** bez samozřejmé podpory a pochopení okolí. Pokud se v tomto období sejde více nepříznivých okolností, mohou vnitřní zmatky vyústit až v **depresivní prožívání**.
- chybí životní zkušenosti, jak vzniklé problémy řešit, proto se často vyskytují **sebevraždy**.
- Dospívající toužící po dokonalosti nejčastěji trpí úzkostí a trémou, protože dokonalosti dosáhnout nemůže. Takové chování zůstává okolím většinou nepovšimnuto.
- Způsob jak se s vnitřní nejistotou vyrovnat je pubertální chování - hlučné vystupování, suverenita, napodobování dospělých, negace všeho... Časté jsou **experimenty s omamnými a psychotropními látkami, alkoholem a cigaretami**. Toto chování vede k četným konfliktům s okolím, hl. v rodině. Časté konflikty mohou vyústit až v **rodinnou krizi**.

Krize středního věku

- Mezi **40 – 55 lety** - střední věk. Člověk získal sociální postavení, vybudoval si postoj k životu, má své ideály a určité vzorce chování. Většinou začne **bilancovat dosavadní život**, úspěchy a neúspěchy, splnění vytyčených cílů. Také si uvědomuje, **že některých cílů již nedosáhne**. Má bohaté životní zkušenosti, ale není schopen přijmout kvalitativní změny, které život právě přináší.
- První fyziologické projevy **stárnutí a zdravotní obtíže**. Proto je toto období často krizovým. Pokud je člověk vyrovnaný, dokáže přijmout skutečnost, že mládí je pryč a snaží se ze současné situace vytěžit maximum.
- **Odmítnutí zestárnout** - snaží se obelstít přírodu, ale hl. sám sebe a dokazuje celému světu, že je stále mladý --- sklony k náhlým a násilným změnám životního stylu, zpretrhání partnerských svazků a okamžité navazování nových. **Touha udělat tlustou čáru za svým životem a začít znova**. Ale pokud člověk svou krizi neřeší okamžitě a tuto etapu přeskočí, zakládá si na celou řadu krizí příštích.
- **Rezignace a útěk do nemoci** – je opačným protipólem extrémního přístupu ke krizi. Nemoc otevírá prostor pro „oprávněné nároky“ a svět se opět točí kolem něho. Sice dělá vše pro to, aby se uzdravil, ale vnitřně podvědomě proti této své snaze bojuje, protože vzdát se nemoci znamená vzdát se pozice jakési moci nad svými blízkými.
- Nejčastější poruchou tohoto věku jsou **deprese**. Zjednodušeně lze říci, že pokud člověk neprojde naplno svými krizemi a neprožije ztráty s nimi související, může se u něj projevit chorobná porucha nálady. Úspěšné léčebné postupy tohoto typu depresí se proto snaží evokovat krizové momenty, které si nemocný nepřipustil, a tedy je „neodžil“.
- **syndrom prázdného hnízda** - souvisí s odchodem dětí z domova a pocitem prázdnoty

Krize stáří

- opět **vzrůstá potřeba jistoty a bezpečí a také závislosti na ostatních lidech**. Člověk si více než kdy předtím uvědomuje svou zranitelnost a pomíjivost...
- Přicházejí nejrůznější zdravotní obtíže a s nimi také dopady na psychiku.
- Mnoho lidí je na sklonku svého života osamělých. Odchází životní partner, stejně jako přátelé a známi stejné generace a zároveň přichází pocity prázdnoty. Vše ještě zhoršuje, pokud je takový člověk osamělý, bez rodinného zázemí. Krize stáří může vyvolávat vedle nemoci také oslabení, vyčerpání, závislost, nemožnost uspokojit základní lidské potřeby.

Typologie krizí:

Situační krize – událost, která je spuštěná nepředvídatelným stresem;

- situace ztráty a její hrozby (ztráta zdraví, blízkého člověka, obava z neúspěchu při zkoušce, nemožnost pokračovat v nějaké činnosti apod.).
- situace změn a jejich anticipace (rozvod, změna postavení v zaměstnání, stěhování...)
- volba (mezi dvěma partnery či partnerkami, rozhod. o budoucím studiu apod.)

Tranzitorní krize – z očekávaných životních změn; přestup z jedné životní etapy do druhé

- růst a zrání – buď v rámci života jednotlivce (puberta, adolescence, klimakterium...) nebo rodiny (výběr partnera, sňatek, narození prvního dítěte...)

- **fáze psychosociálního vývoje jedince dle E.H.Eriksona** – viz příloha č. 2

- **životní cyklus rodiny** – rodina prochází změnami, dochází ke krizím a přechodným obdobím, např. narození dítěte - týká se to každého člena, pro každého to přináší úkoly a změny. Podaří-li se je zvládnout, může vzniknout v rodině nová rovnováha a stabilita. Je-li to obtížné, vzniká krize. (Rodinný životní cyklus viz příloha č. 3)

Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru – vyvolány mocnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a nad nimiž nemá téměř žádnou kontrolu. Často doprovázeny zdrcením a ochromením. Např. náhlé úmrtí blízké osoby, znásilnění, přírodní katastrofy, válečný stres apod. Událost tohoto druhu je zpravidla nová a neznámá a člověk na ni tudíž dopředu nemá vytvořený vzorec chování.

Krize zrání, vývojové – přichází obvykle tam, kde nemohla zdárným způsobem proběhnout krize tranzitorní; člověk je ohrožen ve svém vývoji (např. PPP, zneužívání drog...)

Krize v kontextu psychopatologie – lidé duševně nemocní jsou obecně zranitelnější, jsou v určitém smyslu hůře vybavení k tomu zvládat zátěž a vývojové nároky.

Z psychodynamického hlediska má tato krize rovněž podklad v neřešených nebo provizorně řešených vývojových otázkách, kořeny obtíží jsou patrně v ranějších vývojových stádiích. Sklon ke krizím častěji u osob s PO nebo se závažnými neurotickými obtížemi, jedince se závislostí a alkoholu nebo drogách, klienty s tzv. velkou depresí či psychózou apod.

Neodkladné krizové stavy – naléhavé, akutní stavy (akutní psychotické stavy, intoxikace, suicidální jednání, nekontrolovatelná zlost a agrese, panická úzkost, akutní stresové reakce).

Kumulované (chronické krize) – nastávají, pokud člověk nevyřešil vývojové krize, nebo je zpracoval nedostatečně. V kumulovanou může přejít těžší krize situační, která se zastavila ve fázi emoční reakce (např. byl zastaven nebo zcela přeskočen proces truchlení).

- V mnohém připomíná intenzivní akutní krizi. Proto je nutné si při intervenci položit základní otázku: Jak dlouho problémy trvají?

Dif.dg. Akutní krize probíhá v rozmezí 6 – 8 týdnů, agresivita, zlost, úzkost, orientace na budoucnost x **Kumulovaná krize** může přetrvávat i několik let, apatie, deprese, nedostatek energie, sebelítost i obviňování jiných, neřešení problémů.

Krise Smyslu a hodnot – změna životních hodnot může nasměrovat jedince ke krizi. Např. když je potlačováno spontánní chování, ve chvíli života v jiné kultuře, při ztrátě autority, či důvěry k někomu, při ztrátě víry, apod.

- **Frankl** pokládal za nejdůležitější motivační hodnotu člověka **vůli ke smyslu**. Podle něj v životě každého člověka však mohou nastat situace, kdy ztrácí dosavadní životní hodnoty. Smysl už člověka nenaplňuje – chybí a ten neví jak dál. Dochází k **existenciální frustraci**, která může vést až k neuróze (**noogenní neuróza**). Podle logoterapie, existují 3 hlavní cesty ke smyslu: prožívání něčeho cenného (vztahy), tvorba hodnot a zastávání nejvnitřnějších přesvědčení, zvláště o hodnotě života.

Zvládání krizi

- **rezignace** - zcela pasivní, trpná odevzdanost bez tvořivého řešení situace
- **akceptace** - přijetí skutečnosti "tak jak je"; lze ji i odmítnout -neakceptace - či přijmout nesprávně - malakceptace
- **akomodace** - podrobení se novým požadavkům
- **adaptace** - přizpůsobení se novým podmínkám s vyšší mírou aktivity
- **kompence**, adjustace
- **coping** (aktivní zvládání) - vrcholný termín v oblasti boje se stresem, vyjadřuje i nejvyšší míru tvořivé aktivity v krizi. Člověk je zde prvořadým aktérem, využívá vlastních pokusů a samozřejmě i pomoc ostatních.

Psychopatologie krize a použití psychofarmak

- Psychiatři u klientů v krizi obvykle diagnostikují **poruchu přizpůsobení**. U dospělých odeznívá obvykle do šesti měsíců, u třetiny však přetrvává i po roce.

Typické symptomy:

1. **symptomy zvýšeného vnitřního napětí** (poruchy spánku, narušení koncentrace pozornosti, neklid, úlekové reakce, bolesti hlavy, zvýšení svalového napětí a TK aj.)
2. **symptomy úzkosti/ strachu** (tachykardie, dušnost, knedlík v hrdle, motorický neklid, nutkavá pracovní aktivita, nechutenství aj.)
3. **symptomy depresivního ladění** (dysforická nálada, adynamie, pasivita, ztráta schop. vnímat radost a potěšení, pocity viny, stěhovavé bolesti, dysurie, obstrukce aj.).

Patologický vývoj krize:

- chronický neurotický (útěk do nemoci) – účelové udržování psychopatologie (vědomé či nevědomé), např. vyhýbání se zodpovědnosti, ovládání okolí, vynucení si péče;
- do psychózy – u latentních psychotiků nebo tranzientní psychózy při nadlimitní zátěži;
- do návykového chování – původně s cílem odstranit tenzi;
- do PTSD
- do somatoformní poruchy
- suicidální – varovnými příznaky bývá zúžení subj. prostoru - tunelové vidění problematiky, negativní bilancování, potlačení agresivity, sebevražedné fantazie a sny

Psychofarmakologická léčba v rámci krize: opatrný přístup k farmakům podávaným v rámci KI → ztratíme cenný zdroj informací o tom, co jedinec prožívá, co je součástí krize. Klientovi „darujeme“ úlevu, již by měl dosáhnout svou vlastní aktivní prací na krizi.

Adaptační poruchy z psychodynamického hlediska

- Jedním z nejvýznamnějších nepříznivých raných zážitků je ztráta blízké osoby nebo její lásky či zájmu – **separační trauma**, které má souvislost s pozdějším vznikem úzkostných poruch a deprese. Tyto zážitky ovlivňují celkovou stabilitu psychiky jedince a mohou být později aktivovány spouštěčem, který má podobné znaky jako prvotní trauma.

- Při traumatu se aktivizují **obránné mechanismy**, sloužící pro vyrovnávání. Přítomna je regrese na vývojově ranější a primitivnější způsoby psychického fungování a využití ranějších obran (nejranější je psychotická hloubka, zralější je hraniční uspořádání, následují depresivní a neurotické hladiny a nakonec zralé obrany):

Osobnostní reakce na krizi představují převážně nevědomě probíhající obranné mechanismy:

- **Psychotické obrany** mají velmi omezenou adaptivní hodnotu, jsou vždy patologické (nejde však o psychózu v obvyklém smyslu).

- **bludné projekce** - hrubé zkreslení reality, vlastní nežád. impulsy jsou přisuzovány jiným
- **distorze** - zkreslením reality dochází k jejímu přizpůsobení vlastním představám
- **popření** např. smrt je zpracována jako dočasná nepřítomnost.

- **Nezralé obrany** - velmi časté (na rozdíl od psychotických) a příležitostně u každého.

- **Projekce** - připsání vlastních impulsů jinému („špatní jsou ti druzí“), je mimořádně častá.
- **Únik do fantazie** - spoléhání na zásah zvenčí (víra, pověrečné myšlení), denní snění...
- **Agování** - mimořádně časté = přímý převod citění do jednání, jednání bez rozhodovacího procesu (útěk, potulka, agrese - často v opilosti či intoxikaci, autoagresivní chování).
- **Pasivně agresivní chování** – nevědomým smyslem je přenést vlastní zlostné impulsy na druhou osobu prostřednictvím „činění dobra“.
- **Hypochondrie**

- **Neurotické obrany** užívá mnoho lidí (nelze zaměňovat s neurózou).

- **Intelektualizace** - snaha zacházet s emocemi formálním způsobem (např. u lékaře při sdělení úmrtí pacienta)
- **Racionalizace** - vysvětlí chování prostřednictvím zdánlivých motivů
- **Afektualizace** - opak intelektualizace a racionalizace = přemotionalizování; emoce zde mají pomoci „obejít“ a ovládnout obávaný afekt.
- **Přemístění afektu** – nežádoucí, nedovolené nebo nepřijatelné afekty jsou přeneseny ze skutečného zdroje na jiný objekt.
- **Oddělení emoční reakce od bezprostředních obsahů a spojení s jinými** - souvisí s neurózami v klinickém smyslu. Typickým příkladem je vypracování **fobie** s přesunem vlastní neurotické úzkosti na objektivně málo významné situace nebo události.
- **Reaktivní výtvor** - vytvoření opačného pocitu vedoucího až ke změnám osobnosti (nutkáva

neuróza s přehnanou zálibou v čistotě a pořádku - reaktivní výtvar proti agresi, špíně).

- **Zralé obrany** obvykle nevytváří žádné další problémy a zároveň umožňují zmírnit úzkost, labilitu nebo agresi. Často přinášejí také dobro pro společnost.
- **Suprese** - negativní emoce je odložena aniž by došlo k jejímu popření,
- **Anticipace** - realistické očekávání a plánování budoucnosti.
- **Altruismus** - přepracování vlastní bolestné zkušenosti do pomoci druhým.
- **Sublimace** - velmi pokročilá forma obrany, při které pudové napětí ústí do tvořivosti.
- **Humor** - jeho interpersonální vliv a význam pro psychickou stabilitu je nedocenitelný.

Odborná pomoc v krizi - Krizová intervence (KI)

= komplexní metoda práce s klientem v krizové situaci

- pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit kontraproduktivní tendence chování. Zaměřuje se jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník vnáší do situace strukturu a oporu a pomáhá situaci zpřehlednit. Podporuje klienta v kompetenci řešit aktivně své problémy.

Specifické znaky KI:

- redukce ohrožení (emoc. podpora, pocit bezpečí, materiální pomoc – přístřeší, vodu..)
- časové ohraničení (trvá po dobu klientova krizového stavu; v případě ambulantního kontaktu 1-3 sezení; končí, když je klient schopen konstruktivně řešit situaci; v případě hospitalizace se osvědčuje trvání 5 dnů s nabídkou dalších ambulantních návštěv)
- koncentrace na problém „tady a teď“ → aktuální situace, aktuální problém
- intenzivní kontakt
- strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup

Formy:

Ambulantní

Hospitalizace

Terénní služba

Krizová pomoc a služby v pacientově přirozeném prostředí

Telefonní forma (linky bezpečí a důvěry)

Techniky a postupy KI:

- **provázení** - zrcadlení – reflexe; smyslem je projevit, že klienta chápeme
- **vedení** - rekapitulace, parafráze, kotvení – zpevnění některých odpovědí, zatímco jiné se nechávají vyhasnout
- **zhodnocující formulace** – dáváme najevo, že sdělení má pro nás váhu, např.: „Oceňuji Vaši ochotu tu věc řešit“).
- **podpora ventilace prožitků a emocí** – Když klient pláče, je třeba čekat a dávat mu prostor. Když se klient za pláč omlouvá, ujišťujeme, že je to v pořádku.

- **Při strachu a úzkosti** – pokud je vyděšený, povídá s velkými obtížemi (vývoj. mechanismus znehybnění); hovoří tiše, ustrašeně, šeptá (nevědomá potřeba zneviditelnit se, schovat, utéci); může křičet, aby strach překřičel, může zrychleně nebo nutkavě mluvit (zvýšená dynamika umožní, aby se rychleji vzdálil z ohrožující situace, anebo aby zaútočil; mluvení jako neustále osvobozování se od napětí).

- nabízet dostatek bezpečí (např. sedět blízko u dveří, záda mít chráněná zdí, pracovník by měl komentovat, co udělá, např. potřebuje-li se vzdálit z místnosti. Sám pracovník by měl sedět stabilně, v takové vzdálenosti od klienta, aby jeho emoce neakcentoval).

- **Při panické úzkosti** se soustředíme na obnovu 3 prvků:

- obnova uzemnění (např. zastavte se a opřete se; posaďte se, oběma chodidla dotýk. země)

- obnova tělového centra (zkuste myslet na svůj dech, sledujte, jak dýcháte... zkuste nyní dech prohloubit, dýchejte do břicha...);

- obnova ohniska pozornosti s cílem zastavit myšlenkový tok (klást jednoduché otázky, např: pamatujete si, co se stalo?...)

- **Vyjádření zlosti a hněvu** - může mít nejrůznější formy:

- klient o své zlosti mluví a prostřednictvím rozhovoru ji vyjadřuje a zpracovává.

- mluví zvýšeným hlasem, stěžuje si, chce od nás potvrzení, že nepřítomná osoba je špatná.

V tomto případě je nejlepší klientovu zlost zrcadlit, aby si ji uvědomil a posunul se o krok dál. Můžeme mu též dát signál, že o své zlosti může mluvit ještě více naplno.

- **Zjišťujeme základní souvislosti krize** - co se stalo a jaký byl bezprostřední důvod, že přišel (poslední kapka), současné pocity a jejich vývoj během hovoru (co prožíval, když se rozhodl přijít a jak se cítí teď), zkušenost s podobnou situací v minulosti, pozitivní prvky v současné krizi (např. co se osvědčilo při řešení současné situace), katastrofický scénář (jak by to vypadalo, kdyby se to ještě zhoršovalo). Ptáme se též na suicidální úvahy.

- Při analýze situace mívají lidé v krizi tendenci katathymně zkreslovat a uvažovat v černobílé logice „buď a nebo“ – negativní prožívání zužují vědomí a brání uvědomění si souvislostí. Má-li postižený možnost o sobě hovořit, získává odstup a znovu nabývá schopnosti rozlišovat a vidět hlediska. Otevírá-li se klient sobě i nám, prohlubuje se jeho schopnost introspekce.

- **Propracováváme spouštěcí mechanismy krize** – často se řada problémů nakupila, a nyní mají pocit, že všechny problémy se musí vyřešit současně a okamžitě. To však nelze, neboť nabízejí příliš mnoho problémů. Je třeba si tedy nejprve ujasnit, které problémy jsou zásadní a neodkladné a vyžadují okamžité řešení.

- **Pátráme po zdrojích pomoci ze soc. okolí klienta** - snažíme se zapojit do péče blízké lidi, mohou mu např. pomoci při hlídání dětí, pokud si potřebuje oběhnout úřady apod.

- Hledáme, které oblasti života nejsou krizí zasaženy.

Krizová intervence splnila svůj úkol, když je člověk psychicky stabilizován, dokáže se orientovat v realitě a chápe svou situaci. Je schopen nést následky a uvažuje o budoucnosti. Na krizovou intervenci může navazovat krátkodobá pst., delší terapie, i analýza.

Čeho se v rámci KI vyvarovat:

- nevyslychat, neradit, nepřeceňovat možnosti intervence, nepsychiatrizarovat (nehospitalizovat zbytečně), neapelovat na vůli klienta, nebagatelizovat, nezevšeobecňovat, falešně neutěšovat, nesrovnávat s osudem jiných (či s vlastním), neposuzovat chování klienta v kategoriích dobré-špatné, nekritizovat za chyby, nejednat a nečinít důležitá rozhodnutí za klienta. Dále netlumit emoční reakce (např. místo „Neplačte“ → „Můžete se vyplakat“). Vyvarovat se vynucování rychlých rozhodnutí. Nakonec – příliš časnému podání uklidňujících léků.

Změna rámce → přechod KI v PST:

- zhruba při 3. setkání můžeme pozorovat určité změny – obvykle začíná přinášet další, hlubší souvislosti se svou současnou situací (např. z dětství, z původní rodiny). Změna se týká též vztahu klienta s T – do této chvíle byl klient zcela zaujat svým problémem.

- v tuto chvíli **můžeme navázat psychoterapií**, nicméně je nutno tuto změnu rámce s klientem otevřít a probrat novou zakázku.

Dále rozlišujeme z časového hlediska:

Emergentní psychoterapie (mezičlánek KI a PST) - 6 sezení;

Krátkodobá pst. – do 20 sezení;

Střednědobá (do 50 sezení)

Dlouhodobá pst. (nad 50 sezení).

Intervence při akutní reakci na stres (ARS)

- důsledek psychického traumatu na základě extrémně stresujícího zážitku (úmrť blízké osoby, fyzické ohrožení, znásilnění, vykradení bytu, autonehoda...) nebo dlouhotrvající stresující situace - startuje ihned, nebo v následných 2-3 dnech;

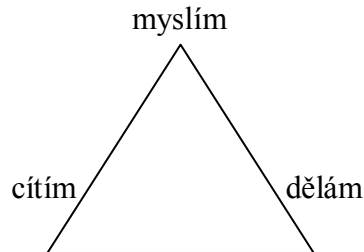
- rychle a automaticky se aktivuje tzv. osa HPA (hypotalamo- hypofýzo – adrenální systém), která připravuje organismus k reakci boj/útek --- dvě podoby akutní reakce na stres:

Aktivní reakce → tzv. **obranná reakce typu A** (převáží funkce nervu sympatiku); reakce typu útěk nebo útok, podstatou je rychlá mobilizace sil - psychomotorický neklid, může pobíhat, dělat neúčelné pohyby a činnosti; emoce jsou výrazné, převažuje smutek, zlost, křik, nářek, zloba..., objevují se nepřiléhavé emoce, např. smích v tragické situaci; tempo řeči překotné; mluva rychlá; pohled těká, člověk je nesoustředěný, hůře komunikuje. Čas se subjektivně zkracuje.

Pasivní reakce → **reakce typu B** (do popředí se dostává parasympatikus); reakce „mrtvý brouk“, vývojově starší strategie. Je to dokonalá obrna před vnímáním podnětu, který člověk nemůže integrovat (mdloby, disociace) → nevědomě se brání před silnými emocemi, které by neudržel pod kontrolou. Člověk je strnulý, ztuhlý, výraz obličeje maskovitý, příp. „nejapný“ úsměv; emoce nejsou pociťovány ani proječovány. Časová distorze – subj. prodloužení. Prožitky derealizace a depersonalizace; pohled je upřen dovnitř – neschopnost navázat oční kontakt. Klient může budít dojem, že je v tak zdrcující situaci „rozumný“, statečný“. Může se vyskytnout **tendence k regresi** – žvatlání, cucání palce či pohybové stereotypy. Někdy ztráta zábran- veřejná masturbace.

Jak v reakci A, tak v reakci B **se snižuje schopnost porozumět verbálním sdělením**, zejm. u reakce typu B → kývají, ale nerozumí. Lidé s reakcí typu B mají tendenci „přicházet k sobě“ přes reakci A (mohou být „v pohodě“ a pak najednou skočí pod auto).

V každé krizi (zejm. u ARS) jsou **prvky narušení integrity psychického fungování**;



1. Roh cítím (v popředí je emoční reakce): pláče, hněvá se, neadekvátně se směje; není přístupná kognice, nelze apelovat na racionalitu („povězte mi...“, „vysvětlete mi...“).

- **Zásady intervence v první fázi:** zůstat s klientem v tom prostoru, kde se nachází;

reflektujeme: „Vidím, jak jste zdrcený...“, „Jak jste rozzlobený“;

normalizujeme: „Je pochopitelné, že se tak cítíte...“;

rozvíjíme „jemnou“ přítomnost: „Nemusíte nikam spěchat“, „Máme dost času“.

pozorované emoce nebrzdíme, nepotlačujeme, ale také neakcentujeme.

čekáme, kdy se začnou zjevovat prvky z dalších rohů → obvykle nejprve z rohu dělám –

změní posturalitu, začne hledat kabelku – v tu chvíli nabídneme: „Potřebujete kapesník x

napít x odložit si...“, následuje kognitivní zpracovávání (říká věty typu: „Kam já půjdu“, „Co

budu dělat?“). Pokud jde vše dobrým směrem, vrátí se zpět do rohu cítím a postupně se

začínají všechny 3 funkce propojovat (tj. emoce, chování a kognice).

2. Roh myslím (reakce strnutí): nejde o schopnost kvalitního uvažování, nýbrž fragmenty slov a úvah, které se většinou opakují. Jsou projevem nesmyslnosti a neuchopitelnosti reality. Velmi často si takový člověk drží hlavu, má subj. prožitek, že se mu tam „něco točí a motá“; může mlčet nebo nadměrně hovoří (stále opakuje dokola to samé). Muži mohou v takové situaci sedět ve strnulém postoji a bez emocí popisují, co se stalo.

- **Zásady intervence v první fázi:**

dodržujeme vzdálenost, nedotýkáme se ho, jednáme velmi klidně,

kontakt navazujeme pomalu → jenom sedíme, nebo jemně komentujeme: „Jsem tady s vámi“,

opakujeme nebo rozšiřujeme, co říká (zvyšujeme klientovu schopnost vracet se do reality),

např. klient hovoří: „To se nemělo stát“ → „Říkáte, že...“, „Takže se vám stalo...“. Chování

připomíná komputer → většinou „rozmrazí“ do dělám a pak přicházejí pocity.

3. Roh dělám: PM neklid, u žen např. uklízení, žehlení. Jsou aktivní, ale nemají kognitivní zpracování, velmi často bez doprovodných emocí – neutrální výraz apod. Činnost chrání před myšlením a emocemi.

- **Zásady intervence v první fázi:** nezastavovat, neumravňovat, nevyhrožovat - nenutíme, aby přestal chodit, chodíme s ním.

Umožnit odreagovat naměstnanou energii → být s ním, nenutit ho nikam, popisovat, co vidíme: „Vidím, že jste hodně neklidný, ale to je normální v takovýchto situacích

dávat tzv. „kognitivní mapu“ – dělat činnost s ním, např. žena, která neúčelně přemísťuje prádlo z jedné skříně do druhé – děláme totéž. Z rohu dělám to nejč. přechází do rohu cítím.

- Má-li klient obtíže s udržení rovnováhy, je-li silně neklidný, nabízíme prostředky k tzv. **groundingu** (=uzemnění) → vyzveme jej, aby dal šlapky na zem, opřel se o ně, aby se opřel o zed', event. si sedl na zem.
- Je-li klient v **regresivní reakci** – často iniciuje kontakt (např. chce obejmout). Pakliže tomu můžeme vyhovět, většinou dojde k projevení emocí a ke zklidnění. Zároveň nabízíme prostředky pro prohloubení vlastního středu (**centering**) → soustředit se na dech.
- **sebepotvrzení bazální identity** → ptáme se na jméno, odkud je, zda ví, co se přihodilo...;
- rozvíjíme **schopnost přenášet pozornost na tělesné pocity**: „Jak se cítíte, bolí vás něco?“;
- podporujeme **schopnost klienta registrovat okolí**: „Toto je má pracovna... na stole je čaj, kdybyste se se potřebovala napít“ apod.

Intervence při suicidálním ohrožení

Formy suic. jednání:

- **suicidální myšlenky** – hodnotíme jejich intenzitu, kolik času pac. zabírají, nakolik jsou odklonitelné; jejich konkrétnost je důl. pro posouzení rizika (nakolik je jasná představa o možnosti sui, jakým způsobem a na jakém místě by se měla odehrát, zda je např. připravován dopis na rozloučenou apod.).
- **suicidální tendence** – suicidium je již konkrétně připravováno
- **suicidální pokus** – každý ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem;
- **parasuicidium** - sui pokus, u něhož není úmysl zemřít, jde spíše o sebepoškození, i to však může např. nesprávným odhadem toxicity léku skončit letálně.
- **dokonané suicidium** – rozlišujeme:
 - bilanční sebevraždu** - stávající situace je pro další život neúnosná, př. nevléčitelná nemoc
 - účelové sui jednání** - cílem není smrt, ale vyřešení svízelné situace)
 - demonstrativní** - podobné účelové; při účelovém jednání je cíl sledován nevědomě, při demonstrant. vědomě)
 - zkratkovitě sui jednání** - co nejrychleji vyřešit těžkou situaci, dostat se z ní

Způsoby suic. jednání:

- **měkké metody** – více u žen; např. otrava medikamenty
- **tvrdé metody** – více u mužů; např. strangulace - oběšení, zastřelení, skok z výšky

Zhodnocení rizika suicidia

Ringelův presuicidální syndrom: předchází sebevražděmu jednání

- 1. stále narůstající zúžení** → v oblasti situační (ztrácí orientaci, neví kudy kam, pocit, že jej neúnosná situace zavaluje); dynamické zúžení (emoce se zaměřují jedním směrem – zoufalství, beznaděj, úzkost, strach a bezmoc); v oblasti mezilidských vztahů (izolace, osamělost, znehodnocování současného stavu); hodnotové (nic nemá smysl).
- 2. zablokovaná nebo proti sobě změřená agresivita** → znevažuje se, nenávidí se, není schopen prolomit bludný kruh negativních myšlenek a emocí .
- 3. naléhavé sebevražedné fantazie** → přinášejí představu úlevy, osvobození, jsou stále lákavější. Začnou vypadat jako jediná cesta řešení. Všechno odložit, zbavit se bolesti, utrpení.

Krizová intervence před sebevražedným pokusem

- spočívá v **pokusy zvrátit presuicidální syndrom** → rozšířit zúžené pole skrz ventilaci emocí, aktivaci zdrojů (vnitřních i vnějších) a hledáním dalších řešení.

→ Neodsuzovat, Nemoralizovat, Nebagatelizovat, Nepřemlouvav

- rozhovor v rámci bezpečného pst. prostoru nám umožní:

- naváže-li se vztah s klientem, přeruší se zužování v rámci mezilidských vztahů
- vytváří se prostor pro ventilaci agrese → možnost dát průchod nahromaděné agresi
- prolomení pesimismu, depresivního prožívání nebo apatie → vyčleňujeme problémy, které je možno řešit, což umožňuje ukončit monotónnost prožitků
- podněcování fantazie, nápadů, plánů na život
- **Pojmenování sebevraždy** – nebát se pojmenovat přímo, dotazováním se může otevřít diskuze o něčem, na co už klient aktuálně myslí a dá mu to možnost pocitu, že je chápán.
- Vhodné začít otázkou typu: „Chtěl jste někdy usnout a už se neprobudit?“, která může otevřít téma úniku, dále: „Zdalo se vám někdy, že život nestojí za to žít?“, „Myslíte v současnosti na smrt?“, „Dostaly se věci někdy tak daleko, že jste si chtěl ublížit?“, „Měl jste v poslední době myšlenky na sebevraždu?“, „Myslíte na to, že byste nejraději nebyl?“, „Hovoříte o sebevraždě?“ Po souhlasné odpovědi může následovat dotaz: „Můžete mi o tom říci více?“ Nebezpečnější jsou sui tendence → je potřeba zjistit: zda má člověk už nějaký konkrétní plán, jak to plánuje udělat, zda má na to prostředky, zda už si určil časový rámeček.
- **Kompetence klienta** - setkáváme se s otázkami typu: „Chcete mi snad říci, že to nemůžu udělat?“ → to skutečně říci nemůžeme, vhodnější je reagovat: „Vy to samozřejmě můžete udělat, nikdo vám v tom nemůže zabránit“ (→jde o zachování kompetence člověka).
- **Očekávání od smrti** – propátráváme - často klid, pokoj, bezstarostný spánek, úleva, možnost zapomenout... Též vizi, jak smrt nastane – např. kdo ho najde apod.
- **Sdělení, že toto řešení je konečné a nezvratné** a že by stálo za to přemýšlet o jiné cestě, jak zmírnit bolest, paniku, beznaděj a strach („Skutečně to můžete udělat, tu možnost máte, ale sebevražedný čin můžete odložit, dát šanci tomu řešení, které v tuto chvíli nevidíte.“).
- **Emoční přijetí** – je zásadní, povzbuzujeme vyjadřování emocí, potvrzujeme právo člověka cítit to, co cítí, pro vyjadřované emoce poskytujeme bezpečný rámeček. Propojení s emocemi člověka oživí, exprese přinese uvolnění, hladina rozbouřených emocí se pozvolna uklidňuje.
- **Dohoda, co konkrétně udělat** – možnost hospitalizace, aktivizace záchranné sítě z okolí K
- **Dohoda o odložení realizace suicidia** (neprovádí se u klientů, kteří nemohou nebo nechtějí jednat „rozumně“) → zahájíme dotazem, jak dlouho si je jist, že nespáchá sebevraždu. Klient

má stanovit tuto dobu sám (pozor na vágní odpovědi, výmluvy nebo příliš dlouhé časové úseky – více než 7 dní). Dále se ptáme, jakým způsobem chce smlouvu obnovit – např. přijde na konzultaci. Uděláme s klientem „rozvrh hodin“ – jak stráví čas do příštího kontaktu. Sestavíme s klientem kartičku s nouzovými telefonními čísly zahrnujícími formální i neformální zdroje pomoci. Nalezneme alespoň 3 záchytné osoby v okolí suicidanta. S obnovováním smlouvy se pokračuje tak dlouho, dokud klient nedospěje k rozhodnutí žít.

- **Zvážení nutnosti hospitalizace** při velkém riziku ohrožení – má přesný plán, prostředky na uskutečnění, plánuje ji uskutečnit okamžitě; využijeme sítě krizových center s možností lůžkové péče, při přítomnosti psychiatrické poruchy na psychiatrii.

Intervence po pokusu o sui - v rámci nemocnice častější, dle PA Vereny Kastové:

- **intervenovat bezprostředně po procitnutí** - bývají většinou otevření svým problémům, obrany značně oslabené. Později jsou už podstatně méně přístupní, problémy opět odštěpí.
- buď mají pocit, že byli životu znovu darováni, že si je život žádá - dokážou náhle řešit své problémy. Mnozí z nich sdělují, že měli transcendentální zážitek. Nebo se příliš nemění a požadují stále léčení.
- Mohou mít následkem pokusu tělesné postižení (na tuto možnost dopředu nepomýšlejí).
- Způsob, jakým přistupujeme, závisí především na našem vlastním postoji k sebevraždě;
- Suicidální jedinci bývají lidé méně soc. integrovaní, často také mívají zátěž z raného dětství. Nezřídka žijí ve velkém sebeodcizení. Když je krizová intervence úspěšná, odkryje se vlastní krize, která vězí za sebevražednými impulzy – zpracovávat v rámci PT.

Intervence u krizi ze zármutku

- Ztráta blízkého člověka je ztrátou nejbolestnější a dokáže pohltnout celou existenci člověka. V okamžiku ztráty pociťuje obrovské množství emocí, které si musí naplno „odžít“. Emoce lze ventilovat nejrůznějšími způsoby od křiku a vzteku až po pláč. Pláč slouží jako ventil napětí a doslova jím můžeme něco vyplavit. Následuje pak uvolnění a únava.
- **Pláč** je opředen mýty typu: je projevem slabosti, správný muž nesmí plakat apod. Často z okolí přichází dobře míněné rady, typu: neplač, vždyť není tak zle, čas všechno zhojí apod. Pod tímto tlakem se postižený snaží své emoce přemoci, potlačit a problém vytěsnit.
- Při potlačení emocí hrozí **zastavení průběhu krize v samotném procesu truchlení** - krize se stává chronickou, a o to více nebezpečnější. Člověk se může uzavřít do sebe. Pokud krize vyústí do depresivního stavu, dostavuje se apatie, stísněnost, výčitky a sebeobviňování. Depresivní člověk není schopen procesu truchlení a i s odbornou pomocí je velmi složité tento problém zvládnout.
- Období truchlení je spojeno s poruchami spánku, ale též s poruchami imunity, a tím i vyšší morbiditou a mortalitou.

Specifický syndrom ztráty (Lindemann, 1944) → bezprostředně po smrti blízké osoby:

- tělesné napětí (opakovaně ve vlnách trvajících asi 20 minut – stažené hrdlo, dušnost, dechová nedostatečnost → vzdychání, nedostatek svalové síly; často vyvolané zmínkou o zemřelém, přijímáním soustrasti)
- intenzivní subjektivní úzkost

- pocity viny ve vztahu k zemřelému a příčinám jeho smrti
- nepřátelské reakce (mohou reagovat podrážděně a zlostně)
- ztráta modelu chování (nemožnost fungovat jako před ztrátou; neklid, tendence bezcílně se pohybovat; malá schopnost dokončit nějakou činnost; vše dělají automaticky; uvědomují si, jak mnoho činností mělo význam pouze ve vztahu k zemřelému a nyní to ztratilo svůj smysl)
- zabývání se představami o zemřelém (stále na něj myslí, chtějí o něm mluvit)
- objevení se rysů zemřelého v chování

Základní fáze procesu truchlení (dle Kastové)

- popisuje truchlení jako proces, při němž se odpoutáváme od člověka, kterého jsme ztratili, a který nás svým odchodem opět přivádí k tomu, abychom žili svůj vlastní život, který zůstává nadále obohacen o to, co jsme s tímto člověkem získali. Je tomu tak při úmrtí milovaného člověka, ale také při rozchodu, rozluce dětí s rodiči, dokonce i při ztrátě zaměstnání.

1. počáteční šok, popírání ztráty - její nepřijetí; trvá minuty, dny až týdny. Člověk ztrácí schopnost vnímat, bolest se odštěpí, nastává strnulost. Dále se může projevovat protestováním, nevěřičností, nebo „očekáváním návratu zemřelého.

2. Fáze propukajících emocí – člověk se „probouzí ze sna“, uvědomuje si skutečnost, s tím přichází také obrovské množství střídajících se emocí – bolest, lítost, úzkost, strach, hněv, vztek, zlost, agresivita, pocity viny. Lidé v tomto období trpí poruchami spánku, jsou náchylní k infekcím. Navzdory tomu se mohou objevit také pocity radosti nad začátkem nové etapy života. Jde o velmi náročné období, které není lehké překonat.

3. Fáze hledání, sebe-nalézání a odpoutávání – nastává po uklidnění bouřlivých emocí. V této fázi lidé nejsou schopni odpoutat se od myšlenek na zemřelého, což je v pořádku. Hledají ho na fotografiích, ve vzpomínkách, vyprávěních, na jeho oblíbených místech. Nadešel čas na to, aby ve vzpomínkách znovu prožili čas s milovanou bytostí a těšili se z pěkných situací, ale připomenuli si také situace obtížné. V tomto okamžiku si totiž lidé uvědomují, co zemřelý vnesl do jejich života, čím je obohatil.

4. Fáze nového vztahu ke světu a k sobě – člověk se začíná opět přibližovat jiným lidem, se ztrátou se vyrovnává a zbavuje se bolesti ze ztráty. Někteří lidé si však namísto zemřelého uchovávají právě onu bolest a podlehnou rezignaci a zoufalství.

Komplikované truchlení

Chronické smutnění: častěji v případech, kdy vztah mezi truchlícím a zemřelým byl velmi těsný, ambivalentní nebo závislý, nebo když chybí truchlícímu podpůrná soc. síť.

Hypertrofované smutnění: nejčastěji po náhlé, nečekané smrti blízkého, kdy projevy smutku jsou extrémně intenzivní. Tradiční smuteční rituály nejsou schopny ztlumit úzkost a distres.

Odložené truchlení: chybějící nebo inhibovaný proces smutnění – výsledek dlouhodobého popření. Hněv a pocity viny se však často objevují a komplikují průběh.

Traumatické truchlení: smutek je jak hypertrofický, tak chronický. Popírání smrti blízkého, úzkostné příznaky, zabývání se zemřelou osobou a okolnostmi úmrtí, vulnerabilita, dysforie, někdy depersonalizace - neúměrně intenzivní a trvají dlouhou dobu, narušují fungování postiženého, často vedou k soc. izolaci a znemožňují plně vykonávat každodenní činnosti.

Intervence u procesu truchlení

Nekomplikované truchlení: většinou stačí podpora blízkých osob; zřídka vyžadují psychiatrickou či psychoterapeutickou intervenci.

Komplikované truchlení: vhodná intervence odborníka

Cíl: přijmout ztrátu jako realitu

- prožít zármutek
- zadaptovat se ve světě, ve kterém schází ten, kdo umřel
- citově se odpoutat od zemřelého a investovat do jiného vztahu

- k terapeutickému působení nedochází většinou ihned po ztrátě, ale většinou až s odstupem několika měsíců i let, až když se vyskytne krize jiná, nejčastěji psychosomatického původu. V takovém případě je většinou skutečný spouštěč skrytý a je nutné se k němu dopracovat.

Terapie pomáhá smutkové práci tím, že:

- informuje, co může postižený v tomto období očekávat, které problémy se mohou objevit a co jsou přirozené reakce na ztrátu;
- podporuje plné vyjádření všech emocí (včetně bolesti, hněvu a ambivalentních pocitů k zemřelému) pomocí rozmluvy o zemřelém, psaním dopisů na rozloučení, hraním rolí apod.
- postupně pomáhá najít novou roli v životě, vytvořit novou soc. síť a najít aktivity, které postiženému dávají smysl a postihu

Pokud je truchlení komplikováno depresí, je na místě podávat antidepresiva, podobné je tomu při komplikaci PTSD či úzkostnou poruchu.

Tabulka životních událostí Holmesa a Rahea (v 60. letech studie, která měla přispět k objasnění důvodů nemocnosti a předčasné úmrtnosti) – vodítko k odhadu míry zátěže:

Událost	Body
Úmrtí partnera, partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí a sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednání	11

Součet bodů za poslední rok nás může orientačně informovat o míře stresu a zátěže. Za hraniční hodnotu označují autoři sumu **250 bodů**. Jde o takovou míru zátěže, při níž se ocitá organismus člověka na pomezí vlastních rezerv.