

# Krizová intervence: ohlédnutí po dvaceti letech

MUDr. Petr Klimpl, CSc.

Psychotherapeutická praxe, Brno

Krizová intervence je terapeutický přístup na pomezí krátkodobé psychotherapie, emergentní psychiatrie a sociálního poradenství. Přehledný článek popisuje historické kořeny krizové intervence, teorii krize a zásady krizové intervence. Na závěr uvádí některé těžkosti a komplikace.

**Klíčová slova:** krizová intervence, historický vývoj, teorie krize, zásady krizové intervence, těžkosti a komplikace při krizové intervenci.

## Crisis intervention: an overview twenty years after

Crisis intervention is a therapeutic approach on the border between short term psychotherapy, emergency psychiatry, and social counselling. This review describes historical roots of crisis intervention, crisis theory and crisis principles. Some troubles and complications are described, in conclusion.

**Key words:** crisis intervention, historical development, crisis theory, principles of crisis intervention, troubles and complications in crisis intervention.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(5): 234–238

*...porque también somos lo quo hemos perdido*

*...protože jsme i to, co jsme ztratili*

*dedikace filmu Amores perros/Láska je kurva  
režie Alejandro González Iñárritu, Mexiko 2000*

## Úvod

Krizová intervence je eklektická metoda neodkladné první pomoci osobám v mentální či emocionální krizi. Vychází z praktik krátkodobých psychotherapií, od nichž se postupně emancipovala, z teorie krize a ze znalosti poruch způsobených stresem. Jedná se o obecnou metodu (podobně jako jsou obecné zásady resuscitace). Nalezla uplatnění v širokém spektru organizačních rámců a prostředí. Interdisciplinárně přesahuje mezi psychiatrií, ostatní medicínou a zvláště všeobecným lékařstvím na jedné straně, emergentní psychiatrií s přesahem do medicíny katastrof na straně druhé, a na třetí straně se krizová intervence vztahuje k sociálním zdrojům pomoci (sociální poradenství a péče), aniž by je zastupovala. Krizová intervence je obvykle týmová činnost, kde se uplatňují lékaři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry a sociální pracovníci, v nezdavatnických zařízeních také školené osoby s různorodým původním vzděláním.

Centrum krizové intervence s nepřetržitým provozem a krizovými lůžky s možností krátkodobého azylu představuje nejdůslednější organizační rámec, je však jen jedním z možných modelů. Mezi zařízení krizové pomoci se dále řadí ambulantní krizová centra s omezenou provozní dobou a všeobecné nebo specializované telefonické linky důvěry. Některá zařízení jsou zaměřena na specifické problémy (domácí násilí, pomoc obětem trestných činů, závislosti) nebo

skupiny (krizové centrum pro děti, mladistvé, ženy v nouzi).

Rozvoj krizových služeb se z historického úhlu pohledu jeví být přímo závislý na reformě psychiatrie, jež probíhala v minulém století v různých zemích s velmi rozdílnou intenzitou. Podstatou reformy vždy bylo omezení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách a přesun péče do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic a ambulancí. Ačkoli se ani v USA nepodařilo plně realizovat záměr zákona (*Community Mental Health Centres Act*, podepsaný J. F. Kennedym roku 1963) a krizové služby začaly být později přiřazovány k pohotovostem (hezky česky jim říkáme *emergency*), došlo k prosazení myšlenky rychlé dosažitelnosti krizové pomoci jak územně, tak časově a bez administrativních bariér. Organizační modely krizové intervence se v různých zemích ovšem velmi značně liší, mimo jiné upřednostňováním mobilních krizových služeb oproti stacionárním zařízením.

Krizovou intervencí by měli být schopni poskytovat také praktičtí lékaři, kteří však čelí soustředěnému náporu vzdělávání, nekontrolovaně placeného farmaceutickým průmyslem, což přispívá k neblahému sklonu vytlačit psychologickou problematiku z lékařské praxe.

Institucionalizace krizové pomoci v České republice proběhla v krátkém období let 1989 až 1992, tj. před zavedením všeobecného zdravotního pojištění. První krizové centrum s nepřetržitým provozem a možností krátkodobé hospitalizace zahájilo provoz již před 20 lety – 5. prosince 1989 – na psychiatrické klinice v Brně-Bohunicích (1). V pozdějším období vznikla další personálně a provozně méně náročná zařízení, zejména

v sektoru telefonické první pomoci (linky důvěry). Významnou roli v této oblasti získala zařízení řízená církvemi. Dodnes neexistuje územně dostatečně dostupná síť zařízení krizové intervence, jakkoli koncepce oboru psychiatrie s krizovou pomocí jako jednou z metod (nejen suicidální prevence) počítá. Situace je značně nepřehledná, protože za krizové centrum se může prohlásit prakticky jakékoli zařízení. Neexistuje právní rámec, ani závazné standardy personálního a věcného vybavení. Zdravotnická krizová centra s lůžky nalezneme v největších aglomeracích (Praha, Brno, Ostrava), což neznamená, že se krizová intervence neposkytuje jinde.

## Od psychoanalýzy ke krizové intervenci

Krátké nebo jednorázové konzultace byly poskytovány od samého počátku psychotherapie jako lékařské metody. V Chorobopisech Sigmunda Freuda z roku 1895 nalezneme záznam tzv. „selské konzultace“, krátký chorobopis osmnáctileté dívky Kateřiny dokládající intenzivní účinek přímé interpretace na odstranění hysterických symptomů (2, 3). Obsah jiné krátké intervence v holandském Leidenu v srpnu 1910 známe jen nepřímě. Několikahodinová konzultace se skladatelem Gustavem Mahlerem (1860–1911) se týkala emoční krize, způsobené milostnou aférou jeho o devatenáct let mladší manželky Almy s architektem Walterem Gropiem. K problematice se Freud nepřímě vyjádřil v práci Příspěvky k psychologii milostného života z roku 1912 (4). Psychiatrii a psychologové poskytovali psychotherapeutické intervence v obtížných životních situacích v období mezi světovými

válkami již běžně. Např. čtyřicetiletý Heinz Kohut vyhledal po smrti svého otce na přelomu let 1937 a 1938 pomoc u vídeňského psychologa Waltera Marseillese (5).

Základy posuzování reaktivních stavů byly formulovány ve studii *Smutek a melancholie* z roku 1915 (6). V tomto příspěvku se Sigmund Freud zabýval otázkou, proč „na ztrátu milované osoby, anebo na její místo postavené abstrakce, jako jsou vlast, svoboda, nějaký ideál atd.“ reagují někteří lidé smutkem a jiní depresí. To, co nazýval melancholií, nazýváme dnes depresí. Všiml si skutečnosti, že při normálním i patologickém smutku je Já pohlčeno útlumem a ztrátou zájmů. Při melancholii je zejména přítomno mimořádné zeslábnutí Já: „U smutku se stal svět chudým, u melancholie se takovým stalo samotné Já.“ Zmínil také kritickou část Já, obsahující svědomí, zabývající se cenzurou vědomí a testováním reality, jíž přiznal samostatnost pod názvem Nadjá v roce 1923 (3). Jak vyplývá ze známé a mnohokrát citované práce Cesty psychoanalytické terapie z roku 1919, předpokládal Sigmund Freud budoucí potřebu „psychoanalýzy pro lid“, tj. od psychoanalýzy odvozeného, účinného a dostupného léčení: „...at se tato psychoanalýza pro lid bude utvářet jakkoli, at se bude skládat z jakýchkoli prvků, jejími nejúčinnějšími a nejdůležitějšími složkami zůstanou jistě ty, jež byly vypůjčeny od přísné, beztendenční psychoanalýzy“ (7). Sám se však na zavádění krátkodobých či suportivních přístupů nepodílel. Tyto metody vznikaly později kvůli přetlaku naléhavé poptávky po léčení, nikoli v důsledku nějakého strukturálního paradigmatu.

Žádná práce o historii krizové intervence se neobejde bez zmínky o klasickém článku Ericha Lindemanna z roku 1944 (8). Autor referoval o klinických zkušenostech s reakcemi na ztrátu blízké osoby u 101 pacientů, ošetřovaných na psychiatrickém oddělení Všeobecné nemocnice v Bostonu. Za prvé se jednalo se o neurotické pacienty, kteří ztratili někoho blízkého během vlastního léčení. Za druhé o reakce příbuzných na úmrtí blízké osoby v nemocnici. Za třetí o pozůstalé po obětech tragického požáru v přeplněném bostonském nočním podniku Cocoanut Grove, kde 28. listopadu 1942 vzplanuly hořlavé dekorace. Ze zhruba tisíce přítomných zemřelo 492 a několik stovek dalších utrpělo termická zranění. A konečně o reakce pozůstalých po příslušnících armády USA, kteří zahynuli ve válce. Lindemannovy závěry vycházely z klinického pozorování a vyhodnocení lékařských rozhodnutí. Akutní smutek považoval za definovaný syndrom s nápadně uniformní symptomato-

logií (pocit tělesné tísně přicházející ve vlnách; stísněnost v hrdle a pocit dušení s krátkostí dechu; vzdychání; pocit prázdnoty v břiše; celková tělesná slabost; intenzivní subjektivní prožitek napětí nebo psychické bolesti). Příznaky se mohou objevit bezprostředně po tragické události, mohou být opožděné, přehnané nebo podle všeho chybějící. Místo typického syndromu smutku se mohou objevit různé jiné poruchy. Jedná se o odklad reakce o týdnů i déle, o únik do činnosti, hysterické nebo hypochondrické převzetí některých symptomů mrtvého na podkladě identifikace, objevení se psychosomatické choroby, progresivní sociální izolace, popírání hostilních pocitů, o nebezpečné impulzivní chování až k obrazu agitované deprese s nebezpečím sebevraždy. Je přítomna tendence vyhnout se příznakům smutku za každou cenu, což vede k odmítání návštěv, jež by mohly vyvolat takovou reakci, a k úmyslnému vyloučení všech myšlenek na zemřelého. Závěry citované práce se týkají skutečnosti, že při práci se smutkem (*grief work*) mohou být maladaptivní reakce úspěšně transformovány v normální truchlení, vedoucí k emancipaci z vazby na zemřelého, k nové adaptaci na prostředí, odkud zemřelý zmizel, a k vytváření nových vztahů.

V poválečném období se William Menninger (za války byl hlavním psychiatrem americké armády) neúspěšně pokusil otevřít psychoanalýzu dalším zainteresovaným odborníkům s ohledem na společenskou potřebnost pomoci psychologickými prostředky. Podílel se na formulování moderního pojetí psychiatrie pod názvem *community psychiatry* a nastartoval dlouhodobý pro-

ces deinstitucionalizace psychiatrie. V roce 1946 vyšla kniha Franze Alexandra a Thomase Frenche *Psychoanalytická terapie*. Kniha vyvolala velkou kontroverzi kolem konceptu *korektivní emocionální zkušenosti*, neméně významné však byly *princip flexibility a přizpůsobení terapie pacientovi* (9).

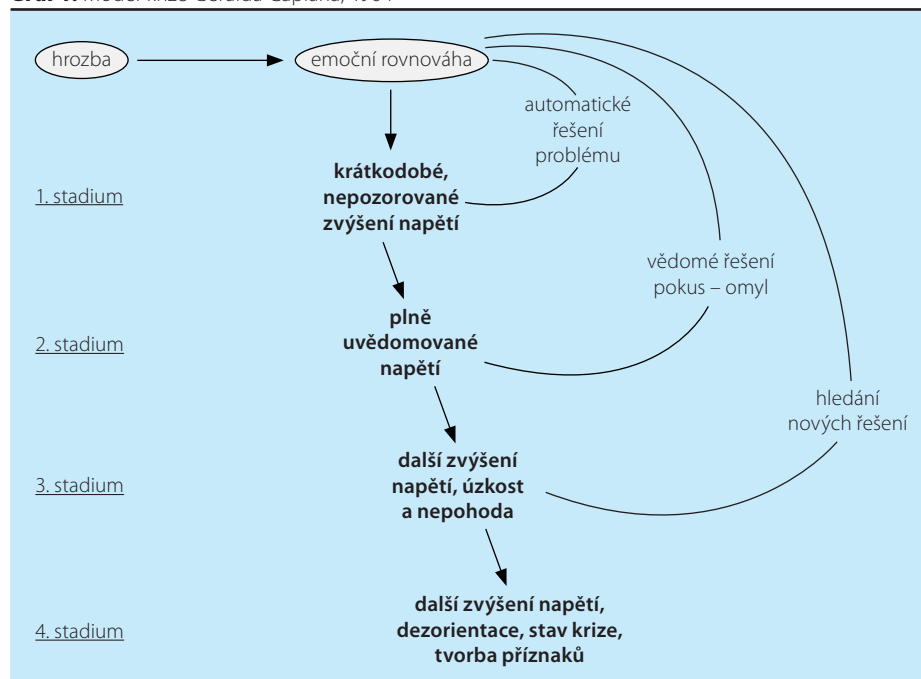
Od konce 40. let minulého století bylo formulováno mnoho krátkodobých psychoterapií a získáno nepřehledné množství praktických zkušeností s časově limitovanými a na fokus (problém) zaměřenými terapiemi zejména v následujících dvou desetiletích. Z těchto znalostí vyrostla krizová intervence, daleko přesahující původní podporu při truchlení. Snad nejvýznamnějším úkolem se stala suicidální prevence.

## Teorie krize

Teorie mentální krize není myslitelná bez fyziologických poznatků, zejména bez konceptu homeostázy Waltera Cannona a bez teorie stresu Hanse Selyeho. Práh pro afektivní poplachy, jakým je strach, a odolnost vůči následnému vyčerpání, projevujícím se útlumem, jsou individuálně odlišné. Zážitky, které pro svoji dlouhodobost anebo intenzitu přesahují obvyklé možnosti adaptace (válka, mučení, věznění v nelidských podmínkách), neumožňují plné zotavení. V roce 1980 byla posttraumatická stresová porucha uvedena v manuálu DSM III jako nová nozologická jednotka.

Průkopníkem v oblasti teorie krize byl Gerald Caplan (graf 1). Jeho čtyřstupňový model krize byl přijat dalšími autory (10, 11). Ve skutečnosti se stadia krize překrývají nebo stírají, vývoj může být překotný a vede k psychickému zhroutilí. Ve čtvrtém

Graf 1. Model krize Geralda Caplana, 1964



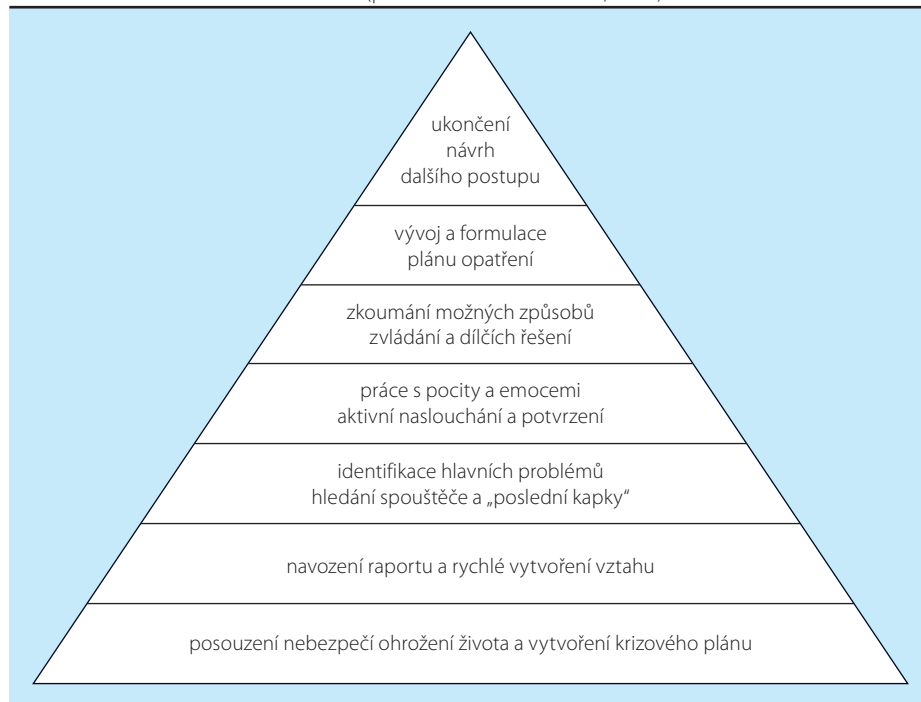
stadiu se otevírá „okno příležitosti“ pro přijetí vnější pomoci a pro novou adaptaci. Hrozbu vyvolávají nejruznější spouštěče krize, jejichž klasifikace je nepřehledná a nedůsledná, vychází z různých hledisek. Rozlišuje se krize z životních změn (puberta, odchod z primární rodiny, sňatek, těhotenství, rodičovství, stěhování, změna zaměstnání, klimakterium, stárnutí a úbytek sil, penzionování, umírání), krize traumatické (smrt blízké osoby, partnerské krize, zdravotní problémy, sociální traumata jako nezaměstnanost, ztráta postavení, bezdomovství, oběť nebo svědek násilí, trestného činu) nebo katastrofální zkušenosti, všeobecně predisponující k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (přírodní katastrofy velkého rozsahu; důsledky lidské činnosti jako války, silniční a letecké nehody). Jiné dělení spouštěčů je na veřejné (dopravní nehody, přírodní katastrofy) a soukromé (vztahové problémy). Moderní medicínské technologie mohou přinášet nové spouštěče v souvislosti s asistovanou reprodukcí, transplantační medicínou, dlouhodobou umělou ventilací...

Bylo publikováno mnoho definic psychické krize; efektně bývá zmiňováno, že čínské znaky pro „nebezpečí“ a pro „příležitost“, jsou-li zařazeny vedle sebe, znamenají „krizi“. Psychická krize je „subjektivní reakce na stresující životní událost, útočící na stabilitu jednotlivce tak, že schopnost zvládnání nebo fungování je závažně narušena“ (Bard a Ellison 1974, cit. dle 10). Narušení se může projevat mimořádně pestrým spektrem reakcí (úzkost, zoufalství, beznaděj a bezmocnost, vina, intenzivní strach, smutek z nepředvídatelné ztráty, zmatenost, problémy se soustředěním, dráždivost, vtíravé představy, znovuprožívání traumatické události spojené s vyhubavým chováním, extrémní podezřívavost vůči druhým, stud, impulzivní chování jako excesivní zneužívání návykových látek, agresivní chování, sebepoškození, poruchy spánku, pocit hrůzy, vyčerpání, situační náboženská konverze, ztráta náboženské víry nebo pochybnosti o ní, otřesená víra v sebe...). Selhávání adaptačních mechanismů, kterému se obvykle říká zhroucení, pak představuje důvod k vyhledání pomoci.

### Zásady krizové intervence

Krizová intervence je speciální diagnostickoterapeutický přístup sloužící ke zvládnání psychické krize. Podstatným znakem je neodkladnost a bezprostřední dosažitelnost pomoci. Při úvodním posuzování přesahuje krizová intervence často do oblasti emergentní psychiatrie, především z hlediska zvažování rizik ohrožení života na straně pacienta a ohrožení bezpečnosti personálu případnou agresí (12). Důležité je

**Graf 2.** Sedm kroků krizové intervence (podle Alberta R. Robertse, 2000)



**Tabulka 1.** Důvody zkreslení rané anamnézy (podle Friedy Fromm-Reichmannové, 1950)

normální amnézie na dětské zážitky
idealizace minulosti s cílem kompenzovat přítomné utrpení
snaha zapomenout na potíže s rodiči z náboženských důvodů (páté přikázání)
předstírání úcty k rodičům může nahrazovat nedostatky v sebeučetě
udržování mýtu „šťastného dětství“ v rámci vytváření a udržování konvenčních představ o sobě a své rodině
identifikace s nepřátelskými rodiči umožňuje chovat se špatně vůči vlastním dětem – jediným lidem, s nimiž lze beztrestně špatně zacházet

celkové posouzení duševního stavu a vytvoření krizového plánu. Jasně, srozumitelně a didakticky přesvědčivě formuloval sedm kroků krizové intervence Albert R. Roberts (10) (graf 2).

Podobné zásady jsem popsal v monografii z roku 1998 (1); ponechávám původně zformulované zásady krizové intervence, jež však z hlediska časového odstupu a získaných zkušeností nutí k diskuzi a úpravám.

**1. Rychlé navázání kontaktu mezi pacientem a lékařem, zaměřené na vytvoření terapeutického vztahu.** Čas hraje v neodkladné pomoci významnou úlohu. Jak vypadá terapeutická aliance v krizové intervenci, to je ovšem obtížně uchopitelný koncept. Někteří postižení rychle regredují do pasivní orálně receptivní pozice ve stylu: „Dělejte se mnou něco...“, jež může být snadno zabarvena agresivně, pokud se od takové osoby očekává vlastní iniciativa. Mohou se objevit překážky – někdy nepřekonatelné – v rozhovoru o traumatických skutečnostech, způsobené přáním „zapomenout“, jen chabě zakrývajícím rozšířený strach z retraumatizace (13). Jindy komplikují navázání vztahu špatné zkušenosti,

iatrogenizace anebo obava ze stigmatizace psychiatrií. Neochota k přijetí pomoci, či dokonce její aktivní odmítání v objektivně těžké situaci může mít hlubší narcistické kořeny, neboť vnější pomoc by byla v rozporu s imperativem „já sám/a“, jež je součástí grandiozity a sebeobdivu.

**2. Vytvoření přehledu okolností, které vedly k propuknutí krize,** se může zkomplikovat sklonem podat minulost dramaticky a bez nejmenších známek společenského ostychu (ten má sice v krizové intervenci malý význam, nedostatek zdrženlivosti ovšem může být příznakem osobnostní poruchy s histriónskými anebo hraničními rysy). Opačným extrémem je popírání traumatizace a nespolehlivé podání anamnestických údajů, jakkoli se při krizové intervenci s podrobnou psychodynamickou anamnézou nepočítá. Možné důvody nepřesnosti starší anamnézy výstižně shrnula už Frieda Fromm-Reichmannová v roce 1950 (14) (tabulka 1). Zvláštní problematiku představují osoby, které z narcistické motivace „zabíjejí čas“, rozhovor s nimi je bezobsažný a nikam nevede (15). Stranou nechávám účelové zatajování, překrucování, předstírání a lhaní, jež

**Tabulka 2.** Expresivně-suportivní kontinuum intervencí (podle Glenna O. Gabbarda 2000)

EXPRESIVNÍ interpretace konfrontace klarifikace dodávání odvahy k rozpracování empatické potvrzení rada a pochvala potvrzení SUPORTIVNÍ

intervenci komplikují až znemožňují pro asociální osobnostní rysy (16).

**3. Jasnější porozumění falešným adaptačním reakcím, s jejichž pomocí se pacient pokoušel krizi zvládnout,** vede nejednou ke zjištění, že se nejedná o nouzové krizové řešení, nýbrž o preferenční nebo jedinou možnou strategii zvládnání (coping). Krize a selhání adaptací má také pozitivní význam, neboť umožňuje přijetí pomoci.

**4. Intenzivní koncentrace na krizi** je podstatou krizové intervence. Z hlediska terapeutické techniky se jedná o dosti komplikovanou záležitost, protože krizový terapeut obvykle střídá techniky z obou konců expresivně-suportivního spektra (17) a zároveň se snaží udržovat fokus na krizové situaci (tabulka 2). Obojí vyžaduje tvořivost a zkušenosti, umožňující optimalizovat přístup podle potřeb postiženého. Nereagování, neurčitě odpovědi nebo stereotypní reakce protiotázkou nemají v krizové intervenci (a často ani v psychoterapii) místo (18).

**5. Učení se jiným, účinnějším adaptačním reakcím k překonání krize** představuje poměrně často selhávající aspekt krizové intervence. Klinikové poznali postižené se schopností rychle se učit, někteří také rychle zapomínají, což se týká explicitního i implicitního či sociálního učení. Takoví lidé nevytvářejí ze zkušenosti závěry a opakují např. podobné kalamitní situace či setrvávají v hraničním interpersonálním chaosu i tehdy, když jim evidentně neprospívá.

**6. Zábrana formování příznaků** představuje teoreticky zdůvodněný požadavek vzhledem ke skutečnosti, že emocionální krize se týká psychiky, zároveň existuje mnoho lidí se sklonem snadno konvertovat afektivní stavy v tělesné symptomy. Bezprostřednost zahájení krizové intervence má preventivní význam proti psychosomatické reaktivitě, nicméně při preexistující psychosomatické poruše lze očekávat zhoršení v důsledku emoční krize. Psychosomatické osobnosti nejsou schopny truchlení vůbec (19). Jinou záležitostí je posouzení psychopatologie, kdy např. dystýmní afektivní rozlady u hlouběji narušených osobností bývají bez dalšího zkoumání považovány za depresi, což vede k neblahé praxi předpisu antidepresiv u hraniční poruchy osobnosti; léčba zhusta selhává a dochází tak k narušení důvěry (20).

**7. Nutnost v zásadě pozitivních přenosových pocitů vůči krizovému terapeutovi usnadňuje učení prostřednictvím zkušenosti (nápodoba,**

**identifikace, korektivní zkušenost).** Krizový terapeut zprostředkuje naději, péči a pocit bezpečí. Vzhledem k tomu, že vulnerabilní osobnosti často vykazují anamnézu zanedbávání, týrání anebo sexuálního zneužívání, není ničím neobvyklým, že přenosová situace je plná strachu, podezřívavosti a paranoidních fantazií. Zásada se plně uplatní u psychicky přiměřeně adaptovaných osob, postižených krizí z vnějších zdrojů.

**8. Zprostředkování možností, jimiž disponuje pacient pro zvládnání situací, jež se mohou objevit, včetně možností podobné krize.** Překonání krize může být zdravým zdrojem hrlosti a sebeúcty. Většinou platí, že krize spíše oslabí a pozmění, zanechá šrám či jizvu. Nejednou představuje smíření se s bezmocností nebo osudovou nepředvídatelností a odmítnutí otázky: „Proč právě já...?“, obtížný terapeutický problém, přesahující možnosti krizové intervence.

**9. Ukončení intervence, jakmile se ukáže, že je krize překonána a pacient je schopen rozpoznat, co k této krizi vedlo a jak ji měl překonat (pochopení, náhled).** Na tomto místě je třeba doplnit, že pro nejednoho krizového pacienta se ukáže jako vhodné vyhledání systematické psychoterapie.

### Krizová intervence: některé těžkosti a komplikace

Mnohé osoby, vyhledávající – někdy i opakovaně – krizovou intervenci, nejsou schopny pro osobnostní limity zvládat nároky běžného života a bývá pak obtížné pro ně nalézt adekvátní léčeni, protože systematická psychoterapie je nejen dlouhá a nákladná, nýbrž také náročná na motivaci pacienta. „Princip otáčecích dveří“ krizového centra, jimiž přicházejí osoby s chronickou krizí, což prakticky znamená buď hraniční poruchu osobnosti, již může dominovat všeobecná slabost a nestabilita self se schopností testovat realitu někdy až na úrovni blízké psychóze, nebo histriónskou poruchu osobnosti s dominantním obranným manévrem v podobě afektualizace, udržuje jejich slabou sociální adaptaci. Takové osoby vyvolávají – podobně jako manipulativní odmítači péče, sebemařící, závislé nebo pasivně agresivní osobnosti – negativní protipřenosové či dokonce masivní odmítavé reakce zdravotnických profesionálů.

Nároky na krizové terapeuty jsou značné, zejména chybí-li dokončený psychoanalytický výcvik a průběžná supervize. Hrozí pak syndrom vyhoření, projevující se stagnací, později (ne) vědomým odmítáním potřebných odkládáním

intervence, bagatelizací (intervenci vlastně nepotřebují) nebo odesláním do jiných zařízení. Terapeutická konfrontace nemá nic společného s podezřívavým až otevřeně hostilním obviňováním, že si postižený za svoji krizi může sám.

Práci v centru krizové intervence považují za mimořádně podnětnou pro lékaře ve výcviku a pro začínající psychoterapeuty. Dlouhodobá činnost v rámci krizové intervence může být devastující zejména pro nemožnost vidět výsledky vlastní práce. Krizové centrum je totiž také místem orientace postižených k případné další psychoterapii. V praxi je to značný problém, protože psychiatrické a psychoanalytické praxe většinou nejsou schopny přijmout nové pacienty bezprostředně, což není problém způsobený pouze podfinancováním české psychiatrie (21).

Zároveň je mimo diskuzi, že metody krizové intervence nemohou pomoci v případech, kdy je indikována dlouhodobá psychoterapie. Zatímco krizová intervence slouží obnovení rovnováhy, nejednou značně nejisté, avšak srovnatelné se stavem před krizí, psychoterapie si klade za cíl dosáhnout intrapsychických nebo alespoň interpersonálních vhdů (22). Z tohoto úhlu pohledu nemůžeme krizovou intervenci s psychoterapií porovnávat. Ostatně pacient v krizi není psychogeneticky zaměřené psychoterapii přístupný, jak vyplývá už z Freudovy práce Konečná a nekonečná analýza (1937): „V akutních krizových stavech je analýza prakticky nepoužitelná. Veškerý zájem pacientova Já strhuje pak na sebe bolestná realita a tento zájem se vzpírá analýze, která ho chce vést pod tento povrch a odhalit vlivy minulosti“ (23).

### Literatura

1. Klimpl P. Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha: Grada Publishing 1998: 167.
2. Freud S. Chorobopisy. In: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, sv. 1. 2000: 150–158.
3. Quinodoz JM. Reading Freud. A chronological exploration of Freud's writings. London: Routledge 2006: 295.
4. Freud S. Příspěvky k psychologii milostného života. In: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, sv. 8. 1997: 61–80.
5. Strozier ChB. Heinz Kohut. The making of a psychoanalyst. New York: Other Press 2004: 49–53.
6. Freud S. Smutek a melancholie. In: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, sv. 10, 2002: 363–378.
7. Freud S. Cesty psychoanalytické terapie. In: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, sv. 12, 2003: 139–146.
8. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiatry 1944; 101(2): 141–148.



9. Eisold E. Psychoanalysis and psychotherapy: a long and troubled relationship. *Int. J. Psychoanal.*, 2005; 86(4): 1175–1195.
10. Roberts AR. *Crisis intervention handbook: assesment, treatment and reaserch*. Oxford University Press US. 2000: 554.
11. Aguilera DC. *Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung*. Bern: Hans Huber. 2000: 423.
12. Bassuk EL, Birk AW. *Emergency psychiatry. Concepts, methods, and practice*. New York: Plenum Press 1984: 436.
13. Horowitz MJ. *Treatment of stress response syndromes*. Arlington: American Psychiatric Publishing 2002. Slovenské vydání: Trenčín: Vydavateľstvo F 2004: 111.
14. Fromm-Reichmann F. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: The University of Chicago Press 1950. České vydání: Praha: Triton 2003: 214.
15. Kernberg OF. The destruction of time in pathological narcissism. *Int. J. Psychoanal.*, 2008; 89(2): 299–312.
16. Klimpl P. Asociální osobnostní rysy: trojský kůň ambulantní psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*, 2004; 5(5): 253–256.
17. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Press 2000: 597.
18. Greben SE. Unresponsiveness: the demon artefakt of psychotherapy. *Am. J. of Psychother.* 1981; 35(4): 244–250.
19. Dodds J. Od psychosomatiky k neuropsychanalýze: přínos pařížské školy. *Revue Psychoanalytická psychoterapie* 2008; 10(2): 76–91.
20. Zanarini MC. *Borderline personality disorder*. New York: Taylor and Francis 2005: 374.
21. Brandon S. Crisis theory and possibilities of therapeutic intervention. *Brit. J. Psychiat* 1970; 117: 627–633.
22. Fonagy P, Target M. Model mentalizace podle Petera Fonagyho a Mary Target. In: Fonagy P, Target M. *Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývojové psychologie*. Praha: Portál 2005: 273–284.
23. Freud S. Konečná a nekonečná analýza. In: *Sebrané spisy Sigmunda Freuda*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, sv. 16. 1998: 67.

**MUDr. Petr Klimpl, CSc.**

*Psychoterapeutická praxe  
Tišnovská 98, 613 00 Brno  
petr@klimpl.com*

