

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

PRÁCE S KRIZÍ U LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Lucie Novotná

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Lucie Novotná
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, Ph.D.
Název práce:	Práce s krizí u lidí s duševním onemocněním
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.
Cíl práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou práce s krizí u lidí s duševním onemocněním. Cílem je analyzovat a zhodnotit současné postupy při práci s klientem v krizi, identifikovat hlavní rizikové faktory vedoucí ke krizovým situacím a navrhnout preventivní opatření. Práce se opírá o teoretický rámec krize, krizové intervence a specifik práce s lidmi s duševním onemocněním. Výzkumná část využívá kvalitativního výzkumu, který je provedený technikou polostrukturovaných rozhovorů s odborníky z praxe.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou práce s krizí u lidí s duševním onemocněním. Cílem je analyzovat a zhodnotit současné postupy při práci s klientem v krizi, identifikovat hlavní rizikové faktory vedoucí ke krizovým situacím a navrhnout preventivní opatření. Práce se opírá o teoretický rámec krize, krizové intervence a specifik práce s lidmi s duševním onemocněním. Výzkumná část využívá kvalitativního výzkumu, který je provedený technikou polostrukturovaných rozhovorů s odborníky z praxe.

Klíčová slova

krize; duševní onemocnění; intervence; sociální práce

Abstract

The thesis focuses on the issue of crisis intervention in people with mental illness. The aim is to analyze and evaluate current approaches to working with clients in crisis, identify the main risk factors leading to crisis situations, and propose preventive measures. The thesis is based on a theoretical framework of crisis, crisis intervention, and the specifics of working with individuals with mental illness. The research part employs qualitative research conducted through semi-structured interviews with professionals from the field.

Keywords

crisis; mental illness; intervention; social work

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 25. listopadu 2025

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce, PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a trpělivost, kterou mi věnovala při zpracování této práce. Zároveň děkuji své rodině za jejich podporu, trpělivost a povzbuzení během studia i při tvorbě této diplomové práce.

Obsah

Seznam obrázků	7
Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Teoretická část.....	11
1.1 Duševní zdraví a duševní onemocnění	11
1.1.1 Vymezení pojmů a problematika normy	11
1.1.2 Klasifikační a diagnostické systémy	13
1.1.3 Příčiny duševních onemocnění	15
1.1.4 Etapy duševního onemocnění	15
1.1.5 Zdravotní a sociální péče pro osoby s duševním onemocněním	16
1.2 Krize	19
1.2.1 Definice krize	19
1.2.2 Spouštěče krize, její typy a fáze	20
1.3 Specifika práce s krizí u osob s duševním onemocněním	22
1.4 Možnosti podpory a intervencí při krizových stavech u osob s duševním onemocněním	26
1.4.1 Odborná pomoc v krizi.....	27
1.4.2 Krizová intervence	28
1.5 Vybrané teorie a přístupy využívané při práci s klientem s duševním onemocněním	30
1.5.1 Specifické techniky práce s klientem v krizové situaci.....	34
1.6 Způsoby práce s klientem s duševním onemocněním v rámci modelu CARE.....	35
2 Výzkumná část / Praktická část	40
2.1 Cíl výzkumu	40
2.2 Metodika výzkumu	40
2.2.1 Limity výzkumu	42
2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	43
2.3.1 Rozpoznání krize a její projevy u lidí s duševním onemocněním.....	44
2.3.2 Projevy krize u lidí s duševním onemocněním.....	46
2.3.3 Vnímání krize lidmi s duševním onemocněním	48
2.3.4 Spouštěče krizí.....	50
2.3.5 Zvládání krizí a podpora.....	53
2.3.6 Způsoby práce s krizí.....	55
2.3.7 Prevence a mezioborová spolupráce.....	57
2.3.8 Výzvy a limity v práci s krizí.....	59
2.3.9 Doporučení pro zlepšení práce s krizí	61
2.4 Shrnutí	63
2.5 Diskuse.....	64
2.6 Přínos práce a příklady dobré praxe	65
Závěr	67
Seznam použitých zdrojů	69
Přílohy	72

Seznam obrázků

Obr. 1: Ukazatelé rozpoznání krize	45
Obr. 2: Projevy krize	47
Obr. 3: Faktory ovlivňující rozpoznání krize klientem	49
Obr. 4: Spouštěče krizí	51
Obr. 5: Faktory a postupy podporující zvládání krizí a pomáhající je překonávat	54
Obr. 6: Práce s krizí v oblasti duševního zdraví – komplexní proces	56
Obr. 7: Prevence krizí	58
Obr. 8: Výzvy a limity	60
Obr. 9: Doporučení pro praxi	62

Seznam zkratek

APM	American Psychiatric Association
<u>C</u> ARe	Comprehensive Approach to Rehabilitation
CDZ	Centra duševního zdraví
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
ICD	Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
SZU	Státní zdravotní ústav
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VIZDOM	Včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Téma duševního zdraví a krizové intervence je v současné době mimořádně aktuální a společensky významné. Cílem této diplomové práce je analyzovat a zhodnotit současné postupy práce s klientem v krizi, identifikovat hlavní rizikové faktory vedoucí ke krizovým situacím a navrhnout preventivní opatření. Práce se zaměřuje na teoretický popis krize a duševních onemocnění, mapuje efektivní intervence a metody práce s krizí a zkoumá roli různých odborníků v krizové intervenci. Na základě provedeného výzkumu pak budou formulována praktická doporučení pro zlepšení péče o lidi s duševním onemocněním během krizových situací.

Motivací k výběru tohoto tématu je osobní i profesní zkušenost autorky. Působím v oblasti duševního zdraví, kde pracuji s lidmi s duševním onemocněním, kteří často procházejí náročnými životními krizemi. Denně se setkávám s otázkami, jak krize vznikají, jak je lidé zvládají a jak jim mohou odborníci účinně pomoci. Zároveň se snažím na krizi nahlížet také z perspektivy pracovníka v pomáhající profesi – tedy z pohledu člověka, který poskytuje podporu, pomáhá klientům zorientovat se v jejich situaci a hledat cestu k zotavení. Téma jsem si zvolila také proto, že věřím, že kvalitní práce s krizí může zásadně ovlivnit průběh duševního onemocnění a kvalitu života člověka, který jím prochází.

Aktuálnost problematiky je zřejmá nejen z rostoucího společenského zájmu o duševní zdraví, ale také v souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče v České republice, jejímž cílem je posílit komunitní služby, mezi které patří i krizová centra a služby zaměřené na včasnou pomoc lidem v akutních stavech. Zároveň narůstá povědomí o významu prevence, destigmatizace a multidisciplinární spolupráce odborníků.

Problematika práce s krizí u lidí s duševním onemocněním je v současnosti široce diskutovaná jak v odborné literatuře, tak v praxi. Krize představuje podle Vymětala (1995) a Vodáčkové (2020) stav, kdy jedinec ztrácí schopnost zvládat zátěž běžnými způsoby a jeho psychická rovnováha je výrazně narušena. U osob s duševním onemocněním bývá krize často spojená s náhlým zhoršením zdravotního stavu, relapsem onemocnění nebo s vnějším stresem, který překračuje jejich adaptační možnosti. Krizová intervence se v takových případech stává klíčovým nástrojem, jehož cílem je stabilizovat klienta, obnovit jeho funkční schopnosti a zabránit dalšímu zhoršení stavu.

Současné přístupy k práci s krizí vycházejí z multidisciplinárního pojetí, které propojuje prvky psychologie, psychiatrie a sociální práce. V České republice je oblast krizové pomoci úzce spojena s reformou psychiatrické péče, jejímž cílem je přesun důrazu z institucionální na komunitní formu podpory. Klíčovou roli zde hrají Centra duševního zdraví, krizová centra, linky důvěry a mobilní krizové týmy, které nabízejí okamžitou a dostupnou pomoc v přirozeném prostředí klienta. Reforma současně podporuje rozvoj komunitních a terénních služeb, které usilují o destigmatizaci duševních onemocnění a posilování soběstačnosti klientů (MZČR, 2021; NUDZ, 2021).

Práce s krizí u osob s duševním onemocněním má i výrazný sociální rozměr. Lidé s duševním onemocněním se často potýkají s problémy v oblasti sociálních vztahů, zaměstnání, bydlení či ekonomické stability, což může být významným rizikovým faktorem vzniku krizí (Hosák a Hosáková, 2022). Z tohoto důvodu je nezbytné, aby péče o tyto osoby nebyla pouze

zdravotnická, ale také sociálně orientovaná. Sociální pracovník zde vystupuje jako koordinátor podpory, zprostředkovatel pomoci i průvodce klienta v náročném období.

Téma práce s krizí u lidí s duševním onemocněním je úzce spjato s posláním sociální práce, jejímž cílem je pomáhat lidem zvládat obtížné životní situace, podporovat jejich sociální začlenění a rozvoj soběstačnosti. Sociální práce v oblasti duševního zdraví propojuje zdravotní, psychologický a sociální kontext, čímž zajišťuje komplexní podporu člověka v jeho přirozeném prostředí. Sociální pracovník působící v péči o duševní zdraví musí rozumět psychickým onemocněním, ale zároveň umět hodnotit jejich sociální dopady – například ztrátu zaměstnání, narušené rodinné vztahy či izolaci. V krizových situacích má nezastupitelnou roli při koordinaci služeb, poskytování krizové podpory, zprostředkování kontaktu s lékaři či institucemi a pomoci při stabilizaci životních podmínek klienta. Práce s krizí tak představuje průnik teoretických i praktických přístupů sociální práce. Umožňuje propojit individuální podporu, poradenství, případový management a komunitní práci. Tento mezioborový rámec odpovídá současnému pojetí sociální práce, která je zaměřena na zplnomocňování, prevenci sociálního vyloučení a zotavení člověka v jeho sociálním i psychickém kontextu.

1 Teoretická část

Diplomová práce se zabývá tématem práce s krizí u osob s duševním onemocněním. V teoretické části se nejprve věnuje vymezení pojmu duševní zdraví a duševní onemocnění, jejich příčinám, etapám a klasifikaci. Následuje kapitola věnovaná problematice krize – její definici, typům, fázím i souvislosti s duševním onemocněním. Další část se zaměřuje na specifika práce s krizí, například na komunikaci, nastavení prostředí, zapojení rodiny či etický přístup. V práci jsou dále představeny možnosti odborné pomoci a intervence v krizi, fáze krizové intervence a její cíle. Samostatná kapitola je věnována vybraným přístupům a teoriím využívaným v práci s klienty, včetně psychologických, poradenských a terapeutických přístupů, přičemž zvláštní pozornost je věnována modelu CARE. Ten je podrobněji rozpracován v závěrečné části teoretické části, která se soustředí na konkrétní nástroje využívané při práci s klientem v krizi (např. plán osobní podpory, krizová karta, analýza sociální sítě) a také na otázku dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace.

Tato diplomová práce se zaměřuje na práci s krizí u lidí s duševním onemocněním, přičemž pozornost je věnována především osobám trpícím závažnými duševními poruchami, zejména v rámci diagnostické kategorie F2 – schizofrenie, schizotypní a bludné poruchy, a částečně také klientům s afektivními poruchami – F3, jako je bipolární afektivní porucha nebo těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky. Tyto skupiny jsou vybrány záměrně, neboť právě u nich dochází ke krizovým situacím nejčastěji a jejich průběh bývá obzvláště závažný. Vzhledem k profesnímu zaměření autorky práce však text vychází i ze zkušeností s širším okruhem lidí s duševními diagnózami, u nichž se krizové situace rovněž objevují a vyžadují citlivý a individuální přístup v rámci sociální práce.

1.1 Duševní zdraví a duševní onemocnění

Duševní zdraví představuje důležitý aspekt celkové pohody člověka a výrazně ovlivňuje jeho schopnost zvládat každodenní životní výzvy. V této kapitole bude pozornost věnována vymezení základních pojmů, porozumění tomu, co je považováno za „normální“ a „abnormální“, a jak jsou tyto hranice určovány. Dále budou popsány jednotlivé etapy vývoje duševního onemocnění a přiblíženy hlavní klasifikační a diagnostické systémy, které se využívají při určování duševních poruch. Cílem kapitoly je vytvořit teoretický rámec pro hlubší porozumění duševnímu onemocnění, které je úzce propojeno s tématem krizí, jimž se práce dále věnuje.

1.1.1 Vymezení pojmů a problematika normy

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je duševní zdraví definováno jako stav duševní pohody, který umožňuje lidem zvládat běžné životní stresy, realizovat své schopnosti, učit se pracovat efektivně a přispívat své komunitě. Tato definice zdůrazňuje, že duševní zdraví není pouze nepřítomnost duševních poruch, ale zahrnuje celkovou schopnost jednotlivce fungovat a přispívat společnosti (WHO, 2025).

Duševní zdraví člověka může být narušeno mnoha různými vlivy, jako je například dlouhodobý stres, náhlé životní zvraty či složité situace v zaměstnání, škole nebo rodinném prostředí. Riziko dále zvyšují i určité osobnostní rysy nebo predispozice. Pokud dojde k narušení duševního zdraví,

časem se může rozvinout v duševní onemocnění způsobující změny v emocích, myšlení, a dokonce i chování (SZU, 2025).

Podle dat Národního ústavu duševního zdraví trpělo v roce 2020 duševní poruchou téměř 30 % dospělých v České republice. V krajních případech může duševní onemocnění vést až k sebevraždě – dle údajů Českého statistického úřadu spáchalo v roce 2020 sebevraždu 1 224 osob, z toho 1 009 mužů a 215 žen (NUDZ, 2021).

Práce s lidmi zahrnuje důležitý proces hodnocení jejich projevů, zejména těch, které jsou viditelné. V průběhu své praxe si každý vypracuje určitá hodnotící kritéria, která následně používá. I přesto se občas může stát, že si není jistý, jak správně hodnotit konkrétního klienta. Tato nejistota bývá oprávněná, protože stanovení toho, co ještě považujeme za normální, je často složité. Hranice normy jsou flexibilní a závislé na různých faktorech. Normalitu lze posuzovat podle různých kritérií, která závisí na okolnostech hodnocení. Statistické pojetí normy vychází z četnosti nebo intenzity daných projevů. Tento přístup se uplatňuje především tehdy, když je hodnocení možné kvantifikovat (změřit nebo vyjádřit číselně). Může se jednat o četnost určitého projevu (např. opakované konflikty s ostatními) nebo jeho intenzitu (např. úzkostnost). V takovém případě je možné rozlišovat mezi průměrnými hodnotami, hodnotami vzdálenými od průměru a extrémními hodnotami (Vágnerová, 2014).

Hranice mezi normou a abnormálním chováním bývá často plynulá, kontinuální, a ne vždy zcela jasná. Tyto hranice se vyvíjejí a mění v souladu s vývojem společnosti a naším poznáním. Je důležité chápat normy jako důležitá, avšak pomocná měřítká. Pojetí normy a abnormity by však nikdy nemělo potlačovat individualitu a jedinečnost člověka. Hovoříme-li o psychice, snaha o vymezení duševního zdraví je ještě obtížnější. Hranice mezi zdravím a patologií může být někdy zcela jednoznačná, jindy naopak velmi neostrá (Orel a kol., 2020).

Obvykle platí, že to, co je v dané společnosti běžné, není považováno za abnormální. Sociokulturní pojetí normality vychází z toho, že hodnocení toho, co je považováno za normální, závisí na souboru norem a očekávání dané společnosti. Za normální je považováno to, co odpovídá obvyklým představám o vykonávání určité sociální role nebo o chování, které je v dané situaci považováno za vhodné. Míra tolerance společnosti k odchylkám může být různá a v průběhu času se může měnit. Tento přístup k normalitě odráží hodnoty a normy střední a vyšší sociální vrstvy, přičemž nižší vrstvy tuto normu často nemohou výrazně ovlivnit. Sociokulturní norma se projevuje ve stereotypch postojů k lidem, kteří se od normy odchylují, a jejich chování bývá častěji považováno za nepřijatelné nebo abnormální. Takto je hodnoceno proto, že se vymyká běžným očekáváním. Méně příznivě jsou hodnoceny i všechny výrazné projevy, přestože nemusí být příznakem závažnějších poruch. Obecná potřeba orientace vede k tendenci označovat odlišné jedince a v souvislosti s tím často dochází i k jejich stigmatizaci. Tento problém se vyskytuje při hodnocení nejen zdravotně postižených, ale také sociokulturně odlišných skupin. Příčinou bývá nedostatek informací a rozdílné pojetí norem většinové společnosti a různých menšin. Pro laika je obtížné rozlišit různé projevy, jejichž podstatě příliš nerozumí (Vágnerová, 2014).

Normalita je často spojována se zdravím, tedy s nepřítomností nemoci. Takové vymezení je však poměrně zúžené, neboť zdraví a norma nejsou totožné pojmy. V některých případech může být za „normální“ považován i stav, který je potenciálně nebo skutečně chorobný. Typickým příkladem jsou projevy stárnutí, kdy určité změny, například poruchy paměti, zpomalení reflexů

či snížená schopnost učení, bývají vnímány jako běžné, pokud nepřekročí určitou hranici. Negativní vymezení normality, tedy chápání zdraví pouze jako nepřítomnosti nemoci, vede k příliš zjednodušenému pohledu na lidskou psychiku. Přesto lze z praktického hlediska připustit, že pojmy „zdravý“ a „normální“ se v medicíně často prolínají (Svoboda a kol., 2006).

Jahoda (1958) vymezila již před více než půl stoletím šest základních kritérií duševního zdraví, ze kterých odborníci vychází dodnes: pozitivní postoj k sobě samému, osobnostní růst a seberealizaci, vyvinuté syntetizující funkce, autonomii, realistické vnímání reality a schopnost zvládat nároky prostředí. Tato kritéria poukazují na to, že duševní zdraví není statický stav, ale dynamický proces, který odráží schopnost člověka přizpůsobovat se životním podmínkám a udržovat vnitřní rovnováhu (Jahoda, 1958).

Průběh duševního onemocnění často přináší četné krizové situace, které mohou být vyvolány jak samotnými příznaky onemocnění, tak i vnějšími okolnostmi. Například osoby trpící psychózou mohou vnímat svět odlišným způsobem, což může vést k halucinacím, bludům a dalším symptomům, které zvyšují riziko krizových stavů. Tyto stavy mohou být dále komplikovány sebepoškozováním nebo sebevražednými myšlenkami, které jsou indikátorem závažné krize duševního zdraví (NUDZ, 2021).

1.1.2 Klasifikační a diagnostické systémy

To, co je v určité době a kulturním kontextu považováno za duševní onemocnění, je zakotveno v diagnostických a klasifikačních manuálech. Tyto systémy reflektují aktuální vědecké poznatky, ale také společenské normy a představy o „normalitě“ a „odchylce“. Představují tak nejen nástroj odborné diagnostiky, ale i významný rámec, který ovlivňuje, jak jsou jednotlivé projevy lidského prožívání a chování vnímány a posuzovány. V této kapitole budou představeny dva hlavní klasifikační systémy, které se v praxi nejčastěji využívají – Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM).

Orel a kol. (2020) uvádí, že klasifikační a diagnostické systémy jsou nedílnou součástí klinické praxe a medicíny, postupně se vyvíjejí a zpřesňují. Mnohými jsou kritizovány, ale je třeba uznat, že každý takový systém je zjednodušením, zároveň je limitem a oporou.

Jak již bylo uvedeno, oficiální klasifikační systémy jsou dva – *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* a *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch*. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN), známá v angličtině jako International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), je systém vytvořený Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Tento systém slouží k označování a třídění nemocí, poruch, zdravotních potíží a souvisejících stavů. Nové verze MKN jsou pravidelně aktualizovány přibližně každých 10 let. V současné době je v České republice stále oficiálně používána 10. revize (MKN-10), nicméně 11. revize (MKN-11) je již postupně zaváděna do praxe (ÚZIS ČR, 2021).

Duševní poruchy tvoří v MKN-10 samostatnou kapitolu. Pro sociální pracovníky je tato klasifikace cenným nástrojem, protože jim pomáhá rozpoznat hlavní příznaky duševních poruch, porozumět jejich průběhu a vlivu na život člověka. Slouží jako průvodce pro pochopení syndromů, diagnóz a jejich dopadů na každodenní fungování lidí (Probstová a Pěč, 2014).

V této práci bude vycházeno především z klasifikace podle MKN-10.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) je odborná příručka, kterou vydává Americká psychiatrická asociace. Slouží k popisu, klasifikaci a diagnostice duševních poruch a je široce uznávaným standardem v oblasti psychiatrie a psychologie. V současnosti je platná pátá revize tohoto systému – DSM-5, která sjednocuje diagnostická kritéria a poskytuje odborníkům společný jazyk pro určování a popis duševních onemocnění. Manuál poskytuje společný jazyk a standardizovaná kritéria, která odborníkům pomáhají při určování diagnózy duševních onemocnění. (American Psychiatric Association, 2025).

V níže uvezené tabulce je rozdělení druhů duševních poruch a jejich charakteristika.

Tabulka č. 1: Přehled duševních poruch

Druh poruchy	Charakteristika
F00-F09 - Organické duševní poruchy včetně symptomatických	Tato skupina zahrnuje duševní poruchy spojené s prokazatelným poškozením mozku v důsledku onemocnění, úrazu nebo dysfunkce. Poškození může být přímé (primární) nebo jako důsledek jiných systémových onemocnění (sekundární).
F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	Tyto poruchy představují skupinu duševních onemocnění, která vznikají v přímé souvislosti s užíváním látek ovlivňujících psychiku.
F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	Vyznačují se narušením myšlení, vnímání a emocí, které jsou nepřiměřené nebo otupělé. Typickými příznaky jsou halucinace (zejména sluchové), bludy, poruchy myšlení a negativní symptomy.
F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)	U těchto poruch je klíčovým znakem narušení nálady, které se může projevovat řadou dalších potíží - fyziologické a kognitivní poruchy, poruchy ve vztahu k sobě, potíže v chování.
F40-F48 - Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	Tyto poruchy jsou spojeny především s problémy souvisejícími s úzkostí, stresovými faktory a tělesnými symptomy, které nemají jasný organický základ.
F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami	Představují skupinu duševních poruch, které se projevují narušením základních biologických funkcí (např. příjem potravy - mentální anorexie a bulimie, spánek, sexuální funkce či adaptace na tělesné změny).
F60-F69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých	Jedná se o dlouhodobé trvale zakořeněné vzorce myšlení, vnímání, cítění a chování, které významně odchyľují od očekávání dané kultury a způsobují problémy v sociálním, pracovním nebo jiném důležitém fungování.

F70-F79 - Mentální retardace	Označuje stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který se projevuje narušením základních intelektových schopností během vývojového období. Tento stav ovlivňuje všechny složky inteligence – poznávací, řečové, motorické i sociální.
F80-F89 - Poruchy psychického vývoje	Tyto poruchy se vyznačují se raným nástupem v kojeneckém nebo dětském věku, trvalým průběhem bez remisí a relapsů a narušením vývojových funkcí úzce spjatých s biologickým zráním centrální nervové soustavy.
F90-F98 - Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání	Představují skupinu poruch, které se typicky objevují v raném věku a jsou charakterizovány vývojově nepřiměřeným chováním či emočními reakcemi. Tyto poruchy zahrnují například poruchu pozornosti s hyperaktivitou.
F99 - Neurčená duševní porucha	Sem patří zjevné duševní poruchy, které nelze podle dostupných informací přesněji zařadit do konkrétní diagnostické kategorie.

Zdroj: ÚZIS ČR (2021)

1.1.3 Příčiny duševních onemocnění

Podle Probstové a Pěče (2014) vznik duševních onemocnění souvisí s bio-psycho-sociální interakcí, při které se vzájemně ovlivňují různé faktory. *Biologické faktory* zahrnují genetické predispozice, jako je výskyt duševních onemocnění v rodině, nerovnováhu neurotransmiterů (například serotonin a dopamin), nebo poškození mozku, například v důsledku úrazů či infekcí. *Psychologické faktory* zahrnují osobní traumata, jako je zneužívání nebo ztráta blízké osoby, nízké sebevědomí a nezdravé vzorce myšlení, stejně jako stresové situace, které jedinec není schopen adekvátně zvládat.

Současné poznatky doplňují ve svém článku L. a J. Hosákovi (2022), kteří poukazují skutečnost, že je nezbytné klást důraz na *sociální a environmentální faktory*, které hrají významnou roli ve vzniku i průběhu duševních onemocnění. Mezi nejzávažnější negativní faktory patří sociální vyloučení a izolace, nezaměstnanost, ekonomická nejistota, chudoba, zhoršené životní podmínky, narušené rodinné nebo partnerské vztahy a stigmatizace či diskriminace osob s duševním onemocněním. Dlouhodobé vystavení těmto nepříznivým podmínkám může být spouštěčem onemocnění i u osob bez zjevné genetické zátěže.

Stresující životní události jsou často identifikovány jako významné spouštěče duševních poruch. Například studie publikovaná v časopise The Lancet Psychiatry zjistila, že u pacientů, kteří po první epizodě psychózy zažili stresující události, byla vyšší pravděpodobnost relapsu ve srovnání s těmi, kteří takové události nezažili. Stresující události mohou nejen spustit první epizodu duševního onemocnění, ale také vést k relapsu nebo zhoršení stavu u pacientů s již existující diagnózou (Bhattacharyya, 2023).

1.1.4 Etapy duševního onemocnění

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) rozdělují duševní onemocnění do několika fází, které se mohou lišit délkou, intenzitou i projevy. Tyto etapy ukazují, že projevy duševního onemocnění

se v čase mění a mohou se vracet. Podpora i intervence by proto měly být flexibilní, přizpůsobené aktuální fázi onemocnění a potřebám člověka.

- *Období zdraví / premorbidní osobnost* – projevují se běžné rysy osobnosti, formované genetickými faktory a prostředím.
- *Premorbidní projevy* – nespecifické potíže (únava, poruchy spánku), které ještě neumožňují stanovit diagnózu.
- *Prodromální stádium* – úvodní chorobné, ale stále nespecifické příznaky; může být zvrtné při včasné zásahu.
- *Úvodní akutní/subakutní stádium* – k nespecifickým projevům se přidávají příznaky umožňující základní diagnostiku (např. psychomotorický neklid, poruchy spánku, nechutenství).
- *Období manifestace* – výskyt symptomů typických pro konkrétní poruchu; umožňuje přesnou diagnózu a cílenou léčbu.
- *Období doznívání* – ústup specifických příznaků, návrat rysů premorbidní osobnosti.
- *Rekonvalescence* – zlepšení sociálních a funkčních schopností; některé nespecifické projevy nebo důsledky léčby mohou přetrvávat.
- *Obnovené zdraví* – ideálně vymizení příznaků; u některých nemocí mohou přetrvávat trvalé změny, jejichž riziko snižuje včasná léčba.

1.1.5 Zdravotní a sociální péče pro osoby s duševním onemocněním

Zdravotní péče o osoby s duševním onemocněním je v České republice zajišťována prostřednictvím víceúrovňového systému, který propojuje různé formy služeb – od ambulantní péče, přes lůžkovou léčbu až po nově vznikající komunitní formy podpory. Tento systém se v posledních letech dynamicky proměňuje v souvislosti s reformou psychiatrické péče, jejímž cílem je posílit dostupnost a kontinuitu služeb, zkrátit délku hospitalizací a klást větší důraz na podporu života lidí s duševním onemocněním v běžné komunitě.

Systém zdravotní péče zahrnuje:

- ambulantní psychiatrická péče,
- psychiatrické nemocnice a lůžková péče (akutní hospitalizace, dlouhodobá léčba, specializovaná oddělení),
- péče zajišťovaná v rámci reformy psychiatrické péče (psychiatrická centra duševního zdraví, důraz na komunitu).

V rámci systému zdravotní péče v České republice tvoří jednu z klíčových složek síť ambulantních psychiatrických zařízení. Dlouhodobě se jejich počet pohybuje přibližně kolem jednoho tisíce, takže celková kapacita zůstává spíše stabilní. Součástí systému zdravotní péče v České republice je také psychiatrická lůžková péče, a to jak v rámci akutních oddělení, tak i dlouhodobé a specializované léčby. Akutní hospitalizace jsou tradičně zajišťovány především na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. V návaznosti na reformu psychiatrické péče navíc probíhá transformace tradičních psychiatrických nemocnic a léčeben. Tyto instituce postupně snižují kapacitu lůžek určených pro následnou péči a stále více se zapojují do poskytování akutní hospitalizační péče, a to v souladu s potřebami jednotlivých regionů (Národní portál psychiatrické péče, 2025).

Lůžková psychiatrická péče představuje důležitou součást systému péče o duševní zdraví a je poskytována v několika typech zařízení – na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic (zejména akutní lůžka), v psychiatrických nemocnicích a ve specializovaných lůžkových zařízeních zaměřených na určité diagnózy či terapeutické přístupy. Přijetí do lůžkového zařízení může probíhat dobrovolně, kdy osoba sama se svou hospitalizací souhlasí, nebo nedobrovolně, pokud v důsledku duševní poruchy odmítá péči, ale její stav ohrožuje ji samotnou či okolí. Dobrovolné přijetí na lůžkové oddělení se týká osob, které samy vyhledají odbornou pomoc, nebo s navrženou hospitalizací souhlasí. Tento typ hospitalizace je v souladu s právem pacienta rozhodovat o své léčbě a probíhá v rámci běžného léčebného režimu. Nedobrovolná hospitalizace nastává ve chvíli, kdy je jedinec z důvodu duševní poruchy závažně ohrožen na životě nebo zdraví, případně představuje riziko pro své okolí, a přitom odmítá léčbu nebo není schopen o ní rozhodovat. V takovém případě je hospitalizace možná i bez jeho souhlasu, avšak za jasně stanovených zákonných podmínek a s důrazem na minimalizaci zásahu do osobní svobody. Nedobrovolné přijetí musí být následně oznámeno soudu, který rozhoduje o oprávněnosti tohoto opatření (Psychoportal, 2025).

V české psychiatrické péči vzniká výrazný systémový posun — reforma psychiatrické péče. Usiluje o přeměnu modelu, v němž hlavním cílem není pouze udržení lůžkové péče, ale vytvoření komplexního systému služeb, který klade důraz na péči v komunitě a na multidisciplinární přístup. V rámci těchto změn se v zařízeních psychiatrické péče postupně snižuje počet lůžek, a to nikoliv jako účelné „propouštění“, ale jako součást transformace systému — tak, aby lůžková péče nepřebírala úlohu chybějících ambulantních či komunitních služeb. Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti bývají nejčastěji lidé s těžkými duševními onemocněními, jako je například schizofrenie. Vzhledem k tomu, že výstupy analýz ukazují, že mnozí z těchto pacientů mají významné sociální potřeby (např. 43 % nemá zajištěno bydlení, 46 % má velmi nízký příjem), je nezbytné, aby reforma byla doprovázena rozvojem podpůrných služeb — nejen zdravotních, ale i sociálních — v komunitě. Zásadním pilířem reformy jsou Centra duševního zdraví, která poskytují terénní i ambulantní péči, koordinují návazné služby a fungují jako most mezi nemocnicemi, ambulancemi a komunitní péčí. Jejich cílem je nabídnout klientům podporu tam, kde žijí, a minimalizovat nutnost dlouhodobé hospitalizace (MZČR, 2019).

Centrum duševního zdraví představuje důležitý meziklánek mezi ambulantní psychiatrickou péčí, primární zdravotní péčí a specializovanou či akutní lůžkovou péčí. Jeho hlavní úlohou je předcházet zbytečným hospitalizacím, případně zkracovat jejich délku, a zároveň podporovat návrat dlouhodobě hospitalizovaných pacientů zpět do běžného života v komunitě. V rámci své spádové oblasti zajišťuje propojení různých typů služeb a nabízí programy, které podporují kontinuitu péče. Týmy center pracují metodou case managementu, což umožňuje poskytovat klientům pružnou a individuálně přizpůsobenou podporu bez čekacích lhůt. Péče tak může být skutečně zaměřena na potřeby konkrétního člověka. Cílem činnosti center je maximální sociální integrace a dosažení klinického i osobního zotavení klientů. K tomu centra úzce spolupracují nejen se zdravotnickými a sociálními službami, ale také s institucemi a organizacemi z oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení či volnočasových aktivit, které jsou primárně určeny pro širokou veřejnost (MZČR, 2021).

Systém sociálních služeb v České republice zahrnuje široké spektrum podpory zaměřené na osoby s duševním onemocněním. Tyto služby mají za cíl posílit soběstačnost, umožnit setrvání

v přirozeném prostředí a zvýšit kvalitu života prostřednictvím individuálně přizpůsobené pomoci.

Konkrétní sociální služby jsou specifikovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi nejvýznamnější formy podpory patří chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny a centra denních služeb. Chráněné bydlení představuje pobytovou sociální službu, která je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Podle § 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je chráněné bydlení realizováno ve formě skupinového nebo individuálního bydlení. Cílem služby je poskytnout uživatelům podporu, která jim umožní žít co nejvíce samostatně, začlenit se do společnosti a udržet si vlastní způsob života v podmínkách co nejvíce podobných běžnému bydlení.

Podle § 67 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, představují sociálně terapeutické dílny ambulantní službu určenou osobám se sníženou soběstačností v důsledku zdravotního postižení. Tyto osoby se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou uplatnit na otevřeném ani na chráněném trhu práce. Smyslem služby je dlouhodobá a pravidelná podpora při rozvoji pracovních návyků a dovedností. Ta probíhá prostřednictvím sociálně pracovní terapie, která přispívá nejen k rozvoji praktických schopností, ale také k posílení sociálních dovedností a celkové stability uživatelů.

Centra denních služeb jsou vymezena v § 45 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o ambulantní služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností v důsledku věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Tyto osoby potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání běžných životních situací. Cílem center denních služeb je nejen zajištění nezbytné podpory v každodenních činnostech, ale také vytváření podmínek pro aktivní trávení volného času, sociální interakci a zachování maximální možné míry samostatnosti uživatelů.

Významnou součástí systému služeb je také sociální rehabilitace, která je zakotvena v § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální rehabilitace je definována jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti uživatelů. Probíhá prostřednictvím rozvoje schopností, posilování návyků a nácviku výkonu běžných životních činností, a to za využití zachovaných kompetencí a potenciálů jednotlivce. Podporu zde poskytují terénní týmy.

Terénní týmy představují multidisciplinární formu podpory, kterou zajišťují různí odborníci, například case manažeři, sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, zdravotní sestry, peer konzultanti či specialisté IPS. Tyto týmy působí v přesně vymezeném území a zaměřují se na konkrétní cílovou skupinu, např. na osoby s duševním onemocněním. Podpora probíhá přímo v přirozeném prostředí klientů, tedy v jejich domovech nebo komunitách. Kromě přímé péče používají metody, jako je case management, který zahrnuje koordinaci aktivit, tvorbu společného plánu podpory a spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními institucemi. Dále využívají asertivní způsoby kontaktování osob odmítajících pomoc a poskytují krizové služby v situacích zhoršení zdravotního stavu, při hospitalizaci nebo v rámci krizové intervence (Šupa, 2024).

Kromě těchto možností mohou osoby s duševním onemocněním využívat krizovou intervenci, poskytovanou krizovými týmy, která je blíže popsána v kapitole 4. Tyto služby se zaměřují na okamžitou pomoc při akutních situacích, psychických krizích nebo zhoršení zdravotního stavu a poskytují rychlou odbornou podporu s cílem stabilizovat situaci uživatele a minimalizovat rizika spojená s krizí.

Jedním z dalších nástrojů podpory osob se zdravotním postižením je podpora zaměstnávání prostřednictvím chráněného trhu práce a sociálního podnikání. Tyto formy umožňují znevýhodněným osobám začlenění na trh práce, rozvoj pracovních dovedností a získání ekonomické samostatnosti. Chráněný trh práce tvoří zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než polovinu osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých pracovníků a mají s Úřadem práce uzavřenou písemnou dohodu o uznání statusu zaměstnavatele na chráněném trhu práce. Tato dohoda se uzavírá prostřednictvím krajské pobočky Úřadu práce, a to podle místa sídla zaměstnavatele (jde-li o právnickou osobu) nebo podle místa jeho bydliště (jde-li o fyzickou osobu). Zaměstnavatelé působící na chráněném trhu práce vytvářejí pracovní podmínky přizpůsobené potřebám osob se zdravotním postižením, čímž jim umožňují stabilní zaměstnání a rozvoj jejich profesních dovedností. Tento systém zároveň podporuje začleňování znevýhodněných osob na otevřený trh práce (Úřad práce ČR, 2025).

1.2 Krize

V této kapitole se podrobněji zabývám fenoménem krize, jeho významem a různorodými definicemi, jak je vykládají různí odborníci. Dále se zaměřuji na klíčové složky, které krizi utvářejí, rozlišuji její základní typy a popisuji jednotlivé fáze, jimiž člověk během krizového procesu prochází. V závěrečné části pak zkoumám krizi v kontextu duševního onemocnění.

1.2.1 Definice krize

Krizi definuje spousta autorů různě, např. Vymětal (1995) krizi definuje jako důsledek střetu s překážkou, kterou není jedinec schopen zvládnout vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, případně pomocí blízkého okolí zvládnout v přijatelném čase a obvyklým způsobem.

Dle Vodáčkové a kol. (2020) můžeme krizi specifikovat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, bez které by nebylo možné dosáhnout životního posunu.

Krizi jako situaci, kdy člověk čelí výraznému a neočekávanému problému, který považuje za nezvládnutelný, popisuje Vágnerová (2014). Taková situace může vzniknout náhle, například jako následek nahromaděného stresu nebo náročné situace. U jedince se mění uvažování a hodnocení dané situace, má pocit ochromení, bezmocnosti a bezradnosti, mění se i chování, které může být také nepřiměřené, buď utlumené, nebo může mít charakter afektivního výbuchu. Krize je signálem, že dosavadní strategie zvládání stresu jsou nedostačující, a proto je nutné hledat nové, účinnější způsoby řešení. Úspěšné zvládnutí krize zahrnuje přepracování pohledu na situaci a nalezení vhodných metod, jak s ní zacházet. Ne každé řešení je však konstruktivní – například útěk ke konzumaci návykových látek problém neřeší, ale spíše ho prohlubuje.

Vodáčková a kol. (2020) uvádí, že v medicíně se pojmu krize používá pro ten okamžik nemoci, kdy se rozhoduje, zda nemoc zvítězí, nebo ustoupí.

Dle Orla a kol. (2020) o krizi vždy rozhoduje člověk, kterého se krizová situace týká. Krizi vždy definuje jedinec, který ji prožívá – pokud člověk vnímá určitou situaci jako krizovou, jedná se o krizi. Krize v osobní či osobnostní oblasti mohou zároveň představovat příležitost a cestu k rozvoji osobnosti.

Také Špatenková (2017) zdůrazňuje, že je důležité především vnímání dané události jedincem. Pro rozvoj krize je zásadní především to, jak daný jedinec situaci vnímá, ne tolik to, co se ve skutečnosti stalo, ale spíše to, domu se to stalo a jestli je pro jedince tato situace ohrožující nebo ne.

Odolnost vůči zátěži je ovlivněna mnoha faktory; vrozenými predispozicemi, osobními zkušenostmi a aktuálním psychickým i fyzickým stavem. Reakce na stres obvykle vycházejí ze dvou základních evolučních mechanismů – boje a útěku. Boj představuje aktivní přístup, kdy jedinec ohrožuje situaci, zatímco je opačnou strategií, kdy se člověk snaží vyhnout situaci, kterou vnímá jako neřešitelnou (Vágnerová, 2014).

Vodáčková a kol. uvádí (2020), že krize vede obvykle ke změně regulačního vzorce, ke změně regulativních způsobů našeho chování (ať v pozitivní, nebo v negativním smyslu). Nese možnost zásadní změny. Z toho vyplývá, že je zároveň nebezpečím i příležitostí.

Významnou může být krize také pro posílení copingových strategií. Copingové strategie neboli strategie zvládání stresu, pomáhají lidem řešit stresové situace a emoce s nimi spojené. Dělí se na dvě hlavní skupiny: aktivní a vyhýbavé. Aktivní strategie zahrnují přímou reakci na problém, jako je plánování, hledání pomoci nebo akceptace situace (např. vyhledání pomoci). Vyhýbavé strategie zahrnují techniky jako rozptylování nebo ignorování problému. Tyto strategie jsou často spojeny s negativními důsledky, jako je zhoršení fyzického, psychického či akademického zdraví, a někdy jsou považovány za maladaptivní, např. odmítání problému, ignorování (Vozková, 2025).

1.2.2 Spouštěče krize, její typy a fáze

Spouštěcí události vzniku krize, tzv. kritické životní události, Špatenková (2017) popisuje jako emočně významné, důležité události vybočující z každodenní reality. Tyto události vyžadují změnu dosavadního fungování jedince v rodině, ve společenském životě a v jeho vztahu ke světu či vlastnímu já. Mohou mít pozitivní i negativní emoční kontext současně, mohou být očekávané, předpokládané, někdy i chtěné a žádoucí, nebo neočekávané. Očekávané události jsou dvojího druhu:

- *normální, kritická vývojová období* – např. adolescence nebo střední věk, kdy je jedinec obzvlášť zranitelný,
- *přechodové, tranzitorní stavy* – např. svatba nebo stěhování, jedinec opouští jednu roli a vstupuje do jiné, přičemž si musí svojit nové sociální role, řešit novým úkolům a výzvy a přizpůsobit se novým podmínkám.

Špatenková (2017) popisuje tři základní na sebe navazující části krize:

- dojde k události, která se stane spouštěčem krize,
- jedinec tuto událost jako nebezpečí nebo ohrožení,

- naučené způsoby zvládnutí situace nefungují, selhávají, jedinec situaci nezvládá a nastává krize.

Krizí se podrobně zabývá Vodáčková (2020), která rozlišuje několik typů krizí: situační, tranzitorní, krize vyvolané náhlým traumatizujícím stresorem, krize zrání a vývojové, krize pramenící z psychopatologie a neodkladné krizové stavy. *Situační krize* je charakteristická tím, že její závažnost určuje subjektivní vnímání situace, a může být vyvolána například ztrátou (zdraví, blízké osoby), změnou (rozvod, změna zaměstnání) nebo nutností volby (např. mezi dvěma partnery). *Tranzitorní krize* vzniká jako reakce na předvídatelné životní změny, které jsou přirozenou součástí růstu a vývoje jedince či rodiny. Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru je vyvolána neočekávanými vnějšími událostmi, nad nimiž člověk nemá žádnou kontrolu – jako příklad lze uvést úmrtí blízkého, znásilnění, přírodní katastrofy či válečný stres. *Krize zrání a vývojové* nastávají tehdy, když jedinec selhává v důležitých vývojových situacích, často v důsledku nedokončených či nevyřešených témat z minulosti (např. potřeba bezpečí, hranice, moc versus bezmoc). Pokud tyto vývojové úkoly nebyly zvládnuty, mohou přejít do hlubších problémů. Na ně navazuje krize pramenící z psychopatologie, která rovněž vychází z neřešených vývojových otázek, avšak je zesílena specifickou zranitelností osoby, například vlivem predispozice k duševnímu onemocnění nebo narušením rodinného systému. Poslední kategorií jsou *neodkladné krizové stavy*, mezi něž patří naléhavé, akutní situace jako jsou psychotické epizody, intoxikace alkoholem nebo drogami, sebevražedné chování, extrémní impulzivita, agrese, panické ataky či dezorganizované chování spojené s mimořádným psychickým vypětím.

Ještě další typ krize, a to *krizi chronickou* uvádí Špatenková (2017). Ke krizi chronické dochází tehdy, když jedinec nastalou krizi nevyřeší, přijme nějaké neefektivní nebo patologické řešení nebo se v případě traumatické krize zastaví průběh krize ve fázi emoční reakce. Chronická krize se vyznačuje neschopností vyrovnat se krizí, pasivitou, bezradností, rezignací na zodpovědnost, zhoršením psychického i fyzického stavu, problémy v sociálních vztazích a nedostatkem motivace ke změně. Jedinec má i přes zdánlivou manifestaci spolupráce tendenci vyhýbat se řešení krize. Osoby v chronické krizi mají sklon k sebelítosti, obviňování druhých a vyhýbání se řešení krize.

Krize představuje subjektivně velmi silně vnímanou zátěžovou situaci, která narušuje dosavadní rovnováhu jedince a přesahuje jeho schopnosti běžného zvládnutí. Každý člověk reaguje na krizové situace odlišně – to, co jeden vnímá jako zvládnutelné, může být pro jiného nepřekonatelnou překážkou. Výrazným příkladem této individuality je například reakce dětí a mladistvých na školní neúspěch. Zatímco pro některé představuje pouze dočasnou komplikaci, pro jiné může znamenat životní tragédii, která může vést až ke zkratkovitému jednání, včetně sebevražedných pokusů. Typické projevy a průběh krize ve třech základních rovinách. Individuální reakce na krizi jsou velmi rozdílné. U mnoha lidí lze očekávat výskyt silných emočních stavů, jako jsou šok, popření, hněv či deprese, nicméně tyto projevy se nemusí vyskytovat u každého, ani v přesně daném pořadí. Adaptace na krizovou situaci probíhá zpravidla v několika fázích – šok – bezprostřední reakce na událost, spojená s ochromením, zmateností či popřením skutečnosti, popírání – odmítání přijmout realitu krizové situace, obranný mechanismus psychiky, hněv a agrese – fáze silných emocí, často zaměřená na okolí nebo sebe sama, deprese – zklamání, beznaděj, rezignace, adaptace – postupné vyrovnání se se situací, přijetí nové reality a hledání dalšího směru v životě. Tyto fáze nejsou univerzální a nemusejí

nutně probíhat v uvedeném pořadí. Mnohé z nich se mohou překrývat, mohou být opakovaně prožívány, případně některé zcela chybět. Vyrovnání se s krizí není samozřejmé. Přestože se často předpokládá, že se lidé s krizí časem vyrovnají, klinická pozorování ukazují, že u některých osob může krize zanechat trvalé následky. Proces adaptace je ovlivněn řadou proměnných (MZČR, 2021).

1.3 Specifika práce s krizí u osob s duševním onemocněním

Duševní krize podle Vymětala (1995) představují akutní fáze, které mohou nastat u jedinců s duševním onemocněním a jsou charakterizovány náhlým a intenzivním zhoršením psychického stavu. Krize může být reakcí na vnější stresory, životní změny nebo zhoršení psychopatologického stavu. Tyto epizody mohou zahrnovat zvýšenou úzkost, depresi, impulzivní chování nebo dokonce ohrožení vlastního zdraví a života. V takových obdobích dochází k výrazné ztrátě kontroly nad emocemi a chováním, což ztěžuje efektivní zvládnání každodenního života.

Jak Vymětal (1995) zdůrazňuje, duševní krize jsou důležitou součástí psychiatrických poruch a je kladeno velké důraz na včasnou identifikaci a intervenci, které mohou zmírnit následky krizového stavu. V kontextu psychoterapie představuje krizová intervence jednu z klíčových technik, která pomáhá stabilizovat psychický stav jedince a poskytuje mu nástroje pro zvládnání stresových situací. Vymětal upozorňuje, že efektivní krizová intervence může být rozhodujícím faktorem v prevenci dlouhodobých negativních následků, jako jsou recidivy psychických problémů nebo hospitalizace. Vzhledem k tomu, že krize jsou často spojeny s okamžitými změnami v chování a myšlení, je nutné, aby terapeutické intervence byly rychlé, cílené a přizpůsobeny individuálním potřebám klienta. Současně je důležité zaměřit se na posílení psychosociálních zdrojů a podporu klienta v období po krizi, aby bylo možné efektivně obnovit jeho psychickou stabilitu a schopnost fungovat v běžném životě.

Specifika práce s lidmi s duševním onemocněním vyplývají především z kombinace zhoršení kognitivních funkcí, emoční nestability, komunikačních obtíží a zkresleného vnímání reality. Tyto faktory zásadně ovlivňují způsob, jakým tito lidé vnímají svět kolem sebe, reagují na zátěžové situace a komunikují se svým okolím. V krizových situacích je proto klíčové přistupovat k nim s respektem, trpělivostí, strukturou a schopností porozumět jejich prožívání.

V této kapitole se zaměřujeme zejména na psychotické poruchy, protože právě u nich jsou kognitivní deficity a narušení vnímání reality často nejvýraznější. Tyto změny mohou být u některých osob přechodné, například během aktivní fáze psychózy, zatímco u jiných mohou být kognitivní deficity trvalé.

Pro pochopení a efektivní práci s těmito klienty je proto nutné přizpůsobit jim komunikaci. Tento přístup vyžaduje trpělivost, empatii a schopnost flexibilně reagovat na individuální potřeby klienta, což je klíčové pro úspěšnou podporu a zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním.

V České republice trpí duševním onemocněním přibližně 10 % populace. Mezi nejběžnější diagnózy patří úzkostné poruchy, deprese a obsedantně-kompulzivní poruchy. Závažná duševní onemocnění, jako jsou schizofrenie, bipolární afektivní porucha a těžké formy deprese, představují významnou část pacientů vyžadujících intenzivní péči. Tyto údaje vycházejí z analýzy

Národního registru hrazených zdravotních služeb, který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2021).

Sociální pracovníci pracují s lidmi s duševním onemocněním v krizi prostřednictvím respektující a srozumitelné komunikace, zohledňují jejich emoční i kognitivní stav, vytvářejí bezpečné prostředí, podporují spolupráci s rodinou a dalšími odborníky a uplatňují etický přístup založený na důvěře a ochraně důstojnosti klienta. Tato specifika práce jsou popsána níže.

Komunikace

Při komunikaci s klientem je klíčové používat techniky aktivního naslouchání a vyhnout se rychlým úsudkům. Projevy jako zanedbaný vzhled nebo zvýšený hlas mohou mít různé příčiny, a proto je důležité přistupovat k těmto signálům s respektem a porozuměním. Důležitý je i tón hlasu, kterým mluvíme, má zásadní vliv na vybudování důvěry a zajištění porozumění. Klidná a vyrovnaná řeč podporuje lepší přijetí sdělení a pomáhá vytvořit bezpečné prostředí pro otevřenou komunikaci. Neverbální komunikace, jako jsou gesta, postoj nebo mimika, rovněž hraje velkou roli. Je důležité vyvarovat se uzavřených postojů, například zkřížených rukou, a udržovat přiměřenou vzdálenost, aby se klient cítil komfortně a respektován. Používání jednoduchého a srozumitelného jazyka je nezbytné pro lepší porozumění. Krátké věty a civilní jazyk usnadňují komunikaci a zajišťují, že klient jasně pochopí důležité informace. Pro větší přehlednost je dobré klíčové body shrnovat (MZČR, 2021).

Komunikace s lidmi s duševním onemocněním vyžaduje přizpůsobení přístupu aktuálnímu stavu a schopnostem klienta. Správná volba stylu a formy komunikace může výrazně ovlivnit průběh setkání, důvěru i účinnost pomoci. U klientů s organickými duševními poruchami je nutné přizpůsobit rozhovor jejich kognitivním schopnostem. Používáme jednoduchý a srozumitelný jazyk, klademe vždy jen jednu otázku a mluvíme pomalu. Vhodné je oslovovat klienta jménem a komunikovat s ním tehdy, když je v klidném stavu. Je důležité se vyhnout přehnaně zjednodušenému či infantilnímu tónu – ten může klienta znevažovat a snižovat jeho sebeúctu. I v situacích, kdy je třeba chránit bezpečí klienta nebo okolí, je nutné zachovávat princip autonomie a sebeurčení. Rozhovor s klientem se schizofrenií bývá často ztížen zvýšenou úzkostí, nejistotou a poruchou koncentrace. První setkání má především adaptivní charakter, jeho cílem je vytvořit pocit bezpečí. Doporučuje se tzv. orientování klienta – tedy vysvětlení účelu, tématu, délky rozhovoru a role účastníků. Tím se snižuje napětí a zvyšuje důvěra. Pracovník by měl používat otevřené otázky, vyhýbat se otázkám sugestivním či hodnotícím. Pomáhá také shrnutí sdělení a verbální projevy empatie („Rozumím, že to pro vás bylo těžké.“). Důležité je respektovat klientovo tempo, posilovat jeho sebevědomí pravdivými pozitivními komentáři a vyhnout se direktivnímu nebo konfrontačnímu jednání. U manických poruch je nezbytné udržet jasně stanovené hranice – čas, strukturu a pravidla komunikace. Pracovník by se neměl přizpůsobovat zrychlenému tempu klienta a měl by zachovat klidné, přijímající prostředí. Pokud klient překračuje osobní hranice, je vhodné reagovat klidně, ale jednoznačně, bez vyvolávání konfliktu. Vyvarujeme se lehkovážného tónu, vtipkování či ironie. U depresivních poruch je naopak klíčová trpělivost, empatie a aktivní přístup. Pracovník by měl dávat najevo zájem, podporu a nabídnout více iniciativy v rozhovoru, protože klient může mít sníženou motivaci či energii. Je důležité mluvit pomalu, srozumitelně a poskytovat naději bez bagatelizace potíží. Pokud klient pláče, je vhodné projevit pochopení a případně se jemně zeptat, jak se cítí – bez nátlaku či hodnocení. U osob s neurotickými obtížemi (např. úzkostné, obsedantně-kompulzivní

nebo posttraumatické poruchy) je klíčová stabilita vztahu a bezpečné prostředí. Pracovník by měl být klidný, předvídatelný a důsledný. Je vhodné se vyhnout přílišnému ujišťování nebo přebírání odpovědnosti za klienta, protože to může posilovat závislost. Důležitá je i supervize pracovníka, která pomáhá udržet profesní odstup a předcházet přenosovým reakcím. Zvláštní pozornost vyžaduje komunikace s lidmi s hraniční poruchou osobnosti, kteří jsou často citliví na odmítnutí a kolísají mezi idealizací a znehodnocením pracovníka. Základem je jasný a stabilní rámec spolupráce – jasně daná pravidla, spolehlivost, předvídatelnost a důslednost. Pracovník by měl reagovat na projevy zlosti či frustrace klidně, neodmítavě a s porozuměním, ale zároveň jasně vymezit hranice. Rozhovor je vhodné vést na úrovni „tady a teď“, reflektovat aktuální pocity klienta a vyhnout se manipulativním nebo hodnotícím reakcím. Důležitá je konzistence – to, co bylo řečeno a domluveno, by mělo být dodrženo (Probstová a Pěč, 2014).

Zohlednění emoční a kognitivní stability

V práci s lidmi s duševním onemocněním je nezbytné brát v úvahu úroveň jejich emoční a kognitivní stability, protože tyto oblasti významně ovlivňují průběh spolupráce, schopnost zvládat stres a reagovat na běžné životní situace. Lidé s emočně nestabilní poruchou osobnosti se vyznačují impulzivním a nepředvídatelným jednáním, které často probíhá bez uvážení následků. Jejich nálada bývá proměnlivá a kolísavá, s častými výkyvy mezi klidem a intenzivními projevy zlosti či rozčilení. Tito lidé mívají potíže s ovládáním emocí a zvládáním impulzů, což může vést k náhlým konfliktům s okolím, zejména v situacích, kdy se cítí kritizováni nebo nepochopeni. Projevuje se u nich také nízká schopnost dlouhodobě vytrvávat v činnostech, které nepřinášejí okamžitý pocit uspokojení, a mají tendenci k rychlému střídání zájmů či vztahů. V sociální oblasti se často objevuje rozporuplné vnímání druhých lidí – okolí bývá rozdělováno na ty, kteří „je milují“, a ty, kteří „je odmítají“. Tyto projevy mohou vést k opakovaným selháním v osobním, studijním i pracovním životě, k nerealizování vlastního potenciálu a ke zvýšenému riziku zneužívání alkoholu či jiných návykových látek, které slouží jako prostředek k úlevě od vnitřního napětí (Probstová a Pěč, 2014).

Také psychózy, zejména schizofrenie, mohou výrazně ovlivnit kognitivní schopnosti jedince. Tyto změny často zahrnují poruchy pozornosti, zhoršené pracovní paměti, narušené exekutivní funkce a zpomalené myšlení, které mohou být patrné již před první psychotickou epizodou. V průběhu onemocnění se tyto deficity dále prohlubují a výrazně komplikují každodenní fungování i schopnost sociálního zapojení. Současně jsou pro schizofrenii typické výrazné emoční změny – od emoční oploštělosti po kolísavé úzkostně-depresivní ladění v prodromální fázi. Pacienti často zažívají intenzivní pocity odcizení, úzkosti, bezmoci a frustrace, které spolu s kognitivním oslabením přispívají k omezení sociálních interakcí a posilují tendenci k izolaci. Tyto faktory mají zásadní vliv na celkovou kvalitu života a schopnost začlenění do společnosti (Hosák a Hosáková, 2011).

Respektování emocí a přijetí pocitů druhého člověka, jako jsou smutek, strach nebo hněv, a nebagatelizovat je pomáhá v práci s lidmi s duševním onemocněním. Je důležité si uvědomit, že respekt neznamená nutně plně rozumět těmto emocím, ale spíše je akceptovat jako legitimní součást prožívání dané osoby. Při práci s klientem, který zažívá halucinace nebo bludy, je klíčové zachovat respekt a citlivý přístup. Tyto prožitky jsou pro klienta reálné, i když z našeho pohledu nemusí být. Je důležité nevyvracet ani nepotvrzovat obsah halucinací nebo bludů, ale přistupovat k nim s pochopením pro pocity, které klient prožívá. Komunikace by měla být klidná,

stručná a věcná. Není potřeba soustředit se na detaily bludů, ale nabídnout podporu a klid v těžkých chvílích. Tento přístup pomáhá klientovi cítit se respektován a pochopen, aniž bychom ho znejišťovali nebo zlehčovali jeho prožitky. (MZČR, 2021).

Nastavení prostředí, transparentnost, čas

Při práci s klientem je důležité vytvořit prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně a příjemně. Základem je jasné vysvětlení naší role – klient by měl vědět, kdo jsme a proč jsme přítomni. Pokud je klient pod vlivem silných emocí nebo příznaků nemoci, může potřebovat více času na pochopení situace, a proto je vhodné informace opakovat. Transparentnost v komunikaci hraje klíčovou roli. Během rozhovoru bychom měli otevřeně sdělovat, co děláme a z jakého důvodu. Tento přístup podporuje partnerský vztah a snižuje pocit nerovnosti, protože nevystupujeme z pozice moci, ale spíše jako podpora. Kromě toho je zásadní věnovat klientovi dostatek času. Trpělivost při řešení těžkých krizí pomáhá usnadnit další komunikaci a posiluje vzájemnou důvěru. Dobrý časový rámec umožní lépe pochopit klientovy potřeby a přizpůsobit pomoc jeho aktuální situaci (MZČR, 2021).

Zapojení rodiny a podpůrné sítě

Při práci s rodinou osoby s duševním onemocněním je důležité vnímat její roli a potřeby. Často jsme první, komu rodina odhalí onemocnění nebo umožní vstoupit do svého prostředí. Podpora samostatnosti člověka s onemocněním by měla být koordinována s rodinou jako celkem, protože ekonomické a vztahové propojení členů rodiny hraje klíčovou roli. Zapojení rodiny jako partnera v procesu zotavení přináší výhody, jako je snížení rizika relapsu o 20 %, snížení sebestigmatizace, zlepšení porozumění onemocnění i vlastním potřebám. Celostní přístup zohledňující potřeby všech členů rodiny je proto zásadní (Krejčí, 2022).

Vzájemná pomoc

Špatenková a kol. (2017) uvádí, že vzájemná pomoc představuje specifickou formu sociální interakce, do níž se zapojují například rodinní příslušníci, přátelé, sousedé, kolegové nebo jiní blízcí lidé. Pro jedince má tato pomoc zásadní význam, protože je založena na vstřícné a akceptující komunikaci, opravdovém zájmu a emocionální angažovanosti osob pomáhajících člověku zasaženému krizí. Opravdový zájem však může být narušen nevhodnými reakcemi, jako je zlehčování, bagatelizace, odmítání, moralizování nebo snaha o okamžité vyřešení situace. Laická pomoc se často nevyhne banálním frázím, které mohou být pro člověka v krizi nejen neúčinné, ale i zraňující. Mezi takové nevhodné přístupy patří například:

- plané utěšování, moralizování a poučování,
- potlačování emocí a ignorování jejich významu,
- vynucování rychlých rozhodnutí,
- bagatelizace intenzivních krizových projevů, jako jsou poruchy spánku nebo příjmu potravy,
- nedostatečná reakce na problémové chování, jako je nadměrné užívání alkoholu, léků nebo drog.

Efektivní vzájemná pomoc vyžaduje citlivý přístup, který podporuje pochopení a bezpečné prostředí pro zasaženého jedince. Hlavním zdrojem podpory pro osoby v krizi by měla být především jejich rodina. Rodina je přirozeným prostředím, kde bývají její členové obvykle ochotni naslouchat problémům svých blízkých, poskytnout jim pomoc a emocionální oporu.

V některých případech ale rodina není schopna adekvátní pomoc zajistit. Krizová situace může rodinný systém natolik zatížit nebo vyčerpat, že přestává fungovat efektivně a stává se dysfunkčním (Špatenková a kol., 2017).

Etický přístup

Pro efektivní komunikaci s lidmi s duševním onemocněním je klíčovým základem vzájemný respekt a důvěra. Respektování klientovy osobnosti a jeho individuálních potřeb je nezbytné pro vytvoření prostředí, kde se cítí bezpečně a akceptováno. Podpora důvěry mezi klientem a odborníkem zlepšuje nejen samotnou spolupráci, ale také otevírá cestu k pozitivnímu řešení krizových situací. Tento etický přístup vytváří prostor pro otevřenou komunikaci, která usnadňuje porozumění a podporuje efektivní intervence (MZČR, 2021).

Etický přístup je klíčový pro to, aby se klient cítil bezpečně a akceptován. Ochrana před stigmatizací je velmi důležitá, protože stigma a selfstigmatizace mohou mít u osob s duševním onemocněním, jako je schizofrenie, zásadní dopad na rozvoj onemocnění a jeho průběh. Pokud se na stigmatizaci nebo selfstigmatizaci nepohlíží dostatečně vážně, může to vést k selhání při identifikaci vlastního psychického onemocnění, což může zpomalit nebo ztížit proces léčby. Je nezbytné podporovat klienty v tom, aby o svých problémech otevřeně hovořili, a umožnit jim, aby si sami zvolili, s kým, kdy a jak o těchto problémech budou mluvit. Tento přístup vytváří prostředí, kde se klienti cítí respektováni a mají kontrolu nad tím, jak sdílejí své osobní záležitosti, což je základem pro rozvoj důvěry a efektivní terapeutické spolupráce (Medical Tribune, 2018).

Interdisciplinární spolupráce

Komunikace mezi týmy odborníků je klíčová pro zajištění kvalitní péče o klienta. Odborníci by měli spolupracovat, nikoli pracovat nezávisle na sobě nebo vedle sebe. Vzájemná spolupráce a kooperace mezi různými specialisty je nezbytná, protože ochrana klienta není záležitostí jediné instituce nebo resortu, ale vyžaduje propojení služeb různých institucí. Tento komplexní přístup zajišťuje, že klient obdrží úplnou a odpovídající péči. Nespolupráce mezi institucemi může vést k neúplné nebo nekonzistentní péči, což by mohlo mít negativní dopad na klienta, i když každá instituce jednotlivě pracuje na velmi vysoké úrovni. Koordinovaná komunikace mezi odborníky tedy výrazně přispívá k bezpečnosti a komfortu klienta (Hanušová, Hellebrandová, 2006).

Kromě přímé pomoci je nezbytné klientovi poskytnout informace o dalších možnostech podpory, jako jsou kontakty na krizová centra, linky důvěry nebo centra duševního zdraví (CDZ). Tyto služby mohou nabídnout cennou pomoc a poradenství v krizových situacích. Důležité je také zapojit místní služby, které mohou být pro klienta přínosné, a to jak v průběhu krize, tak i po jejím zvládnutí. Tato komunikace mezi různými službami a týmy pomáhá klientovi cítit se bezpečněji a vědět, že má k dispozici širokou síť podpory, na kterou se může obrátit podle potřeby (MZČR, 2021).

1.4 Možnosti podpory a intervencí při krizových stavech u osob s duševním onemocněním

Tato kapitola se zaměřuje na přehled dostupných forem podpory a intervencí, které mohou být využity v případě krizových stavů u osob s duševním onemocněním. Představuje odbornou pomoc v krizové situaci, včetně různých forem prezenční a distanční podpory, a rozebírá

specifika krátkodobé psychoterapie. Dále se věnuje metodě krizové intervence, jejím základním principům, průběhu a fázím realizace. Pozornost je věnována zásadám účinné intervence i specifickým přístupům k lidem s duševním onemocněním. Závěrečná část kapitoly shrnuje hlavní cíle krizové pomoci, a to jak z krátkodobé, tak z dlouhodobé perspektivy. Kapitola tak poskytuje pohled na možnosti, jak efektivně reagovat na akutní psychickou krizi a jak podpořit klienta v návratu k běžnému fungování.

1.4.1 Odborná pomoc v krizi

Krizová pomoc zahrnuje soubor služeb reagujících na klientovo vnímání jeho životní situace jako naléhavé a neodkladné. V důsledku krizového stavu není schopen situaci zvládnout vlastními silami ani s využitím dostupných zdrojů. Cílem krizové pomoci je poskytnout bezpečí, podporu, naději a odborné vedení, které přispívají k úlevě, posílení schopnosti zvládat situaci a návratu na předkrizovou úroveň fungování. Jedná se o krátkodobou formu pomoci, která obvykle trvá maximálně 7 dní a může zahrnovat i možnost využití krizového lůžka (Vodáčková, 2020).

Formy odborné pomoci v krizi lze klasifikovat podle různých kritérií. Jedním z nich je typ kontaktu krizového intervenanta s klientem, kdy rozlišujeme prezenční a distanční formu pomoci. Prezenční pomoc je založena na osobní přítomnosti a účasti všech aktérů krizové intervence. Zahrnuje terénní, ambulantní nebo pobytové služby, tedy všechny formy, při kterých se krizový intervenant a klient setkávají osobně, tzv. tváří v tvář. Typickými institucemi poskytujícími primární krizovou intervenci jsou krizová centra, která se zpravidla oficiálně takto označují. Distanční forma pomoci zahrnuje krizovou intervenci, kdy je krizový intervenant od klienta vzdálen. Jedná se o pomoc na dálku, která zahrnuje zejména telefonní nebo internetový kontakt s klientem. I když většina pracovníků v pomáhajících profesích považuje osobní setkání s klientem za nezbytné pro účinnou pomoc, distanční formy mohou být užitečnou alternativou, která může být stejně efektivní jako osobní kontakt mezi pracovníkem a klientem (Špatenková a kol., 2017).

Krátkodobé psychoterapeutické intervence, jako například telefonická pomoc, mají za cíl především snížení úzkosti. Telefonická forma pomoci poskytuje volajícímu určitou výhodu – možnost anonymně sdělit své obtíže a okolnosti, které je vyvolaly. Díky tomu odpadá často zdoluhavý a náročný proces navazování kontaktu s postiženým. Klíčovým prvkem je vhodně vedený a strukturovaný rozhovor, který umožní získat potřebné informace a poskytnout účinnou radu. Krátkodobá psychoterapie se využívá především v akutních krizových situacích a stavech ohrožujících život. Naopak není vhodná pro dlouhodobé psychické poruchy, kde je efektivnější využití standardních psychoterapeutických postupů. Krátkodobá psychoterapie se uplatňuje především při krizových intervencích a v léčbě přechodných psychických obtíží, a proto se nejčastěji provádí individuálně. Terapeutický postup se zaměřuje nejprve na zjištění aktuálních symptomů a problémů pacienta, ověření anamnestických údajů a jejich srovnání s přítomnými psychopatologickými projevy. Rady jsou podávány formou nabízení několika alternativ řešení, což pacientovi umožňuje vybrat si tu nejvhodnější. Tento přístup posiluje jeho pocit autonomie a schopnosti zvládnout situaci vlastními silami. Krátkodobá psychoterapie se primárně zaměřuje na zmírnění symptomů a není schopna řešit hlubší konfliktové situace a jejich příčiny. V některých případech je proto vhodné ji kombinovat s farmakoterapií, zejména pokud jsou depresivní symptomy natolik výrazné, že představují riziko sebevraždy nebo jiného ohrožení života. Krátkodobou psychoterapii využíváme především v situacích spojených s intenzivní úzkostí – u krátkodobých psychogenních reakcí, akutních neurotických stavů, neurotických

poruch a počínajících neuróz. Uplatnění však může najít i při počínajících psychózách, psychosomatických poruchách a všude tam, kde hrozí akutní riziko suicidálního chování. Je nedílnou součástí komplexní léčby v intenzivní péči a při krizových intervencích, přičemž její široké terapeutické využití podtrhuje její význam v akutních stavech (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

1.4.2 Krizová intervence

Dle Matouška a kol. (2013, s. 259) “Krizová intervence je odborná metoda, která vychází z lidských přirozených forem pomoci a podpory v krizi a rozvíjí je prostřednictvím cílených, odborných a reflektovaných postupů.”

Vodáčková (2020, s. 60) tuto definici rozšiřuje: “Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovi minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problémů a překonávání konkrétních překážek.”

Literatura uvádí, že krizová intervence (nebo také komplexní krizová pomoc) zahrnuje různé formy podpory zaměřené na obnovení psychické rovnováhy narušené kritickou životní situací. V širším pojetí, představuje soubor opatření zaměřených na obnovení psychické stability jedince, který se ocitl v náročné životní situaci. Jde o intenzivní a multidisciplinární podporu, která propojuje různé formy pomoci – od praktické a psychologické přes zdravotnickou až po sociální a právní. Cílem je co nejrychleji zmírnit akutní dopad krize a podpořit jedince v nalezení řešení či dalšího postupu. Krizová intervence by měla být poskytována ihned, v blízkosti, v dosahu, s očekávanou způsobilostí – kompetentně, bezpečně – neměla by být ohrožující pro žádného z účastníků, hlavním principem by mělo být nepoškodovat a neubližovat (Špatenková a kol., 2017).

Termín krizová intervence lze vnímat ve dvou rovinách. Baštecká (2005) uvádí, že v užším smyslu označuje soubor postupů a technik zaměřených na pomoc člověku v krizové situaci. V širším pojetí představuje komplexní přístup, jehož cílem je zmírnit akutní krizi a obnovit stabilitu jednotlivce.

Dle Špatenkové a kol. (2017) krizová intervence není statický stav, ale dynamický proces interakce mezi krizovým interventem a klientem. Tento proces začíná navázáním kontaktu a směřuje k jeho ukončení a následnému zhodnocení intervence. Různí autoři popisují jednotlivé etapy odlišně a liší se i počet fází, které vymezují. Pro zjednodušení se však můžeme držet třífázového modelu, který zahrnuje zahájení krizové intervence, její realizaci a ukončení. Krizová intervence představuje krizová intervence intenzivní, eklektický přístup, který kombinuje několik typů pomoci:

- *Praktická pomoc* – zahrnuje včasný a adekvátní zásah policie či dalších složek integrovaného záchranného systému.

- *Psychologická pomoc* – spočívá v krátkodobém terapeutickém kontaktu zaměřeném na konkrétní problém, který krizi vyvolal.
- *Zdravotnická pomoc* – zahrnuje ošetření zranění, stabilizaci zdravotního stavu, psychiatrickou intervenci a v nezbytných případech i medikaci či krátkodobou hospitalizaci.
- *Sociální pomoc* – legislativně upravená v zákoně o sociálních službách. Tato forma krizové pomoci může mít podobu terénní, ambulantní nebo pobytové služby, dočasně poskytované osobám, které se ocitly v ohrožení zdraví či života a nejsou schopny svou situaci řešit vlastními silami.
- *Právní pomoc* – může být v omezené míře poskytována sociálními pracovníky, zejména v oblasti sociálně-právního poradenství, přičemž komplexnější právní záležitosti spadají do kompetence právníků.

Fáze krizové intervence

Proces krizové intervence lze systematicky rozčlenit do tří následujících fází: zahájení intervence, její realizace a ukončení. Tyto fáze tvoří logicky navazující celek, jehož cílem je stabilizace klientova stavu, zmírnění prožívané těsně a obnovení schopnosti zvládat běžný život.

- *Zahájení krizové intervence* – v úvodní fázi je klíčové navázání kontaktu s osobou v krizi a vytvoření bezpečného, důvěryhodného prostředí. Toho lze dosáhnout bezpodmínečným přijetím klienta, respektováním jeho projevů chování a podporou ventilace emocí. Pro navození pocitu bezpečí se doporučuje jasně vymezit pravidla setkání, strukturovat čas, zajistit fyzický komfort (např. nabídka vody, deky, úvaha o uspořádání prostoru, odhlučnění) a podle potřeby využít i techniky tělesné práce (např. práce s dechem či napětím). Pokud se podaří navázat kontakt, dalším krokem je zjištění zakázky, tedy toho, co klient v danou chvíli potřebuje, chce nebo očekává.
- *Realizace krizové intervence* – ve druhé fázi se intervent zaměřuje na sběr klíčových informací: jaký byl spouštěč krize, jak klient situaci vnímá, jaké copingové strategie dosud použil a jaká je jeho motivace ke spolupráci. Důležité je také zjistit, jakou oporu klient má v běžné sociální síti (rodina, přátelé, kolegové) a zda je ochoten využít nabídnutou pomoc. V této fázi se sledují tři hlavní složky krize: spouštěč, subjektivní vjem ohrožení a selhávání běžných zvládacích strategií. Na základě shromážděných dat se sestavuje individuální plán postupu, ideálně ve spolupráci s klientem, pokud to situace dovolí.
- *Ukončení krizové intervence* – závěrečná fáze zahrnuje shrnutí dosavadních kroků, domluvu na dalším postupu a zajištění případné další spolupráce či přesměrování do dalších služeb. Klient by měl odcházet s jasnou představou o svém plánu a uvědoměním si vlastních copingových zdrojů. V této fázi je důležité reflektovat specifické potřeby osob se zdravotním postižením, které často vyžadují delší čas na zotavení, intenzivnější podporu a odlišný způsob vedení intervence. Přístup by měl být individuálně přizpůsoben aktuálnímu stavu klienta, jeho schopnostem a omezením, a zohledňovat faktory jako bariéry v prostředí, potřebu kompenzačních pomůcek či odlišný způsob komunikace (Špatenková a kol, 2017).

Zásady krizové intervence

Zásady krizové intervence lze shrnout do několika klíčových bodů, které je vhodné dodržovat pro zajištění efektivní pomoci. Intervence by měla být provedena co nejrychleji, ideálně ve fázi zvýšené citlivosti a vnímavosti klienta, kdy je otevřený změně. Pomoc by měla pokrývat celé biopsychosociální spektrum – tedy nejen psychické obtíže, ale i tělesné a sociální aspekty života klienta. V mnoha případech je žádoucí zapojit do intervence i blízké osoby, například partnera. Efektivní krizová intervence je týmovou prací, která využívá kombinaci různých metod, jako jsou psychoterapie, farmakoterapie, řešení somatických obtíží a podpora v sociálních oblastech. Pokud je to možné, doporučuje se provádět intervenci v přirozeném prostředí klienta, například v jeho domácnosti, což může zvýšit pocit bezpečí a otevřenosti. Součástí práce s klientem je cílené a jasné zjišťování informací o jeho aktuální situaci. Je důležité zaměřit se na konkrétní stresory, jako jsou pracovní, finanční nebo partnerské problémy, a také zmapovat klientův způsob řešení životních rozhodnutí, jeho hodnoty, postoje a dostupné sociální zázemí. Dále je potřeba provést selekci cílů a problémů – stanovit priority, na které se bude intervence zaměřovat. Klient by měl být srozumitelně informován o tom, co může od pomoci očekávat, jaké problémy se mohou objevit a jaké reakce jsou v dané situaci přirozené. Důležitou součástí intervence je umožnit klientovi ventilovat emoce, podpořit proces uvolnění napětí a emočního zpracování, tzv. abreakci a katarzi. Terapeut nebo pracovník by měl reagovat s empatií, projevovat porozumění, důvěru a přijetí, a zároveň si zachovat stabilitu i v případě, že klient projevuje agresivitu nebo silné emoce. Společně s klientem je vhodné hledat možné strategie zvládnutí situace a konkrétní kroky vedoucí k řešení. Krizová intervence obvykle zahrnuje 5 až 40 sezení, v závislosti na závažnosti situace. Klíčovým závěrečným krokem je zajištění návazné péče, která umožní klientovi pokračovat v zotavení a další podpoře po skončení krizové fáze (Hosák a Hosáková, 2022).

Cíle krizové pomoci

V odborné literatuře bývají zmiňovány dva hlavní cíle krizové pomoci. Krátkodobým (aktuálním) cílem je stabilizace psychického stavu klienta a minimalizace rizika dalšího prohloubení krize. Za základní standard intervence je považováno obnovení schopnosti klienta fungovat alespoň na úrovni, kterou vykazoval před vznikem krizové situace. Dlouhodobý cíl se pak zaměřuje na orientaci klienta směrem k blízké budoucnosti, hledání možných řešení a rozvoj schopností zvládat obtížné situace. Klíčovým prvkem celého procesu je podpora klientovy kompetence, samostatnosti a aktivního zapojení do řešení své situace (Vodáčková, 2020).

1.5 Vybrané teorie a přístupy využívané při práci s klientem s duševním onemocněním

Orel a kol. (2020) uvádí, že psychoterapie je obvykle chápána jako léčba duševních i tělesných potíží pomocí psychologických prostředků. Lze ji vnímat jako specifickou formu léčebného lidského vztahu a setkání. Jejím prostřednictvím ovlivňujeme nejen nemoci a poruchy, ale také duševní stavy, psychické funkce a procesy, osobnost a její vztahy. Některé psychoterapeutické přístupy a techniky jsou cíleně zaměřeny i na práci s tělem. Hlavním cílem psychoterapie je zmírnit nebo zcela odstranit klientovy obtíže. Psychoterapie je považována za interdisciplinární a transdisciplinární obor, což znamená, že čerpá poznatky z mnoha různých disciplín, propojuje je a často je i překračuje. Existuje široká škála psychoterapeutických směrů a škol.

Z psychoterapeutických technik se nejčastěji uplatňují krátkodobé dynamické psychoterapie, které jsou časově omezené a zaměřené na konkrétně definovaný problém. Tento přístup umožňuje rychlé odbourání maladaptivních vzorců chování a podporuje rozvoj efektivnějších strategií zvládnutí. Důraz je kladen na precizní konceptualizaci případu ze strany terapeuta, který v rámci tohoto přístupu vystupuje aktivně, otevřeně a častěji pracuje s konfrontací pacienta s realitou. Podpůrné psychoterapeutické přístupy jsou využívány zejména k redukci úzkosti. Intervence v krizové situaci by měla být zahájena bez prodlení, přičemž je nutné zohlednit intenzitu stresu a míru rizika, které daná situace pro pacienta představuje. Kromě samotného zvládnutí krize je však třeba věnovat stejnou pozornost také významu spouštěcí události, subjektivnímu prožívání pacienta a případným symptomům, které se v důsledku situace objevují. Psychologická intervence v akutním stavu často současně plní funkci rozhovoru, sběru anamnestických dat i terapeutického působení (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Za zmínku stojí psychologický přístup, kognitivně-behaviorální teorie, přístup zaměřený na klienta, terapeutický a poradenský přístup, úkolově orientovaný přístup, metoda CARE a kontrola.

Psychologický přístup

Psychologický přístup obecně představuje snahu ovlivnit duševní stav pacienta nebo klienta prostřednictvím psychologických metod, zejména rozhovoru. Většina duševních poruch nevede k narušení intelektu, a proto člověk trpící psychickým onemocněním není automaticky méněcenný ani nesvéprávný. Zásadní roli hraje verbální komunikace, prostřednictvím které lze projevit zájem o aktuální stav pacienta, poskytnout prostor k vyjádření emocí, trpělivě naslouchat a neodsuzovat. Rozhovor by měl nabídnout možnost korektivní emoční zkušenosti a emoční ventilace – často spojené s uvolněným pláčem – což může přispět k dosažení vnitřního zklidnění, emoční rovnováhy a zralejšího pohledu na situaci. V krizových životních situacích by měl být pacient směřován do krizového centra. Obsah rozhovoru by měl zahrnovat získávání objektivních, subjektivních i situačních informací. Ideálně by měla komunikace probíhat na rovnocenné úrovni – jako dialog mezi partnery (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je prakticky zaměřený terapeutický přístup, který spojuje principy behaviorální a kognitivní terapie. Vychází z teorie učení a předpokladu, že chování je naučené a lze ho měnit. Zaměřuje se na aktuální problémy, konkrétní chování a myšlenkové vzorce, které mohou vést k psychickým obtížím. Terapie je strukturovaná, cílená a vyžaduje aktivní zapojení klienta (Hosák a Hosáková, 2022).

Kognitivně behaviorální terapie patří v současnosti mezi nejčastěji využívané a doporučované směry psychoterapie. Mezi její přednosti patří časová úspornost, konkrétní zaměření na problémy a cíle, strukturovaný přístup, orientace na přítomnost, posilování samostatnosti klienta a důraz na vědeckou ověřitelnost. Terapie vychází z precizní diagnostiky aktuálních vzorců myšlení a chování. Následně jsou stanovovány konkrétní, strukturované cíle a kroky, jejichž cílem je změna myšlení a jednání. (Orel a kol, 2020).

Podle Matouška a kol. (2013) poskytují behaviorální teorie a kognitivní vědy empiricky ověřitelný rámec pro porozumění lidskému chování. Kognitivně-behaviorální teorie jsou široce využívány nejen v psychoterapii, ale také v moderní sociální práci, kde podporují efektivní a prakticky

orientovaný přístup k podpoře klientů. V sociální práci se nejčastěji uplatňují nástroje jako trénink asertivity, analýza a modifikace chování a Racionálně-emoční behaviorální terapie. Trénink asertivity, zaměřený na rozvoj komunikačních dovedností a schopnosti prosazovat vlastní potřeby bez konfliktu. Klienti si v něm osvojují nové vzorce chování, které podporují zdravé sebeprosazení. Analýza a modifikace chování, využívaná především v institucionální péči, pracuje s bodovacími systémy pro hodnocení chování a zpětnou vazbu. Sociální pracovníci zde obvykle participují v rámci širšího týmu. Racionálně-emoční behaviorální terapie (REBT) se zaměřuje na to, jak lidé vnímají a interpretují situace. Cílem je změnit nebo zmírnit negativní myšlenkové vzorce, které ovlivňují chování a emoce klienta.

Přístup zaměřený na klienta

Přístup zaměřený na člověka (Person-Centred Approach, Rogersovská psychoterapie) je psychoterapeutický směr řazený do proudu humanistické psychologie, jehož zakladatelem je Carl R. Rogers. Tento směr klade důraz na víru, že každá osoba má vnitřní tendenci k osobnímu růstu a sebeaktualizaci, pokud je ve vhodném, podpůrném prostředí. Základními podmínkami pro terapeutickou změnu jsou tzv. tři pacientova práva: bezpodmínečné pozitivní přijetí klienta, empatie a autenticita terapeuta. Terapeutický proces je nedirektivní, klient sám určuje obsah, tempo i cíle terapie; terapeut ho doprovází, naslouchá, nenakazuje řešení, ale podporuje klientovo vlastní sebeporozumění a transformaci jeho sebepojetí. Výsledkem může být vyšší sebeakceptace, autenticita prožívání a schopnost lépe zvládat životní obtíže (Vymětal, 1995).

Rogersova koncepce terapeutického vztahu je dnes často považována za ideál, ke kterému směřují akademické vzdělávací programy, výcviky i specializační kurzy. Mnohé techniky běžně používané v praxi – například aktivní naslouchání – mají svůj původ právě v přístupu zaměřeném na klienta (Matoušek a kol., 2013).

Poradenský přístup

Poradenský přístup představuje dle Matouška a kol. (2013) specifické pojetí sociální práce, ve kterém je sociální fungování klienta chápáno především ve vztahu k jeho schopnosti zvládat problémy a k dostupnosti relevantních informací a služeb. Tento přístup se snaží reagovat na aktuální potřeby jednotlivce a zároveň usiluje o zlepšení systému sociálních služeb, aby byl efektivnější a přístupnější. Za klíčové charakteristiky životní situace klienta jsou považovány neuspokojené potřeby a individuální omezení, která klientovi brání v tom, aby mohl existující možnosti k naplnění těchto potřeb efektivně využívat. Sociální pracovník se zde zaměřuje zejména na otázku, jaké informace klientovi chybí, aby mohl svá oprávněná práva a potřeby realizovat. Z metodického hlediska jde především o poskytování kvalifikovaného poradenství, zpřístupňování informačních a materiálních zdrojů a zprostředkování dalších forem pomoci a služeb. V praxi se zastánci tohoto přístupu orientují spíše na menší individuální změny, které sice často nemají bezprostřední dopad na širší systémové změny, ale pro jednotlivce mohou mít zásadní význam. Teoretické zázemí tohoto pojetí sociální práce čerpá vyváženě z oblastí psychologie, sociologie a práva, které společně vytvářejí rámec pro odborné poradenství zaměřené na konkrétní životní situace klientů.

Úkolově orientovaný přístup

Úkolově orientovaný přístup patří mezi nejrozšířenější formy krátkodobé sociální intervence a řadí se k přístupům zaměřeným na řešení problémů. Výzkumy ukázaly, že krátkodobá práce

s klientem může přinášet překvapivě dobré výsledky u širokého spektra cílových skupin. Základem tohoto přístupu je myšlenka, že i malý úspěch podporuje sebedůvěru, a že lidé mají tendenci více se angažovat v řešení úkolů, které si sami stanovili. Úlohou sociálního pracovníka je provázet klienta procesem změny, pomoci mu ujasnit si, co chce změnit, a jakými kroky se k této změně může dopracovat.

Základními hodnotami úkolově orientovaného přístupu jsou partnerství a zmocňování klienta. Součástí této spolupráce bývá často písemná smlouva, ve které jsou vymezeny konkrétní úkoly jednotlivých zúčastněných stran a časový rámec. Prvním krokem v tomto přístupu je zjištění potřeb a problémů, se kterými klient potřebuje pomoc. Nepátrá se však po hlubších příčinách těchto problémů – zaměřuje se na odstranění konkrétních překážek, které klientovi brání v dosažení žádoucích změn. Příčiny problémů jsou tedy chápány jako vnější nebo vnitřní bariéry, nikoli jako trvalé osobnostní deficity. Ještě před stanovením cílů je nezbytné zjistit, jaké kroky klient již v minulosti podnikl, aby se zabránilo opakování neefektivních řešení. Cíle je důležité formulovat konkrétně, srozumitelně a smysluplně, a to jak z pohledu klienta, tak z hlediska poskytovatele služby. V této fázi bývá navrženo více možných cílů, přičemž je potřeba je společně posoudit a vybrat ty, které budou nejvhodnější pro realizaci (Matoušek a kol., 2013).

Kontrola

Dle Matouška a kol. (2013) kontrola může být v rámci sociální práce chápána jako jedna z metod, činností, nebo dokonce jako samostatný cíl. V profesionálním pojetí sociální práce je kontrola považována – vedle pomoci klientům – za jednu ze dvou základních rolí této profese. V nejširším smyslu se o kontrole hovoří ve spojitosti s tzv. dvojím závazkem sociálního pracovníka: na jedné straně vůči klientovi a jeho potřebám, na straně druhé vůči společnosti, jejímž je nástrojem, a jejíž hodnoty a normy má pomáhat prosazovat. Kontrolní, dozorové či direktivní postupy jsou považovány za vhodné v situacích, kdy je klient v akutní krizi, hrozí prodlení, ohrožení života nebo bezpečí jiné osoby, nebo když klient není schopen učinit odpovědné rozhodnutí při řešení své situace. Mezi výhody těchto přístupů patří rychlost zásahu, menší nároky na pracovní kapacitu a krátkodobá efektivita. Nevýhodou bývá nižší pravděpodobnost trvalého a dlouhodobého přínosu pro klienta. Aby bylo možné výkon kontroly považovat za legitimní, je třeba vždy pečlivě zvažovat konkrétní situaci klienta a její širší sociální kontext. Důležitou roli zde hraje sebereflexe samotného pracovníka, který by měl neustále uvažovat nad tím, zda v daném okamžiku spíše pomáhá, nebo kontroluje. Sociální pracovník by měl být schopen a ochoten své postupy jasně obhájit a zdůvodnit.

Farmakologické intervence

Farmakologická intervence není součástí práce sociálního pracovníka, ale užívání léků souvisí se stavem klienta, a je proto důležité to mít na paměti. Psychofarmaka slouží k dočasnému zmírnění psychického utrpení, zejména v akutních stavech, a jejich užívání by mělo být cílené a časově omezené. Nadměrné spoléhání na léky může vést k nežádoucí medicinizaci krize, kdy klient přestává aktivně řešit své problémy a identifikuje se výhradně jako pacient. Psychofarmaka nemohou nahradit práci s emocemi nebo životními změnami, ale mohou vytvořit prostor pro další terapeutickou podporu. Moderní farmakoterapie preferuje začínat jedním lékem a postupně upravovat léčbu podle potřeby, přičemž je nutné sledovat možné vedlejší účinky a interakce. Psychofarmaka ovlivňují nejen mozkovou činnost, ale i další tělesné funkce (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

1.5.1 Specifické techniky práce s klientem v krizové situaci

Práce s lidmi s duševním onemocněním v krizové situaci zahrnuje specifické terapeutické přístupy, které podporují jejich zotavení a zlepšují kvalitu života. Tyto metody se zaměřují na různé oblasti duševního zdraví, jako jsou myšlení, emoce, chování nebo sociální dovednosti. Mezi běžné terapeutické postupy patří například arteterapie a muzikoterapie, které využívají kreativní aktivity k podpoře vyjádření emocí a ke snížení stresu. Dále pak skupinová terapie, která podporuje sdílení zkušeností s ostatními lidmi, kteří čelí podobným problémům. Nebo mindfulness¹ a relaxační techniky, které pomáhají snižovat stres a zlepšují schopnost soustředit se na přítomný okamžik a využívají meditaci, dechová cvičení nebo jógu.

Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) jsou psychoterapeutické techniky používané při práci s osobami v krizi nejčastěji krátkodobé dynamické psychoterapie. Ty jsou limitované především délkou a zaměřením na konkrétně definovaný problém. Krátkodobá psychoterapie se zaměřuje na odstranění symptomů a rozvoj atraktivnějších strategií zvládání problému (coping). Terapie vyžaduje, aby terapeut pečlivě zkonceptualizoval případ, přičemž zůstává aktivní a otevřený, a častěji se soustředí na konfrontaci pacienta s realitou. Podpůrné přístupy se zaměřují především na zmírnění úzkosti, zejména v krizových obdobích. Terapie by měla být zahájena okamžitě, přičemž terapeut posuzuje míru zátěže a nebezpečí, které situace představuje pro pacienta. Intervence v akutním stavu zahrnuje rozhovor, anamnézu a terapeutické techniky. Krizový rozhovor se soustředí na vyjádření pacientových pocitů, přijetí vlastních afektivních a elektronických prožitků jako neoddelitelných součástí krize, analýzy příčin a podpory převzetí odpovědnosti za hledání řešení problémů. Krátkodobá psychoterapie se řídí několika základními principy, mezi které patří:

- navázání vztahu mezi lékařem a pacientem zaměřené na vytvoření co nejlepšího kontaktu ve smyslu aktuální spolupráce,
- zrcadlení,
- přijetí,
- zájem,
- vytvoření přehledu okolností, které vedly k propuknutí krize,
- jasnější porozumění falešným adaptačním reakcím, s jejichž pomocí se pacient pokoušel krizi zvládnout hledání bodů vedoucích ke stabilizaci stavu, snížení bezprostředního ohrožení,
- intenzivní koncentrace na krizi,
- učení jiným účinnějším adaptačním reakcím k překonání krize,
- zábrana formování příznaků – terapeut poskytuje vysvětlení podstaty krize jako metodu jejího zvládání a používá metodu interpretace,
- nutnost v zásadě pozitivních přenosových pocitů vůči krizovému terapeutovi umožňuje učení prostřednictvím zkušenosti – nápodoba identifikace korektivní zkušenosti,
- z možností, jimiž disponuje pacient pro zvládání situací, jež se mohou objevit včetně možnosti zvládnutí podobné krize,
- ukončení intervence, jakmile se ukáže, že je akutní stav překonán a pacient je schopen rozpoznat, co k této krizi vedlo a jak ji překonat měl či mohl,

¹ Schopnost záměrně věnovat pozornost tomu, co se děje v přítomném okamžiku, a to bez posuzování, hodnocení a očekávání. Zdroj: <https://www.mindfulness-institut.cz/co-je-mindfulness/>

- pochopení náhled.

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádějí také svalovou relaxaci, progresivní relaxaci podle Jacobsona a Osta a meditaci. *Svalová relaxace* je technika, která se zaměřuje na postupné uvolňování svalových skupin horních i dolních končetin a trupu. Důraz je kladen na prohloubené dýchání a vědomé vnímání dechového rytmu. Tato technika však není vhodná pro osoby trpící těžkou depresí, úzkostnými poruchami nebo psychotickými stavy. U lidí s depresí může vnitřní napětí a pocity selhání při nedosažení požadovaného stavu relaxace vést k dalšímu zhoršení psychického stavu. U úzkostných jedinců může snaha o kontrolu dechu a jeho zpomalení paradoxně úzkost zvyšovat, což brání dosažení uvolnění. Na druhou stranu může být tato metoda velmi užitečná pro osoby v akutní životní krizi, které potřebují zaměřit pozornost do svého nitra, nalézt vnitřní rovnováhu a lépe soustředit své síly na zvládnutí náročné situace.

Orel a kol. (2020) připomíná také autogenní trénink podle Schulze, který se řadí mezi nejrozšířenější relaxační metody. Pracuje s představami tělesných vjemů, jako je pocit tíhy a tepla.

Autogenní trénink slouží nejen na zklidnění, ale také na celkové posílení a osvěžení organismu. Jde o řízený proces, při kterém se pozornost postupně zaměřuje na vnímání tíhy, poté tepla v končetinách a trupu, a následně na chlad v oblasti čela. V dalších fázích dochází ke zklidnění mysli a vědomému soustředění na dech a srdeční rytmus. Tím se podporuje pocit harmonie v těle a vnímání vlastního organismu jako vyrovnaného a plného energie. Součástí této metody mohou být také autosugestivní výroky, které posilují subjektivní pocit zdraví a pohody. Pokročilejší úroveň tréninku zahrnuje řízenou imaginaci a meditaci – například vizualizaci cesty na mořské dno – s následnou reflexí prožitku (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Progresivní relaxace podle Jacobsona a Osta je technika zaměřená především na osoby trpící psychickým napětím a úzkostí, pro které bývá obtížné spontánně navodit stav klidu a uvolnění během řízené relaxace. Metoda spočívá ve střídavém napínání a následném uvolňování jednotlivých svalových skupin, čímž se podporuje reflexní snižování svalového napětí. Tímto postupem si klienti začínají uvědomovat, že i bez pocitu vnitřního klidu mohou své tělo postupně uvolnit – nejprve automaticky a později i vědomě. To vede nejen k fyzickému uvolnění, ale i k psychickému zklidnění a k posílení sebevědomí díky vnímanému pokroku (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

A poslední vzpomínaná je *meditace* – je technika inspirovaná východními filozofiemi, zejména jógou, ze které pochází například práce s kontrolovaným dechem a některé specifické polohy a cvičení. V úvodní fázi se pozornost zaměřuje na monotónní rytmy, například na opakování manter, což napomáhá zklidnění mysli. Při pravidelném praktikování může meditace navodit změněné stavy vědomí, prohloubené vnímání reality, tranzové prožitky a pocity hlubokého propojení s okolním světem nebo vesmírem (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1.6 Způsoby práce s klientem s duševním onemocněním v rámci modelu CARE

Model CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) je mezinárodně uznávaný přístup zaměřený na podporu zotavení a zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Vznikl v Nizozemsku díky práci Jean-Pierra Wilkena a Dirka den Hollandera, kteří propojením různých

rehabilitačních metod vytvořili komplexní systém individuální podpory. Jednou z klíčových vlastností modelu CARE je zaměření na silné stránky klienta namísto jeho omezení. Důraz klade nejen na osobní růst, ale také na začlenění do komunity (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

V této kapitole jsou představeny klíčové nástroje při práci s krizí klienta, které metoda CARE využívá. Plán časných varovných příznaků (tzv. semafor) umožňuje včas zachytit známky zhoršování psychického stavu a předejít rozvoji krize. Dále lze využít při práci s klientem doplňující nástroje, jako je profil žádoucího prostředí, analýza sociální sítě, „vitamínový profil“ prostředí podporujícího zotavení, přehled možností volby či krizovou kartu. Tyto prvky napomáhají k hlubšímu porozumění kontextu života klienta a k posílení jeho autonomie. Nástroje metody CARE nejsou rigidními formuláři, ale živými dokumenty, které se přizpůsobují aktuálním potřebám a vývoji klienta. Slouží jako opora v procesu zotavení a zároveň podporují systematickou spolupráci mezi klientem, pracovníkem a případně i jeho přirozeným sociálním okolím.

Jedním z hlavních principů modelu CARE je orientace na silné stránky klienta, nikoli na jeho omezení či diagnózu. Podpora osobního růstu, smysluplného života a začlenění do běžného společenského prostředí jsou považovány za klíčové faktory zotavení. Tento model je navržen jako univerzální a flexibilní a lze jej uplatnit v široké škále služeb – od komunitní péče přes sociální služby až po lůžková zařízení. Své uplatnění nachází mimo jiné v oblasti podporovaného bydlení, integrace na trh práce, v psychiatrických a forenzních službách i při léčbě závislostí. V České republice se model CARE začal postupně implementovat koncem 90. let. Jeho rozvoj a odborné vzdělávání zajišťuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ve spolupráci s platformou CARE ČR, která podporuje šíření tohoto přístupu napříč různými oblastmi péče o duševní zdraví (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

Metoda CARE nabízí ucelený soubor nástrojů, které podporují individuální zotavení lidí s duševním onemocněním a usilují o jejich aktivní zapojení do běžného života. Tyto nástroje vycházejí z respektu k jedinečnosti každého člověka, jeho přání, zkušeností a životního kontextu. Pracují s předpokladem, že každý člověk má potenciál růstu, a že při vhodné míře podpory může převzít odpovědnost za svůj život v míře, která je pro něj možná a žádoucí (Hollander a Wilken, 2016).

Nástroje práce s klientem v krizi

Nástroje práce s klientem, jako je plán osobní podpory, plán časných varovných příznaků, analýza sociální sítě nebo krizová karta se vzájemně doplňují a lze je využít jak preventivně, tak v akutní fázi krize. Napomáhají orientaci v situaci, podpoře rozhodovacích procesů a koordinaci mezi jednotlivými členy týmu. Zároveň posilují participaci klienta, protože mu umožňují podílet se na plánování kroků, které mohou přispět ke zvládnutí krizové situace a obnovení rovnováhy. Popis konkrétních nástrojů je uveden níže.

Plán osobní podpory

Tento plán slouží jako alternativní nástroj, který pracovník vytváří na základě dostupných informací o klientovi a jeho sociálním kontextu, buď samostatně, nebo ve spolupráci s týmem. Může být využit jak pro pracovníkovu vlastní potřebu, například k rozpracování kroků a strategií, tak jako podklad pro společnou práci celého týmu. Při sestavování Plánu osobní podpory se

pracovník zaměřuje na identifikaci potřeb, kterým se chce v nadcházejícím období věnovat. Tyto potřeby jsou uvedeny v prvním sloupci plánu. Druhý sloupec obsahuje popis aktivit a úkolů ostatních pracovníků či dalších osob zapojených do podpory. Do třetího sloupce se zapisují poznámky, zhodnocení průběhu podpory a další důležité informace (Hollander a Wilken, 2016).

Tento dokument může pracovník využít také při práci s klientem v krizi, kdy je potřeba rychle a přehledně zmapovat aktuální situaci, identifikovat klíčové potřeby a naplánovat odpovídající podpůrné kroky. V takových situacích Plán osobní podpory slouží jako flexibilní a strukturovaný nástroj, který umožňuje zaznamenat průběh krize, dohodnuté intervence a úkoly jednotlivých členů týmu. Usnadňuje koordinaci a předávání informací mezi pracovníky, zajišťuje kontinuitu péče a poskytuje oporu při rozhodování o dalším postupu. Plán může také pomoci při následném vyhodnocení krizové intervence a při plánování kroků, které povedou ke stabilizaci klienta a obnovení běžné podpory (Flaksová, 2025).

Plán časných varovných příznaků (semafor)

Tento plán je metodou, kterou vyvinul Bert van der Werf a jeho kolegové (Van der Werf et al., 1998). Jeho základem jsou tzv. varovné signály – indikátory, které pomáhají včas rozpoznat blížící se zhoršení stavu, a tím umožňují rychle a účinně reagovat. Nejčastěji se využívá u onemocnění s opakujícím se průběhem, jako je bipolární porucha nebo psychotické epizody, ale i u poruch s opakujícím se rizikovým chováním. Existuje několik způsobů, jak plán vytvořit. Například tzv. semaforový model. V něm zelená barva označuje stav rovnováhy a bezpečí. Člověk se nachází ve stabilním prostředí. Oranžová značí, že se situace začíná zhoršovat – člověk se přibližuje ke kritickému bodu. Červená signalizuje akutní fázi krize, kdy člověk už ztratil rovnováhu a je ohrožen. Z této fáze může snadno dojít k vážné krizové situaci. Tento plán může být připraven nejen pro samotného klienta, ale také jako vodítko pro jeho okolí, aby mohlo efektivněji reagovat a poskytnout potřebnou podporu (Hollander a Wilken, 2016).

Analýza sociální sítě – podpůrná síť

Analýza sociální sítě má tři části. Nejprve se vytvoří jednoduchá mapa, do které klient zapíše jména lidí ve svém okolí, rozdělená do kategorií. To poskytne přehled o velikosti sítě. Důležitější, než počet kontaktů je však kvalita vztahů – tedy jaký má pro klienta každý člověk význam a jakou podporu od něj dostává. Na základě těchto informací vznikne přehled nebo diagram, který ukáže, kdo je pro klienta nejdůležitější a jak silnou podporu od těchto osob vnímá. Zaměřujeme se především na pět klíčových osob, přičemž je možné seznam podle potřeby rozšířit (Hollander a Wilken, 2016).

Zmapování podpůrné sítě hraje klíčovou roli v situaci, kdy se klient ocitne v krizi. Umožňuje nám rychle zjistit, na koho se lze v daném momentu obrátit, kdo může klientovi poskytnout emoční oporu, praktickou pomoc nebo kontakt se službami/lékaři. Informace o kvalitě a síle vztahů nám zároveň napovídají, kteří lidé jsou pro klienta skutečně důvěryhodní a podporující, a tedy vhodní k zapojení do řešení krize. Podpůrná síť tak často může pomoci a může zmírnit dopady krize a předejít její eskalaci. Práce s těmito vztahy má proto význam nejen v prevenci, ale i v akutních situacích, kdy je třeba jednat rychle a efektivně. Zmapování sítě zároveň pomáhá pracovníkovi lépe porozumět sociálnímu zázemí klienta a vytvářet podpůrné strategie, které na něj navazují (Flaksová, 2025).

Krizová karta

Krizová karta je praktický nástroj ve formě malé kartičky, kterou má člověk neustále u sebe – například v peněžence nebo v kapse. Slouží pro situace, kdy se jedinec dostává do vážné psychické nepohody či tzv. „červené zóny“. Obsahuje důležité informace, které mohou pomoci při zhoršení stavu – například instrukce pro zvládání konkrétních příznaků, přehled užívaných léků a doporučení týkající se psychiatrické péče. Pokud jsou krizové scénáře a preference včas prodiskutovány, zvyšuje se pravděpodobnost, že člověk v krizové situaci dostane pomoc odpovídající jeho přáním a potřebám. Kartička může obsahovat i kontakty na blízké osoby, odborníky nebo pracovníky podpůrných služeb. Uváděné informace pomáhají rychleji rozpoznat počáteční známky krize, usnadnit orientaci a přispět k efektivnímu zvládnutí situace. Zároveň mohou napomoci v rozhodování o vhodné zdravotní péči, například tím, že uvedou, co klient preferuje či naopak odmítá. Krizová karta tak slouží jako prevence dalšího zhoršení stavu a může být cenným pomocníkem jak pro samotného klienta, tak pro všechny, kdo mu v daný moment pomáhají. Podobným způsobem funguje také krizový plán. Tento plán podrobněji popisuje varovné signály blížící se krize, konkrétní strategie zvládání, postupy, které klientovi pomáhají, i kontakty na osoby či služby, které může v případě potřeby oslovit. Zahrnuje také kroky, které mají být podniknuty v akutní fázi krize, a může obsahovat i přání klienta ohledně další péče (např. zda si přeje být hospitalizován, s kým chce být v kontaktu apod.). Může být výstupem z vypracovaného plánu časných varovných příznaků (Hollander a Wilken, 2016).

Dobrovolná a nedobrovolná hospitalizace z perspektivy modelu CARE

Metoda CARE usiluje o prevenci krizí, které by mohly vést k (dobrovolné či nedobrovolné) hospitalizaci, a nabízí nástroje napomáhající včasnému rozpoznání zhoršení stavu i hledání alternativ k hospitalizaci. V některých případech je však nutné k hospitalizaci klienta přistoupit, včetně hospitalizace nedobrovolné, a to v zájmu zachování bezpečí jeho samotného i jeho okolí. Tyto situace zpravidla nastávají při vážném zhoršení psychického stavu, kdy klient například není schopen vnímat realitu, odmítá potřebnou péči nebo se ocitá v bezprostředním ohrožení života. V takových případech představuje hospitalizace nezbytný krok ke stabilizaci stavu a ochraně zdraví.

Hospitalizace, zejména ta nedobrovolná, by však neměla být chápána jako nástroj péče, ale spíše jako indikátor potřeby posílení podpůrných mechanismů v přirozeném prostředí klienta. Přesto i v těchto náročných situacích zůstává důležité uplatňovat principy přístupu CARE – tedy respekt, individualitu a snahu o navázání kontaktu, porozumění a co největší míru spolupráce, jakmile je to možné. Hospitalizace by měla být vnímána jako součást širšího podpůrného rámce, jehož cílem je nejen stabilizace stavu, ale také následný návrat klienta do běžného života a posílení jeho schopnosti zvládat krizové situace v budoucnu.

V problematice hospitalizací lze nalézt podrobnější informace v kapitole 1.1.5; tato část se dále zaměřuje na analýzu dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace z perspektivy modelu CARE.

Respekt k právům, autonomii a přáním jednotlivce je základním principem práce v oblasti duševního zdraví. Tento respekt však neznamená bezpodmínečné naplňování všech požadavků klienta za jakýchkoliv okolností. Skutečný respekt k člověku zahrnuje i zodpovědnost v situacích, kdy jeho rozhodnutí nebo chování mohou vést k vážnému ohrožení sebe nebo ostatních. V těchto případech může být nečinnost v přímém rozporu s principem lidskosti a péče – nejednat může znamenat nechat druhého trpět nebo mu neumožnit ochranu, kterou potřebuje.

Pokud veškeré dostupné a známé prostředky k navázání komunikace selhaly a stav ohrožení přetrvává, může být nezbytné jednat proti vůli daného člověka. I v takových případech je však klíčové postupovat co nejcitlivěji, s cílem minimalizovat riziko další traumatizace a udržet důvěru v systém péče (MZČR, 2021).

Metoda CARE představuje přístup, který může významně obohatit tradiční péči o hospitalizované pacienty, a to jak u dobrovolných, tak u nedobrovolných přijetí. V českém prostředí je psychosociální rehabilitace dosud častěji spojována spíše s komunitními službami, zatímco v rámci psychiatrických nemocnic zůstává její role méně výrazná. Právě na lůžkových odděleních, kde jsou pacienti vystaveni přísným pravidlům, pevně nastavenému dennímu režimu a omezeným možnostem rozhodovat o sobě, však může metoda CARE představovat účinný prostředek ke zmírnění těchto restriktivních podmínek. Její základní principy – partnerský vztah mezi pracovníkem a klientem, respekt k individuálním přáním a cílům pacienta či zapojení jeho blízkých – přispívají k posilování pocitu autonomie a důstojnosti, který bývá v prostředí hospitalizace často oslabován. Poskytuje pacientům možnost vyjádřit vlastní preference, podporuje dialog mezi nimi a zdravotnickým personálem a vytváří prostor pro partnerskou spolupráci. Díky tomu přispívá k postupné humanizaci psychiatrické péče a nabízí rámec, jak vyvažovat medicínskou nezbytnost hospitalizace s respektem k osobní svobodě a potřebám jednotlivce (Páv a kol., 2017).

2 Výzkumná část

Tato část práce navazuje na část teoretickou, ve které byly vymezeny základní pojmy, přístupy a východiska týkající se práce s krizí u lidí s duševním onemocněním. Následující kapitola se zaměřuje na samotný výzkum, jehož cílem je prozkoumat, jakým způsobem pracovníci v praxi s krizí u klientů pracují a jaké strategie či přístupy přitom využívají.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je analyzovat a zhodnotit současné postupy práce s klientem v krizi, identifikovat hlavní rizikové faktory vedoucí ke krizovým situacím a navrhnout preventivní opatření. Práce se zaměří na teoretický popis krize a duševních onemocnění, zmapování efektivních intervencí, představení metod práce s krizí a zkoumání role různých odborníků v krizové intervenci. Na základě výzkumu pak formulovat praktická doporučení pro zlepšení péče o lidi s duševním onemocněním během krizí.

V návaznosti na stanovený cíl práce byly formulovány čtyři výzkumné otázky, které vymezují zaměření výzkumného šetření:

Výzkumné otázky:

Jak odborníci rozpoznávají psychickou krizi u lidí s duševním onemocněním?

Jaké postupy odborníci využívají při práci s klientem v psychické krizi?

Jaké rizikové faktory vnímají jako nejvýznamnější?

Jaká preventivní opatření navrhuje pro předcházení krizovým situacím u lidí s duševním onemocněním?

Tyto výzkumné otázky určovaly směr celého výzkumu a sloužily jako východisko pro tvorbu scénáře polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha A).

2.2 Metodika výzkumu

Tato kapitola se zaměřuje na metodologickou stránku výzkumu. Nejprve je zde definován typ výzkumu, který byl v rámci této práce zvolen, včetně odůvodnění jeho vhodnosti vzhledem k výzkumnému cíli. Dále jsou podrobně popsány použité metody a techniky sběru dat, jejichž prostřednictvím byly získány relevantní informace. Součástí kapitoly je také charakteristika komunikačních partnerů, tedy osob, s nimiž byl výzkum realizován, včetně kritérií jejich výběru. Pozornost je věnována rovněž etickým aspektům výzkumu a případným limitům, které mohly ovlivnit průběh či výsledky šetření. Následující část kapitoly se věnuje samotné analýze shromážděných dat a interpretaci zjištěných výsledků ve vztahu k výzkumným otázkám.

Výzkumná strategie

V rámci praktické části diplomové práce byl realizován kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo porozumět způsobům práce s krizí u lidí s duševním onemocněním z pohledu sociálních pracovníků.

Metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které umožnily zkoumat individuální zkušenosti, přístupy a pohledy na dané téma v hloubce. Rozhovory byly vedeny formou osobního setkání (face to face) v průběhu měsíce května a června 2025. Tato forma byla zvolena záměrně, neboť osobní kontakt umožňuje navázání důvěrnějšího vztahu, lepší vnímání neverbální komunikace a vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení zkušeností, což je u tématu práce s krizí velmi důležité. Každý rozhovor trval přibližně 45 až 75 minut, přičemž délka se odvíjela od rozsahu sdílených zkušeností jednotlivých respondentů. Odpovědi byly zaznamenávány ručně do připraveného dokumentu v průběhu rozhovoru. Po zpracování diplomové práce byly skartovány.

Polostrukturovaný rozhovor byl navržen tak, aby pokrýval hlavní oblasti související s prací s krizí u osob s duševním onemocněním. Jeho cílem bylo porozumět zkušenostem odborníků, jejich přístupům k řešení krizových situací a vnímání samotného pojmu krize v kontextu duševního zdraví.

Úvod rozhovoru byl zaměřen na navázání kontaktu, vysvětlení účelu výzkumu a zajištění anonymity respondentů. Následně byly kladeny otázky zjišťující základní informace o délce praxe, odborné kvalifikaci a pracovním zařazení účastníků, aby bylo možné zasadit jejich odpovědi do kontextu profesních zkušeností. Hlavní část rozhovoru byla strukturována podle předem připraveného scénáře a zaměřovala se na tři tematické okruhy odpovídající výzkumným otázkám. První okruh se týkal definování krize, jejích projevů a postupů práce s ní. Druhý okruh se soustředil na rizikové faktory vedoucí ke krizovým situacím a na charakteristiky klientů, kteří mohou být krizí ohroženi. Třetí tematický okruh se vztahoval k prevenci krizí a podpůrným mechanismům. Závěr rozhovoru tvořilo shrnutí, prostor pro doplňující poznámky a poděkování za účast. Plné znění scénáře rozhovoru je uvedeno v příloze práce (viz Příloha A).

Výběrový soubor

Výzkumný soubor tvořilo deset sociálních pracovníků (osm žen a dva muži) ve věku 28 až 54 let, kteří působí v různých typech sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním (např. chráněné bydlení, centrum duševního zdraví, terénní tým). Všichni účastníci pracují v přímé péči a mají více než dva roky praxe v oboru. Byli vybráni záměrným výběrem na základě své odborné zkušenosti s krizovou intervencí nebo doprovázením klientů v krizových situacích.

Oslovení účastníků proběhlo v dubnu 2025 prostřednictvím e-mailu. Z celkem třinácti kontaktovaných pracovníků jeden rozhovor odmítl z důvodu vytíženosti a dva na pozvání nereagovali. Rozhovory se uskutečnily v květnu a červnu 2025, převážně v prostorách jednotlivých organizací. Bylo dbáno na to, aby prostředí zajišťovalo soukromí, klid a bezpečnou atmosféru vhodnou pro osobní rozhovor.

Před zahájením samotného sběru dat byl realizován předvýzkum, v jehož rámci byl otestován scénář rozhovoru. Na základě zpětné vazby došlo k drobným úpravám formulace otázek, avšak jejich obsahová struktura zůstala zachována.

Harmonogram práce

Praktická část výzkumu probíhala v několika na sebe navazujících fázích. V přípravné fázi (únor – duben 2025) probíhalo studium odborné literatury, tvorba teoretické části, vymezení výzkumného problému, cílů a otázek a příprava metodiky včetně scénáře rozhovorů. V realizační fázi (květen – červen 2025) byli kontaktováni respondenti, získány souhlasy a uskutečněny

rozhovory v terénu. Následovala analytická fáze (červen – srpen 2025), během níž byly rozhovory přepsány, kódovány a analyzovány pomocí tematické analýzy. V závěrečné fázi (září – listopad 2025) došlo k interpretaci výsledků, jejich propojení s teoretickou částí a formulaci závěrů.

Analýza dat

Pro účely této práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. K analýze dat jsem využila postupy tematické analýzy, jejichž cílem bylo identifikovat hlavní témata ve vztahu k výzkumným otázkám (Švaříček a Šedřová, 2014). S účastníky bylo předem dohodnuto, že rozhovory nebudou nahrávány, ale budou průběžně zapisovány včetně klíčových výroků. Z důvodu ochrany osobních údajů byla účastníkům změněna jména.

Každý přepsaný rozhovor jsem následně podrobně prostudovala a rozdělila výpovědi na menší významové celky. Úseky související se zkoumanou problematikou jsem zvýraznila a opatřila kódy vystihující jejich obsah. Na základě podobností jsem vytvářela dílčí témata, která jsem dále seskupovala do širších oblastí představujících hlavní témata výzkumu. Tato témata byla poté vztáhnuta k výzkumným otázkám, zatímco výroky, které se k nim nevztahovaly, nebyly do analýzy zahrnuty. Získané informace roztříděné do tematických okruhů odrážejí klíčové oblasti zkoumaného problému. Pro zachování přehlednosti jsou jednotlivé okruhy zpracovány samostatně a doplněny autentickými výroky respondentů. Tyto citace jsou uvedeny kurzívou. Každý tematický celek je zakončen stručným shrnutím hlavních poznatků, které je doplněno interpretací dat a vybranými ukázkami z rozhovorů. Cílem této části je nejen prezentovat výsledky výzkumu, ale také přiblížit konkrétní zkušenosti, postoje a názory sociálních pracovníků, které z kvalitativního šetření vyplynuly.

Etika výzkumu

Výzkum byl realizován v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu a s respektem k ochraně osobních údajů. Všichni účastníci byli předem seznámeni s cílem výzkumu, průběhem rozhovoru i způsobem nakládání s daty. Dobrovolně poskytli informovaný souhlas se svou účastí a byla jim zajištěna plná anonymita. Získané záznamy rozhovorů byly uchovávány v elektronické podobě v zaheslovaném souboru přístupném pouze autorce práce. Při přepisu a analýze byly osobní a identifikační údaje nahrazeny jinými označeními, jména respondentů byla změněna. Data byla zpracovávána odděleně od údajů, které by mohly vést k identifikaci účastníků. Po obhájení diplomové práce budou veškeré záznamy rozhovorů bezpečně smazány. Výstupy výzkumu jsou využívány výhradně pro účely této diplomové práce.

2.2.1 Limity výzkumu

Mezi hlavní limity výzkumu patří omezený počet respondentů, který neumožňuje generalizaci výsledků na celou populaci sociálních pracovníků. Výzkumný soubor tvořilo deset osob, což je vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu dostačující pro získání hloubkového porozumění, nicméně nelze z něj vyvozovat obecně platné závěry pro všechny odborníky pracující s lidmi s duševním onemocněním v krizi. Záměrný (účelový) výběr respondentů zajišťuje, že výpovědi pocházejí od osob s relevantní zkušeností, avšak zároveň omezuje variabilitu pohledů, neboť nezahrnuje širší spektrum odborníků, kteří by mohli přinést odlišné perspektivy.

Dalším limitem je genderová nevyváženost výzkumného souboru – většina rozhovorů byla vedena s ženami, což může mít vliv na to, že nemuseli být podrobněji zachyceny způsoby

vnímání krizí či formy intervence typické pro muže. Genderové složení výzkumného souboru tedy představuje faktor, který může ovlivnit interpretaci výsledků a jejich přenositelnost na celou profesní skupinu. Na druhou stranu v sociální sféře obecně převažuje vyšší podíl žen než mužů, což tento poměr částečně odráží.

Dále je třeba zohlednit subjektivitu výpovědí, která je přirozenou součástí kvalitativního výzkumu. Výsledky vycházejí z individuálních zkušeností, postojů a konkrétních kontextů respondentů, což sice přináší hlubší porozumění dané problematice, ale zároveň nelze tyto výpovědi považovat za objektivně ověřitelné pravdy. Každá výpověď je ovlivněna osobními hodnotami, stylem práce, konkrétním typem zařízení a organizací, ve které účastnice pracují.

Jako určitý metodologický limit lze vnímat také způsob záznamu rozhovorů – odpovědi byly zaznamenávány ručně během rozhovoru, nikoli plně audiovizuálně nahrávány a následně doslovně přepisovány. Tento způsob sice umožňuje bezprostřední reflexi a zachování bezpečného prostředí pro sdílení, avšak může vést ke ztrátě některých nuancí, výrazů nebo formulací, které by mohly mít význam při následné analýze. Výběr zaznamenaných informací byl tak do určité míry ovlivněn výzkumníkem a jeho vnímáním důležitosti sděleného obsahu.

Výzkum byl dále omezen i časově a geograficky – rozhovory probíhaly v relativně krátkém časovém období (květen – červen 2025) a v konkrétním regionu, což může ovlivnit výsledky v tom smyslu, že nezachycují sezónní výkyvy, dlouhodobé změny v systému péče ani specifika jiných krajů. Rozhovory probíhaly s pracovníky sociálních služeb působících na území hlavního města Prahy. Zkušenosti pracovníků z těchto oblastí nemusí být plně přenositelné na jiné regiony České republiky, kde může být síť služeb, spolupráce mezi institucemi či dostupnost krizové pomoci odlišná. Pracovníci z větších měst mohou mít jiné podmínky a možnosti než pracovníci z menších obcí nebo venkovských oblastí.

Za limit výzkumu lze považovat také typ organizací, ve kterých respondenti působí. Většina z nich pracuje v neziskových organizacích poskytujících sociální služby lidem s duševním onemocněním, menší část pak v rámci zdravotnických zařízení nebo organizací s krizovou složkou. Tato specifická zaměřenost může ovlivňovat pohled na práci s krizí – například pracovníci neziskových organizací mohou mít jinou zkušenost s dostupností služeb nebo spoluprací s psychiatry než pracovníci v nemocničním prostředí.

2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Tato část práce je věnována systematickému zpracování a prezentaci zjištěných poznatků, které byly získány prostřednictvím zvolené výzkumné metody. V rámci této kapitoly dochází k podrobnému popisu a analýze získaných dat, jejich třídění, kategorizaci a vyhodnocení ve vztahu k výzkumným otázkám a cílům práce. Zároveň je zde kladen důraz na interpretaci jednotlivých zjištění, která umožňuje hlubší porozumění zkoumanému jevu a zasazení výsledků do širšího kontextu odborné problematiky. Cílem této části je nejen prezentovat data jako taková, ale rovněž nabídnout jejich smysluplné vysvětlení a posouzení jejich významu z hlediska teoretických východisek a praktických souvislostí.

Získané informace jsou systematicky roztrženy do několika tematických okruhů, které odrážejí klíčové oblasti zkoumaného problému. Pro zachování přehlednosti a logické struktury jsou jednotlivé okruhy zpracovány samostatně. V rámci každého tematického celku jsou uvedeny

relevantní poznatky získané z rozhovorů s komunikačními partnery – konkrétně se sociálními pracovníky. Autentické výroky respondentů jsou zaznamenány kurzívou a z důvodu ochrany jejich identity jsou jména respondentů změněna. Každý tematický celek obsahuje stručné shrnutí hlavních zjištění, které je graficky zvýrazněno pro lepší orientaci čtenáře. Toto shrnutí je dále doplněno interpretací dat a ilustrováno vybranými citacemi, které dodávají výpovědím kontext a autentičnost. Cílem této části je nejen prezentovat fakta, ale i poukázat na konkrétní zkušenosti, postoje a názory respondentů, které vyplynuly z kvalitativního šetření.

Analýza rozhovoru s pracovníky v oblasti sociální práce zaměřeném na klienty s duševním onemocněním odhalila několik hlavních témat, která se opakovaně objevovala v odpovědích. Tato témata reflektují způsob rozpoznání krizí, jejich spouštěče, specifika v kontextu duševního onemocnění, způsoby zvládání a roli prevence.

2.3.1 Rozpoznání krize a její projevy u lidí s duševním onemocněním

Analýza ukazuje, že rozpoznání krize a její projevy představují dvě úzce propojené, avšak odlišné oblasti. Rozpoznání se zaměřuje na schopnost klienta i pracovníka vnímat a vyhodnocovat změny v běžném fungování – jde o proces, který může zásadně ovlivnit, zda se podaří krizi včas zachytit a zmírnit její dopady. Zatímco rozpoznání je založeno na vnímání jemných změn, znalosti klienta a jeho „krizového profilu“, samotné projevy se projevují napříč celým životem člověka – v péči o sebe, v emoční stabilitě, ve vztazích i v přístupu k léčbě.

Rozpoznání tedy předchází projevům a umožňuje jim porozumět, zatímco projevy představují viditelný obraz krize, s nímž se pracovníci setkávají v praxi. Spojením obou perspektiv vzniká komplexní pohled, který je nezbytný pro účinnou práci s lidmi s duševním onemocněním. Respondenti jasně ukazují, že včasná všímavost a citlivé rozpoznání prvních varovných signálů umožňuje předejít vážnějším důsledkům krize. Současně však zdůrazňují, že projevy nejsou jen „symptomy“, ale vyjádřením hlubšího vnitřního rozvratu, se kterým klient v danou chvíli není schopen sám zacházet. Proto je nezbytné chápat tyto projevy nejen jako problém, ale jako výzvu k poskytnutí podpory, bezpečí a odborné pomoci.

Krize v kontextu duševního zdraví je jev, který se promítá do těla, emocí, vztahů i chování. Sociální pracovníci a další odborníci, kteří s těmito klienty pracují, mají klíčovou roli v časně detekci a doprovázení v průběhu krize. Nejde přitom jen o pozorování chování, ale o hlubší schopnost empatického naslouchání, vnímání změn a vedení společného dialogu. Včasné rozpoznání krizového vývoje a možnost reflektovat krizi (i zpětně) zvyšují šanci na stabilizaci, zachování důvěry i posílení klientovy schopnosti zvládat náročné situace v budoucnu.

Respondenti popisují krizi jako stav, který se odlišuje od běžného fungování klienta, a často jej doprovázejí emoční výkyvy nebo zhoršení projevů psychických potíží. Někteří klienti jsou schopni krizi sami rozpoznat, jiní nikoliv – záleží na jejich sebepoznání a zkušenosti s onemocněním. Rozpoznání krize je proto úkolem jak klienta, tak i pracovníka, který vyhodnocuje změny oproti běžnému chování.

Jedním z nejčastěji zmiňovaných ukazatelů, že se klient nachází v krizi, jsou změny oproti jeho běžnému chování a dennímu fungování. V krizových obdobích klienti často přestávají dodržovat základní denní režim: zanedbávají osobní hygienu, nejedí pravidelně, nevstávají z postele nebo tráví čas v pasivitě. Pracovníci si všímají změn v aktivitě, režimu dne, péči o sebe a celkovém

přístupu ke kontaktu s okolím. Takové změny jsou podle respondentů obvykle zřetelné zejména u klientů, které znají dlouhodobě – umožňuje to srovnání s jejich běžným fungováním.

Zkušenost pracovníků také ukazuje, že včasná detekce změn v užívání medikace může být klíčovým signálem blížící se krize. V některých případech je právě narušený režim medikace prvním vnějším projevem vnitřního chaosu nebo zhoršení zdravotního stavu. Včasné zachycení těchto signálů je zásadní pro prevenci vážnějšího ohrožení – a vyžaduje od pracovníků nejen bdělost, ale i schopnost vstupovat do tématu léčby citlivě a bez moralizování.

Rozpoznání krize je tedy komplexním procesem, který vyžaduje kombinaci odborného pohledu, osobní zkušenosti s klientem a schopnosti vnímat jemné změny v jeho prožívání i chování. Podle výpovědí respondentů je základním vodítkem všímavost vůči odchylkám od běžného, zavedeného fungování klienta. To znamená sledovat nejen výrazné projevy, ale také subtilní změny, které mohou signalizovat, že se klient dostává do náročnější situace.



Obrázek 1 – Ukazatelé rozpoznání krize

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Většina dotazovaných popsala, že krizi lze často rozpoznat právě díky tomu, že klient „se chová jinak než obvykle“. Jak uvedla Nela: „Poznám to většinou tak, že se klient chová jinak než obvykle... buď nepřijde, nebo chce najednou něco úplně jiného.“ Tento moment „odlišnosti“ od běžného vzorce chování představuje pro pracovníky první varovný signál. Podobně Karolína upozornila na změny v rytmu dne: „Většinou si všímám změn v denním nebo nočním režimu – třeba problémy se spánkem, chuť k jídlu se mění, klient může víc spát nebo naopak špatně usínat.“

Rozpoznání krize je tedy úzce spjato se schopností pracovníka znát klienta v jeho běžném fungování. Lucie tuto skutečnost shrnuje slovy: „Většinou si všimnu, že se klientovo chování odchyľuje od jeho běžného projevu.“ Z rozhovorů vyplývá, že právě individuální znalost každého klienta je nenahraditelná – pracovník, který s klientem tráví delší dobu, si dokáže všimnout i jemných signálů. Tento aspekt zvýraznila Tereza, která řekla: „Velmi pomáhá, když jsem s ním již nějaké krize zažila.“

Rozpoznání krize však není vždy jednoznačné. Jana upozornila na to, že projevy mohou být skryté: „Je mnoho ukazatelů, kterých si můžeme všimnout a u každého klienta je to jiné. Všímám si: docházení na schůzky, způsobu komunikace, zda se daří klientovi docházet do práce, zda se mu daří nakupovat, cestovat, starat se o sebe, zda se nezavírá na pokoji/bytě – to jsou takové skrytější, možná ne vždy jasné ukazatele, že se něco děje...“

Významnou součástí rozpoznání je rovněž schopnost klienta reflektovat svůj vlastní stav. Zde se ukazuje velká variabilita – zatímco někteří klienti dokáží sami pojmenovat, že se nacházejí v krizi, jiní to vůbec nevnímají. Marcela uvedla: „U klientů s psychotickými onemocněními je obtížnější zjišťovat, zda krizi prožívají, kvůli omezené schopnosti komunikace nebo výraznému zamedikování.“ Naproti tomu Tereza dodává: „Někdy mi to klient je schopný říct sám.“ Marie však upozornila i na opačnou zkušenost: „... vůbec si neuvědomují, že jsou v krizi – aspoň ne hned...“

Rozpoznání krize tak zahrnuje kombinaci pozorování, porozumění individuálnímu kontextu klienta a využívání důvěry, která vzniká v rámci vztahu mezi pracovníkem a klientem. Zpětná reflexe po odeznění krize se podle výpovědí respondentů ukazuje jako velmi důležitá, protože pomáhá klientovi učit se identifikovat první varovné signály do budoucna.

2.3.2 Projevy krize u lidí s duševním onemocněním

Krize u osob s duševním onemocněním se zpravidla neprojevuje pouze na rovině emocí či myšlení, ale výrazně zasahuje i oblast tělesné a sociální péče o sebe. V rozhovorech s odborníky působícími v oblasti krizové intervence se zcela jednoznačně ukazuje, že zanedbávání základních denních rutin je jedním z nejzřetelnějších ukazatelů toho, že člověk prochází krizovým obdobím. Téma se dotýká několika vzájemně propojených oblastí: sebed péče, medicíny, výživy, vztahu k prostředí a rizikového chování jako maladaptivního zvládacího mechanismu.

Jedním z opakujících se témat ve výpovědích respondentů je pokles péče o tělo a prostředí. Krizové situace u lidí s duševním onemocněním jsou ale často spojené i s velmi závažnými projevy – sebezpoškozováním, předávkováním léky, akutními psychózami nebo suicidálními tendencemi.

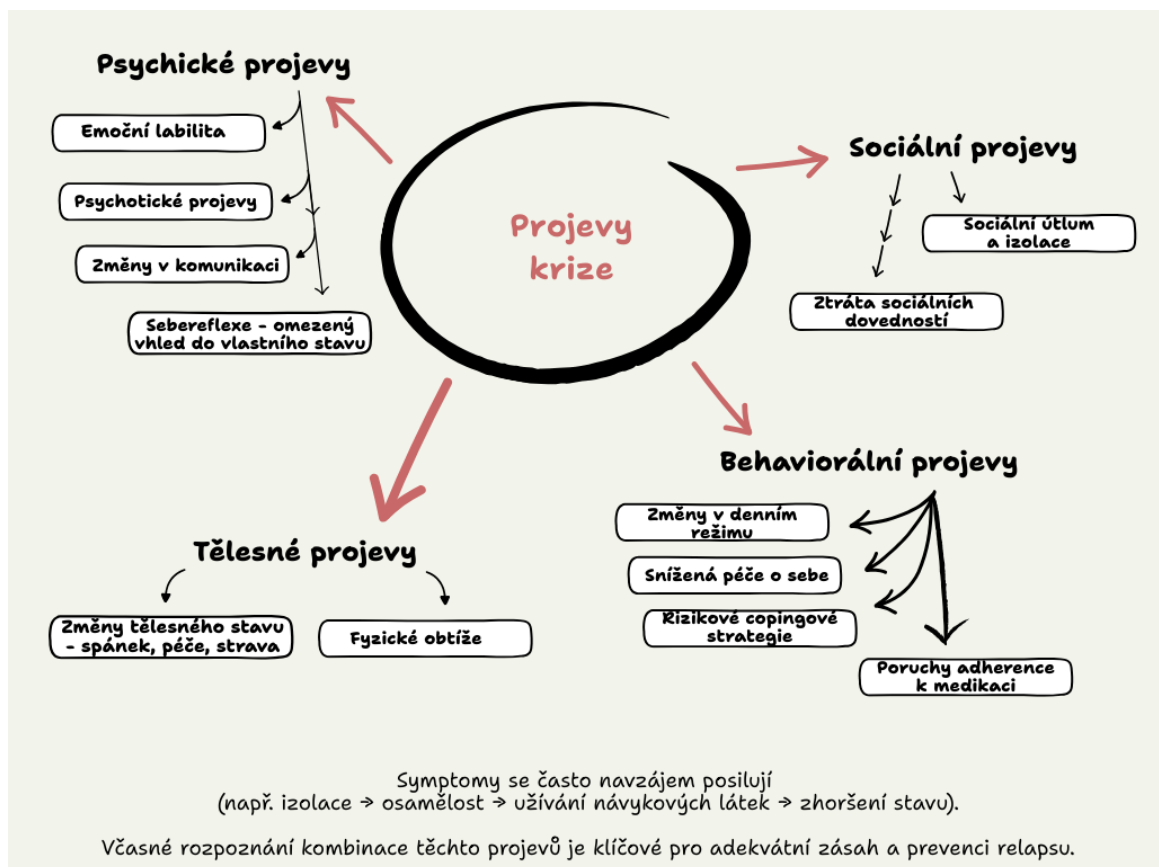
Když běžné copingové (zvládací) strategie přestávají fungovat, lidé v krizi často sahají po tzv. rychlých formách úlevy. Typicky se jedná o alkohol, benzodiazepiny, nadměrné přejídání, sebezpoškozování nebo nadužívání léků, které mají okamžitý, avšak krátkodobý efekt – například zmírní napětí, úzkost nebo psychickou bolest. Tyto strategie bývají maladaptivní – tedy nevedou k řešení problému, ale spíše k jeho prohlubování.

Maladaptivní strategie jako užívání alkoholu, léků či sebezpoškozování jsou častým doprovodným jevem u duševního onemocnění, zvláště pokud klient dlouhodobě postrádá podporu, není zapojen do terapeutického procesu nebo má negativní zkušenosti se zdravotnickým systémem.

V těchto případech se klienti necítí slyšeni, nerozumí svému prožívání, a proto sahají po něčem, co v minulosti krátkodobě pomohlo – i když to z dlouhodobého hlediska škodí. Zneužívání alkoholu nebo sedativ pak může vést k závažnému zhoršení psychotických nebo afektivních symptomů, zvýšenému riziku hospitalizace a ohrožení života. Přechod od krize ke klinickému relapsu je v těchto situacích velmi rychlý.

Útěk ke škodlivým návykům představuje výraz krize, v níž selhávají běžné zdroje zvládnání. Pro sociální pracovníky (ale i další členy multidisciplinárního týmu) je důležité tento jev neinterpretovat jako slabost, ale jako volání o pomoc, které ukazuje na absenci účinnějších strategií. Práce s klientem by se v takových případech měla zaměřit na posílení vhledu, hledání bezpečnějších způsobů regulace emocí a budování podpůrného prostředí.

Součástí efektivní práce s krizí je také schopnost reagovat na konkrétní okolnosti, včetně znalosti předchozí zkušenosti klienta s krizemi. Plánování dopředu, například prostřednictvím nástrojů pro včasné rozpoznání varovných příznaků, pomáhá předejít eskalaci. Terapeutická podpora a otevřená komunikace o krizových stavech jsou považovány za klíčové pro úspěšné zvládnání obtížných situací. V některých případech je nutné zohlednit i vliv rodinného prostředí, které může být jak oporou, tak i zdrojem zátěže. Klíčová je spolupráce mezi klientem a odborníkem, založená na respektu, otevřenosti a schopnosti reagovat na specifické potřeby dané situace.



Obrázek 2 – Projevy krize

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Jakmile se krize rozvine, začínají být její projevy zřetelnější – a to jak v rovině psychické, tak v oblasti chování, sociálních vztahů i tělesných projevů. Respondenti popisovali několik klíčových oblastí, které jsou pro krizi typické. Prvním výrazným znakem je změna v denním režimu a péči

o sebe. Podle Karolíny se jedná především o spánek a chuť k jídlu. K tomu se přidává snížená péče o sebe a zanedbaný vzhled. Petr k tomu uvedl: „*Nestandardní chování oproti běžnému chování – třeba zvýšené užívání návykových látek, alkohol, léky, suicidální tendence, zanedbaný zevnějšek...*“ Podobně Kateřina doplnila: „*Klesá péče o sebe, často zapomínají na medikaci nebo ji nadužívají.*“

Právě vztah k medikaci je jedním z klíčových indikátorů krize. Klienti v zátěžových obdobích často léky vysazují, nebo naopak užívají nadměrně. Karolína vysvětlila: „*Sahají po rychlé úlevě – třeba po návykových látkách, přejídání, sebepoškozování nebo nadužívání léků.*“ Tento způsob zvládání však vede k dalším problémům, jako je riziko závislosti, zhoršení zdravotního stavu nebo dokonce relaps nemoci.

Dalším výrazným projevem je sociální útlum a izolace. Klienti v krizi často přestávají chodit na schůzky, ruší domluvené kontakty a uzavírají se do sebe. Jak popsala Marcela: „*Zanedbaná osobní hygiena, rušení schůzek, izolace, odchod z běžného sociálního prostředí nebo regres do pasivity jsou typickými projevy.*“ Tento ústup ze sociálních vazeb bývá pracovníky vnímán jako varovný signál dekompenzace – tedy ztráty schopnosti seberegulace a kontaktu s realitou.

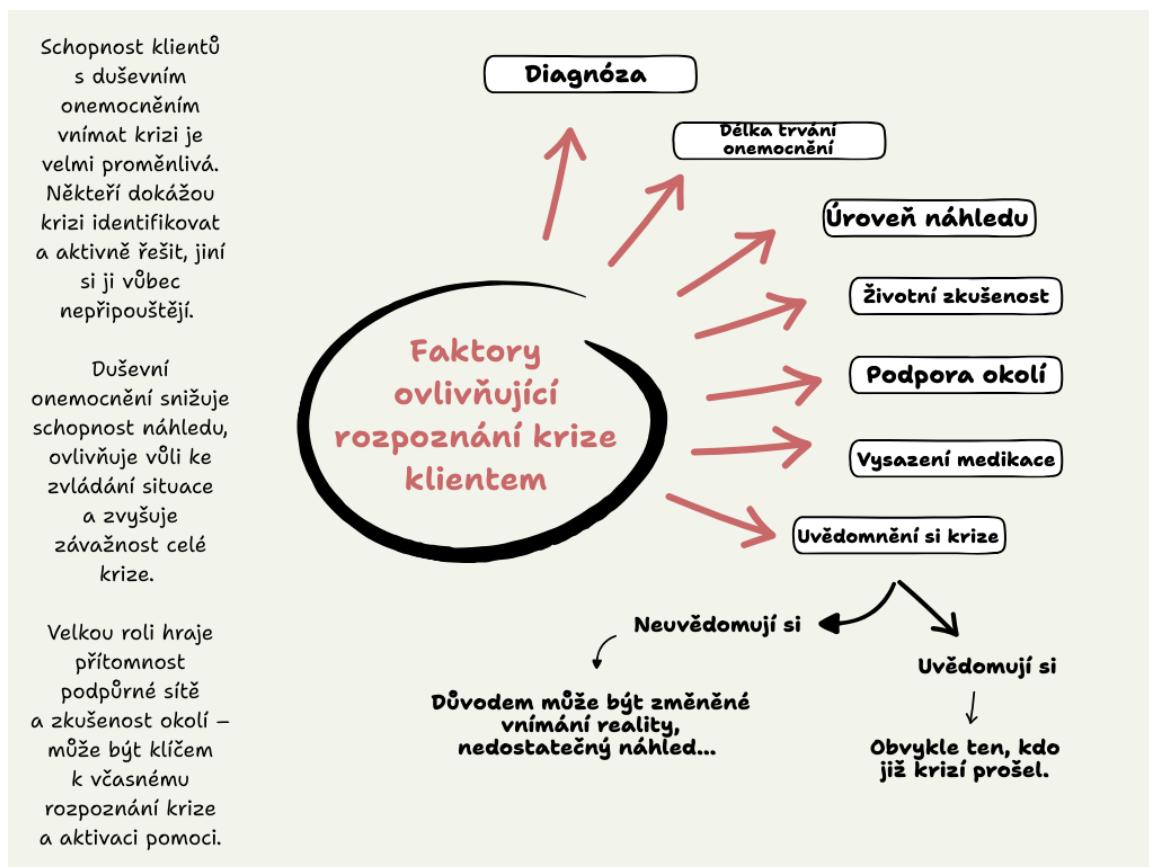
Krizové projevy se neomezují jen na chování, ale silně se dotýkají i emocionální roviny. Lucie popsala: „*Často si všímám výrazných změn v chování – člověk může být hodně úzkostný, uzavřený, nebo naopak podrážděný.*“ Tyto emoční výkyvy zahrnují plačtivost, podrážděnost, emoční labilitu, ale i apatii či distanc. Důležitým signálem bývá také proměna v komunikaci – odmítání kontaktu, neochota spolupracovat nebo naopak nadměrná závislost na pracovníkovi.

Respondenti upozornili i na závažnější projevy, které ukazují na hlubokou dekompenzaci. Jana popisuje: „*Bludy, agrese (klient se může vnímat v ohrožení, hovořit o tom, že ho někdo sleduje... nebo mít hlasy, kterým se brání), hlasy (klient si může s nimi povídat), halucinace, některým klientům se to může propojit i s fyzickými obtížemi.*“

Krize tedy představuje stav, kdy se u klienta prolínají různé úrovně projevů – od tělesných a behaviorálních přes emoční až po sociální a vztahové. Typické je, že tyto symptomy na sebe navazují a posilují se: izolace zvyšuje osamělost, ta vede k užívání návykových látek, což zhoršuje celkový stav a může vést k relapsu.

2.3.3 Vnímání krize lidmi s duševním onemocněním

Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že schopnost rozpoznat vlastní krizi se mezi klienty výrazně liší. Vnímání krize mezi klienty s duševním onemocněním je velmi individuální a závisí na celé řadě faktorů – od typu diagnózy, přes délku trvání onemocnění, až po úroveň náhledu, životní zkušenosti a přítomnost podpory ze strany okolí. Někteří mají již předchozí zkušenost, díky které dokážou lépe pojmenovat spouštěče nebo varovné signály. Jiní však nedokáží vlastní krizi reflektovat vůbec, a to buď kvůli změněnému vnímání reality, nedostatečnému náhledu, nebo například v důsledku akutního psychotického stavu.



Obrázek 3 – Faktory ovlivňující rozpoznání krize klientem

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Výrazným faktorem, který odlišuje prožívání krize u duševně nemocných, je také míra podpory ze strany okolí. U mnohých klientů je podpůrná síť buď slabá, nebo zcela chybí. To zvyšuje jejich zranitelnost a snižuje šanci na zvládnutí krize vlastními silami. Z pohledu profesionálů hraje v tomto procesu zásadní roli okolí – ať už jde o rodinu, blízké, nebo pracovníky v pomáhajících profesích. Právě oni mohou být těmi, kdo krizovou situaci rozpoznají dříve než samotný klient. „Je velmi důležitý pohled rodiny, blízkých nebo pracovníka.“ Říká Tereza.

Z výpovědí respondentů dále vyplývá, že krize u lidí s duševním onemocněním mají často jiný průběh než u běžné populace. Jsou hlubší, déle trvající, často provázené zhoršením onemocnění nebo vysazením medikace. Marie k tomu uvádí: „U člověka s duševním onemocněním může ta krize trvat déle, být hlubší... A Nela dodává: „a taky může třeba dojít k vysazení medikace.“ Marcela shrnuje rozdíl metaforicky: „Je to jako druhý batoh – duševní nemoc a k tomu krize.“ Lidé bez diagnózy přitom často disponují větší škálou copingových strategií, což jim umožňuje se s krizovými situacemi lépe vyrovnat. Petr konstatuje: „Psychóza ovlivňuje vnímání a myšlení...“ a zároveň poukazuje na „slabou či nefunkční síť vztahů“, která je pro mnoho klientů typická. „Lidé s duálními diagnózami to mohou mít náročnější, protože nepracují jen s duševním onemocněním, ale i se závislostí. Mají dva balíčky k řešení.“ (Jana).

Podle Jany hraje při rozpoznávání krize samotnými klienty zásadní roli jejich zkušenost a míra porozumění vlastnímu onemocnění. Jak zdůrazňuje: „Důležité je, jak dlouho již o svém onemocnění vědí, zda jim někdo pomohl pochopit, jak se onemocnění projevuje a zda mají někoho, kdo by jim pomohl se v tom celém zorientovat a hledat spouštěče krize a pak mapovat

samotnou krizi a co v ní mohou dělat, co jim pomáhá ji přečkat, zlepšit.“ Tato výpověď ukazuje, že schopnost klienta včas rozeznat krizi není samozřejmá, ale opírá se o podporu okolí, systematickou práci se spouštěči a hledání strategií, které mu umožní krizi zvládat.

Jak uvedla Marcela: *„Pokud si již někdo krizí nebo krizemi prošel, dokáže lépe pojmenovat spouštěče krize.“* Petr k tomu doplňuje, že: *„někteří klienti dokáží s odstupem rozpoznat některé faktory...“*, čímž upozorňuje na to, že uvědomění si krize často přichází až zpětně, nikoli v jejím průběhu. Karolína tento pohled konkretizuje: *„Jsou lidé, kteří už si krizi dokážou zpracovat..., ale pak jsou i klienti, u kterých je potřeba sledovat změny v chování, které si třeba sami neuvědomují.“* Stejně se vyjadřuje další dotazovaná Tereza: *„...klienti si třeba ani nepřipouštějí, že zrovna jsou v krizi“*. Pro některé klienty je uvědomění si vlastní krize těžce dosažitelné i kvůli tomu, že duševní onemocnění snižuje jejich schopnost nadhledu. Jak to formulovala Karolína: *„Duševní onemocnění může ovlivnit to, jaký má člověk nadhled nad situací.“*

2.3.4 Spouštěče krizí

Další oblastí, které se rozhovory věnovaly, jsou spouštěče krizových stavů. Dotazovaní se shodují, že krize obvykle nevzniká bez zjevné příčiny, ale bývá vyvolána konkrétní událostí nebo souhrou faktorů, které naruší psychickou rovnováhu klienta. Nejčastěji byly jako spouštěče zmiňovány nečekané a zásadní životní změny, dlouhodobé stresory, užívání návykových látek, může to být i relativně zanedbatelná událost. Z toho vyplývá, že krize často nevznikají z jednoho izolovaného důvodu, ale spíše jako důsledek souhry více okolností, které narušují stabilitu klienta a zvyšují jeho zranitelnost. V rozhovorech s odborníky se opakovaně objevují závažné situace, které vyžadují okamžitou odbornou intervenci a které výrazně překračují běžnou zátěž každodenního života. Krize u klientů s duševním onemocněním bývají často akutní, hluboké a mnohdy i život ohrožující.

Z tematické analýzy vyplývá, že krize u lidí s duševním onemocněním bývají často spouštěny významnými životními událostmi, ztrátami a konflikty, ale rovněž kumulací dlouhodobého stresu. Výrazným rizikem je také užívání návykových látek, vysazení medikace a náhlé změny režimu. Pozitivní změny mohou mít stejný destabilizační účinek jako negativní události, pokud klient není dostatečně stabilní. Důležitým poznatkem je, že krizi může spustit i drobná událost, pokud přichází v době vnitřního oslabení. Rozpoznání těchto spouštěčů a včasná intervence tak patří k důležitým prvkům krizové prevence a práce s duševně nemocnými klienty.

Nejčastější krizové situace, se kterými se odborníci v praxi setkávají, zahrnují sebepoškozování, suicidální jednání, relapsy duševního onemocnění a akutní psychotické stavy. Spouštěčem těchto krizí bývají jak vnitřní faktory (např. zhoršení nemoci, přerušování léčby), tak vnější okolnosti (např. rozchod, domácí násilí, ztráta bydlení). Tyto situace vyžadují nejen urgentní odborný zásah, ale i následnou práci s traumatem a podporu při stabilizaci klienta. Dlouhodobá prevence, včasná identifikace rizik a síť podpůrných vztahů se tak stávají zásadními faktory pro zvládnutí těchto krizí.

Krize u lidí s duševním onemocněním bývají často spouštěny významnými životními událostmi, ale i kumulací dlouhodobého stresu nebo pozitivními změnami. Krizi může spustit i drobná událost, rizikem je také užívání návykových látek, vysazení medikace a náhlé změny režimu.

Rozpoznání spouštěčů krize patří k důležitým prvkům práce s duševně nemocnými klienty.



Obrázek 4 – Spouštěče krizí

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Jedním z významných témat jsou faktory, jež mohou vést ke vzniku krizové situace u lidí s duševním onemocněním. Tyto spouštěče bývají velmi rozmanité a zahrnují jak osobní, tak vztahové a existenční roviny. Jana k tomu říká: „*To je různé – může to být rodina, když tam nejsou dobré vztahy, neshody s přáteli, úmrtí blízkého nebo ztráta někoho blízkého (třeba i zvířete), nedostatek financí (existenční krize, nenaplnění potřeb), negativní zkušenosti v nějaké situaci (když se situace opakuje, člověk si vzpomene na tu negativní zkušenost), bytí v minulosti – neposunutí se dál, nespokojenost s prostředím, ve kterém jsou, přehlčení, strach (z neznámé situace např.).*“

Vedle náhlých událostí hrají roli i dlouhodobé stresory, které mají pro klienta emoční význam. Mezi ně patří například opakující se konflikty v rodině, existenční nejistota nebo kumulovaný stres. Kateřina uvedla: „*Nejčastěji to bývají podle mě změny v životě, stresové a zátěžové situace...*“, přičemž další respondent doplnil: „*Konflikty s rodinou... ohrožení ztráty bydlení... náhlé a rychlé změny...*“ (Petr). Významným rizikovým faktorem je také užívání návykových látek, které může samostatně spustit krizi nebo zhoršit již probíhající psychické obtíže. „*No a dlouhodobé užívání návykových látek,*“ zaznělo opět z úst Kateřiny.

V několika výpovědích zaznělo, že příčiny krizí u lidí s duševním onemocněním nejsou odlišné od běžné populace, ale náročnější je jejich zvládnutí. „*Obecně bych řekla, že se to nijak neliší od běžné populace,*“ konstatuje Tereza. Změny jako rozvod, stěhování nebo úmrtí blízkého zažívají všichni, avšak lidé s psychickým onemocněním často nemají dostatek vnitřních zdrojů nebo podpory k jejich efektivnímu zvládnutí. Například úmrtí blízké osoby nebo ztráta zaměstnání může

u klienta vyvolat krizi. Taková situace bývá náročná sama o sobě, ale v kontextu duševního onemocnění může vést k rychlému zhoršení stavu. Jak uvedla Marie: „...vyhazov z práce, úmrtí blízké osoby...“.

Dle Jany: „Člověk s duševním onemocněním může být zranitelnější v krizové situaci. Může pro něj být náročnější v krizové situaci běžně fungovat v životě – docházet do práce, vycházet s rodinou, komunikovat s lidmi, cestovat MHD, nakupovat, orientovat se v systému.“ Z rozhovorů dále vyplývá, že spouštěčem krize může být i relativně malá událost, pokud se odehraje v době, kdy je klient již dlouhodobě přetížený nebo oslabený. „Spouštěč může být i relativně malý, pokud je klient dlouhodobě přetížený,“ shrnul respondent Adam.

Jana uvádí, že má zkušenost, že někteří klienti to mají tak, že: „prostě to mají ve vlnách (chvilí dobře, chvilí špatně) a vlastně se to nemusí dát úplně něčím ovlivnit.“

Zajímavým zjištěním je také to, že krizi mohou spustit i pozitivní změny – například nástup do nové práce, stěhování nebo narození dítěte. Tyto události sice nejsou negativní samy o sobě, avšak jejich režimová náročnost nebo emoční zatížení může v psychicky zranitelném období vést k destabilizaci. „Pozitivní změny mohou být někdy také provázeny krizí,“ upozorňuje Marcela.

Respondenti rovněž upozorňují, že spouštěčem krize může být vysazení medikace, a to jak záměrné, tak nevědomé, stejně jako samotné přijetí diagnózy duševního onemocnění, které může pro některé klienty představovat emočně zatěžující moment. „Zhoršení psychického stavu, ztráty – práce, bydlení, vztahů...“ a „vysazení medikace, užívání návykových látek,“ popisuje Petr. Dotazovaní se ve většině případů shodují, že někdy vyvolává užívání léků (medikace) smíšené pocity – právě ambivalenci. Znamená to, že na jednu stranu vědí (nebo vnímají), že jim léky mohou pomáhat stabilizovat jejich stav a zmírňovat příznaky. Na druhou stranu ale mohou mít negativní zkušenosti s vedlejšími účinky, mohou se cítit méně svobodní, stigmatizovaní nebo vnímají medikaci jako symbol nemoci a kontroly zvenčí. Za tímto rizikovým chováním často stojí ambivalentní postoj klienta k léčbě a k sobě samému. U některých klientů lze pozorovat vnitřní rozpor – na jedné straně chtějí zvládnout situaci, na druhé straně mají pocity selhání, nehodnoty, případně prožívají vinu, která může vést k „sabotáži“ léčebného režimu.

Typické krizové situace

Jak uvedla Karolína: „Setkala jsem se třeba se sebepoškozováním, akutní psychózou, předávkováním medikace, pokusy o sebevraždu... šikana, rozchod, domácí násilí nebo sexuální zneužití.“

Podle Petra mezi typické krizové situace patří „hluboké depresivní propady, sebepoškozování, relaps neléčené psychózy, psychotická ataka,“ přičemž spouštěčem mohou být i osobní události jako rozchod, soudní rozhodnutí nebo náhlé vysazení medikace. Tyto situace vedou ke ztrátě vnitřní rovnováhy a klient neřídka přestává být schopen posoudit své chování či adekvátně reagovat na okolí.

Rozhovory ukazují, že krizové stavy u klientů s duševním onemocněním často přesahují běžné psychické obtíže – mají výrazný existenční charakter a zasahují do všech oblastí života. „Sebevražedné myšlenky, relaps nemoci, domácí násilí, ztráta bydlení nebo hospitalizace proti vůli klienta,“ vypočítává Adam. Jana přidává další situace, uvádí, že: „setkávám se s různými druhy krizových situací (od běžných až po hospitalizaci, když už to jinak nejde), např. dlouhodobé hledání práce, ztráta práce, konflikty s rodinou, dluhy, nedostatek financí, samota...“ Významnou

roli v těchto případech hraje schopnost pracovníků včas rozpoznat varovné signály, navázat kontakt s klientem i v obtížných podmínkách a zajistit nezbytnou péči. Zároveň je však důležité pracovat také s následky těchto krizí, především v oblasti podpory klienta při návratu do běžného fungování a zpracování traumatických zkušeností.

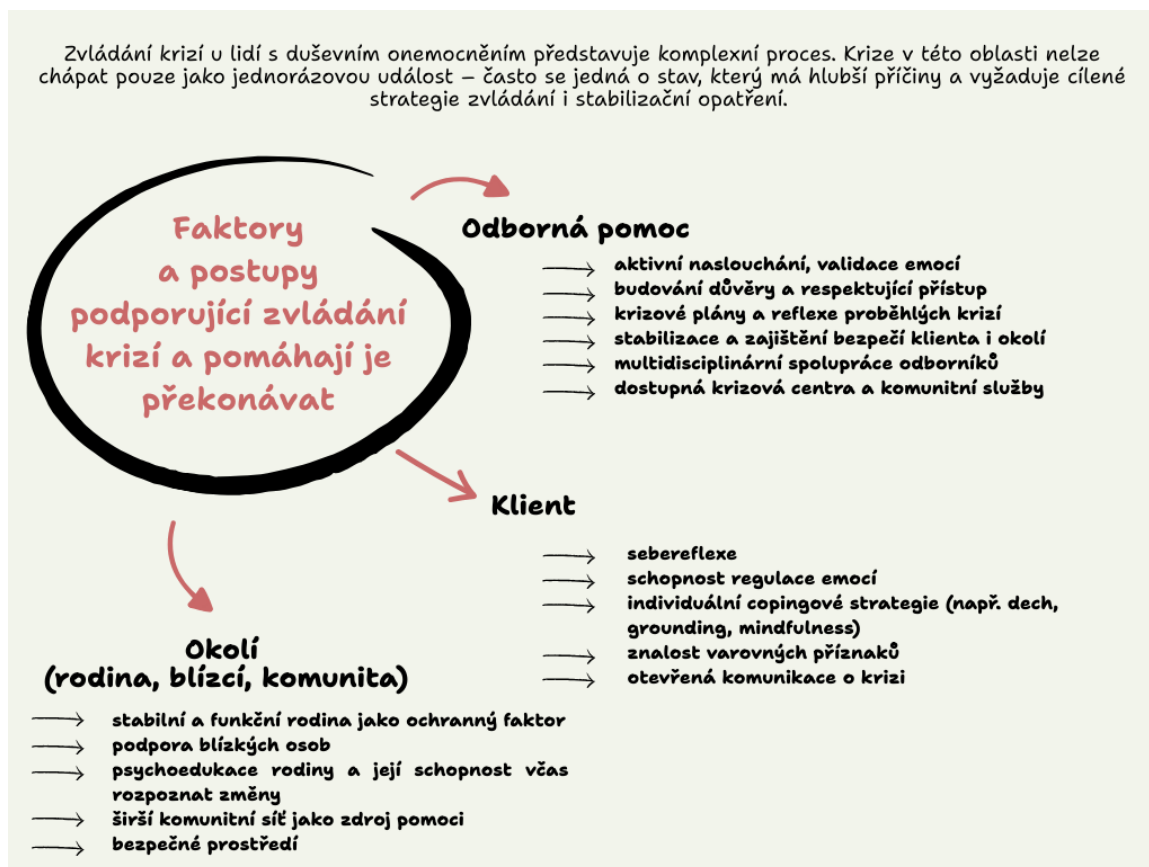
2.3.5 Zvládání krizí a podpora

Zvládání krizí u lidí s duševním onemocněním představuje komplexní proces, v němž se prolínají osobní schopnosti klienta, povaha a závažnost jeho onemocnění, kvalita podpůrné sítě a dostupnost odborné pomoci. Krize v této oblasti nelze chápat pouze jako jednorázovou událost – často se jedná o stav, který má hlubší příčiny a vyžaduje cílené strategie zvládání i stabilizační opatření. Z rozhovorů s pracovníky v oblasti duševního zdraví vyplývá, že úspěšné překonání krize je výsledkem kombinace individuálních copingových mechanismů, sebereflexe a schopnosti regulovat emoce, přičemž významnou roli hraje i kvalita vztahů s blízkými lidmi. Podpůrná síť, tvořená rodinou a odborníky, může být pro klienta klíčovým zdrojem stability, ale v některých případech se stává i spouštěčem krize. Právě tato křehká rovnováha mezi pomocí a zátěží určuje, zda se klient dokáže s krizovou situací vyrovnat, nebo zda dojde k jejímu prohloubení a nutnosti intenzivnějších zásahů.

Respondenti se shodují, že schopnost zvládnout krizi je u klientů s duševním onemocněním závislá na více faktorech – především na míře sebereflexe, závažnosti onemocnění, individuálních strategiích zvládání a dostupné podpoře. Stabilní a funkční rodina má nezastupitelnou roli jako ochranný faktor, zatímco konfliktní nebo nepřítomné rodinné prostředí může zvyšovat riziko krize. V krizovém řízení je zásadní spolupráce odborníků a podpůrné sítě, která klientovi umožní nejen zvládnout aktuální stav, ale zároveň přispívá k prevenci dalších propadů. Odborníci jsou klíčoví pro včasné zachycení varovných signálů a nabídnutí adekvátní pomoci. Významnou roli hraje sociální síť, zejména rodina – pokud je funkční, může působit jako ochranný faktor a první rozpoznat zhoršení stavu. Naopak konfliktní nebo nefunkční vztahy mohou krizi zhoršovat. Proto psychoedukace rodinných příslušníků a posilování komunitní péče jsou považovány za důležité kroky v budování efektivního systému krizové pomoci.

Základními prvky jsou bezpečné prostředí, aktivní naslouchání, validace emocí a techniky zklidnění (např. práce s dechem, grounding). Klíčová je důvěra, respektující přístup, individuální plánování a znalost varovných příznaků. Některé situace vyžadují i fyzickou přítomnost nebo doprovod. Někdy je však nutné hledat podporu mimo rodinu, pokud ta působí jako spouštěč krize. Základním krokem je stabilizace a zajištění bezpečí klienta i jeho okolí. Součástí tohoto procesu bývá využívání technik, jako je práce s dechem, grounding či všímavost, které napomáhají zklidnění a posílení schopnosti klienta zvládat akutní stresové reakce. Velký důraz je kladen na aktivní naslouchání, budování důvěry a respektující přístup. Stabilizace klienta není chápána pouze jako odstranění akutních projevů krize, ale také jako navázání vztahu, který umožňuje další práci a prevenci opakování krizových situací.

Efektivní krizová pomoc vyžaduje propojení individuálního přístupu, odborné intervence, funkční podpůrné sítě a preventivních opatření, jako jsou krizové plány a psychoedukace blízkých.



Obrázek 5 – Faktory a postupy podporující zvládání krizí a pomáhající je překonávat

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Významným prvkem v rozhovorech byla schopnost klienta uvědomit si, co mu pomáhá v náročných chvílích, a aktivně využívat individuální strategie zvládání. Sebereflexe a schopnost regulace emocí však bývají u lidí s duševním onemocněním často oslabeny, což samo o sobě ztěžuje reakci na krizové situace. „...aby ten člověk věděl, co mu nejvíc pomáhá...“, popsala Marie jako jeden z klíčových momentů při zvládání krize.

Respondenti poukazují na to, že míra obtíží při zvládání krize souvisí s povahou a závažností duševního onemocnění. „...pro lidi s duševním onemocněním je to zvládání krizových situací rozhodně obtížnější,“ uvedla Tereza. Emoční labilita, potíže s navazováním kontaktu, dezorientace v realitě nebo oslabené kognitivní funkce mohou krizovou intervenci výrazně komplikovat. „Často je narušena schopnost regulovat emoce nebo reagovat přiměřeně na stres,“ doplnila dále.

V některých případech přesahuje situace možnosti ambulantní péče, a krizový stav si žádá akutní zásah v podobě hospitalizace. „Pokud se ten stav opravdu nedá zvládnout ambulantně, tak musí dojít k hospitalizaci,“ vysvětlila Nela. Takový krok může být dočasným stabilizačním opatřením, které klientovi umožní zotavení, snížení rizika nebo úpravu medikace.

Podstatným faktorem zvládání krizí je rovněž kvalita sociální podpory. Klíčovou roli přitom sehrává rodina, pokud je funkční, stabilní a blízká. Respondentky opakovaně uvádějí, že blízcí mohou být těmi, kdo jako první rozpoznají změnu stavu, a poskytnou klientovi oporu. „Podpůrná síť hraje... klíčovou roli – pokud jsou vztahy stabilní, blízké a funkční, tak to klientovi hodně pomáhá,“ popsala Karolína.

Rodina ovšem nemusí být pouze ochranným faktorem – naopak, v některých případech je zdrojem zátěže, konfliktů nebo tlaku, který krizi prohlubuje. „*Rodina může být oporou, ale i spouštěčem krize,*“ upozornila Marcela. Petr doplnil: „*Pokud jsou vztahy funkční, tak mají rozhodně pozitivní vliv.*“ V prostředí, kde chybí porozumění, je vztah nefunkční nebo rodina zcela absentuje, je riziko eskalace psychického stavu vyšší. To potvrzuje také Jana: „*Záleží na tom, jaké vztahy rodina s daným člověkem má. Pokud dobré a rodina je oporou, je to určitě veliký bonus a přínos pro daného člověka, myslím, že to může pozitivně ovlivnit zvládnutí krize. Když tomu tak není a rodina oporou není, neví, jak k danému člověku přistupovat, nerozumí mu nebo nechtějí rozumět, nemají dostatek informací o dané nemoci nebo jednají stigmatizačně, tak to má spíše negativní dopad na zvládnutí krize, ba dokonce může být i jedním ze spouštěčů dané krize.*“ Zaznívá také důležitost vzdělávání a podpory rodiny, která často nevědomky přispívá k nepochopení situace klienta. „*Kolikrát by i rádi pomohli, ale už neví jak,*“ říká Marcela a zdůrazňuje potřebu psychoedukace či propojení s podpůrnými službami. Spolupráce s rodinou a širší sociální síť je považována za žádoucí a v mnoha případech i nezbytnou.

Vedle rodiny jsou důležitým prvkem v síti pomoci také odborníci – pracovníci v oblasti duševního zdraví, kteří dokážou zachytit signály zhoršujícího se stavu a nabídnout odpovídající intervenci. Karolína dodává: „*No, pokud ta spolupráce opravdu funguje, tak má obrovský význam.*“

Dle Kateřiny je důležitý ještě jeden faktor, a to samotné duševní onemocnění: „*Duševní onemocnění může ovlivnit vůli tu krizi zvládnout...*“

2.3.6 Způsoby práce s krizí

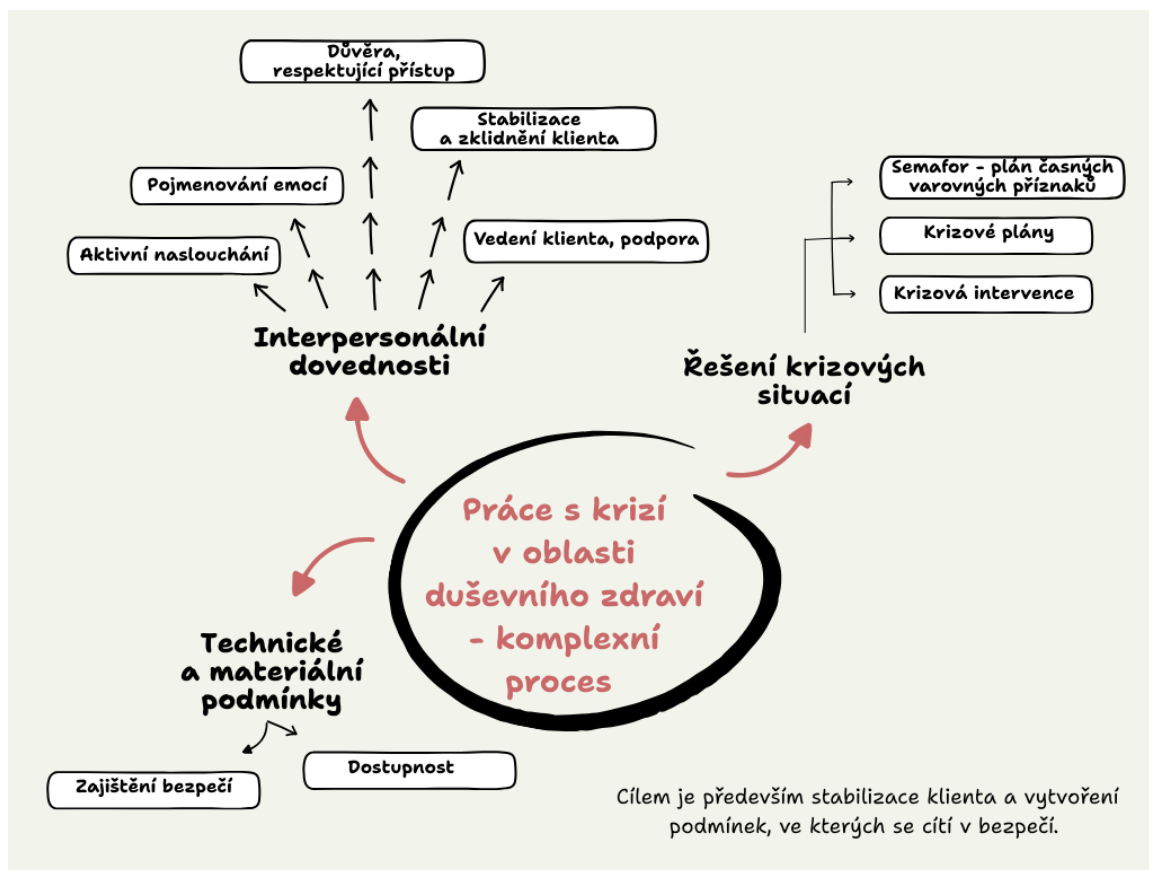
Práce s krizí v oblasti duševního zdraví je komplexní proces, jehož cílem je především stabilizace klienta a vytvoření podmínek, ve kterých se cítí v bezpečí. Rozhovory s odborníky ukazují, že základními kameny efektivní krizové intervence jsou bezpečné prostředí, aktivní naslouchání, validace emocí a využití praktických technik, které klientovi pomáhají regulovat akutní stresovou reakci. Zároveň je nezbytný individuální přístup, který zohledňuje předchozí zkušenosti klienta, jeho specifické potřeby a dostupné zdroje podpory. V některých případech může jít o strukturované postupy, jindy o velmi osobní a bezprostřední formu pomoci, včetně fyzické přítomnosti a doprovázení klienta.

Efektivní práce s krizí stojí na třech pilířích: zajištění bezpečí, stabilizace klienta a individuální, respektující přístup. Odborníci využívají kombinaci technik, jako jsou práce s dechem, grounding či mindfulness, spolu s aktivním nasloucháním a validací emocí. Důležitou součástí je krizové plánování, spolupráce multidisciplinárního týmu a reflexe proběhlých krizí. V některých případech je klíčová i přímá fyzická přítomnost pracovníka a podpora klienta „krok za krokem“. Úspěšná intervence je postavena na důvěře, znalosti klientovy situace a schopnosti flexibilně reagovat na aktuální potřeby.

V práci s krizí v oblasti duševního zdraví je zásadní postupovat citlivě, strukturovaně a s ohledem na individuální potřeby klienta. Respondenti se shodují, že prvním a nezbytným krokem je zajištění bezpečí, které chrání nejen klienta samotného, ale i jeho okolí před případným rizikem. Na tuto fázi často navazuje stabilizace a zklidnění, při níž se využívají techniky snižující akutní stres. Důležitým momentem je také pojmenování emocí, které klientovi pomáhá lépe porozumět tomu, co prožívá, a tím snížit intenzitu nepříjemných pocitů.

Samotná práce s krizí představuje strukturovaný proces podpory směřující k rychlé úlevě, obnovení orientace a schopnosti fungovat. V této souvislosti se uplatňují také krizové plány nebo tzv. semafor – individuálně nastavený systém pro včasné rozpoznání varovných příznaků a prevenci zhoršení stavu. Klíčovou roli hraje důvěra a respektující přístup, jež vytvářejí bezpečné prostředí pro otevřenou komunikaci a spolupráci. Stejně tak je významná dostupnost – možnost rychlé reakce a podpory v případě potřeby, ať už osobně, telefonicky či jinou formou.

Některé situace si žádají i vedení klienta a přímou podporu, která může mít podobu jemného směřování, doprovázení nebo i fyzické přítomnosti, pokud je to pro stabilizaci stavu nezbytné. Tyto postupy se v praxi vzájemně prolínají a vytvářejí ucelený rámec krizové pomoci, jehož cílem je nejen zvládnutí akutního stavu, ale i posílení klientovy schopnosti čelit budoucím náročným situacím.



Obrázek 6 – Práce s krizí v oblasti duševního zdraví – komplexní proces

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Odborníci se shodují, že prvním krokem v práci s krizí je zajištění bezpečí klienta i jeho okolí. Jak uvádí Karolína: „V první řadě je důležité zajistit bezpečí... účinné bývá práce s dechem, grounding, techniky všímavosti.“ Tyto metody pomáhají klientovi zklidnit se a vrátit pozornost k přítomnému okamžiku.

Součástí intervence je i aktivní naslouchání a podpora důvěry, jak popisuje Petr: „Snažím se klienta stabilizovat a zklidnit, aktivně mu naslouchat.“ Adam jeho sdělení doplňuje: „Používám principy krizové intervence – stabilizace, pojmenování emocí, vytvoření bezpečného prostředí.“

Podle Jany záleží při práci s krizí na typu krize. „Takhle obecně bych řekla, že je důležité tu pro klienta být, naše přítomnost pro něj, to že má v někom oporu, komu může i o své krizi říci.“

Vyslechnout klienta. A pak se doptávám, jak mu můžu pomoci. Co by mu aktuálně pomohlo? A také pracujeme s nástrojem Semafor, kde má klient uvedeno, co v dané krizi potřebuje, co může udělat, co mu pomáhá. Důležité je situaci, která je pro klienta krizová, nebagatelizovat.“

Z úst Adama zaznělo, že: „Velkou roli hraje důvěra, respektující přístup a dostupnost.“ Důvěra a partnerský přístup jsou dle něho klíčovými faktory. Tyto prvky vytvářejí terapeutický rámec, v němž klient může bezpečně prožívat a zpracovávat svou situaci.

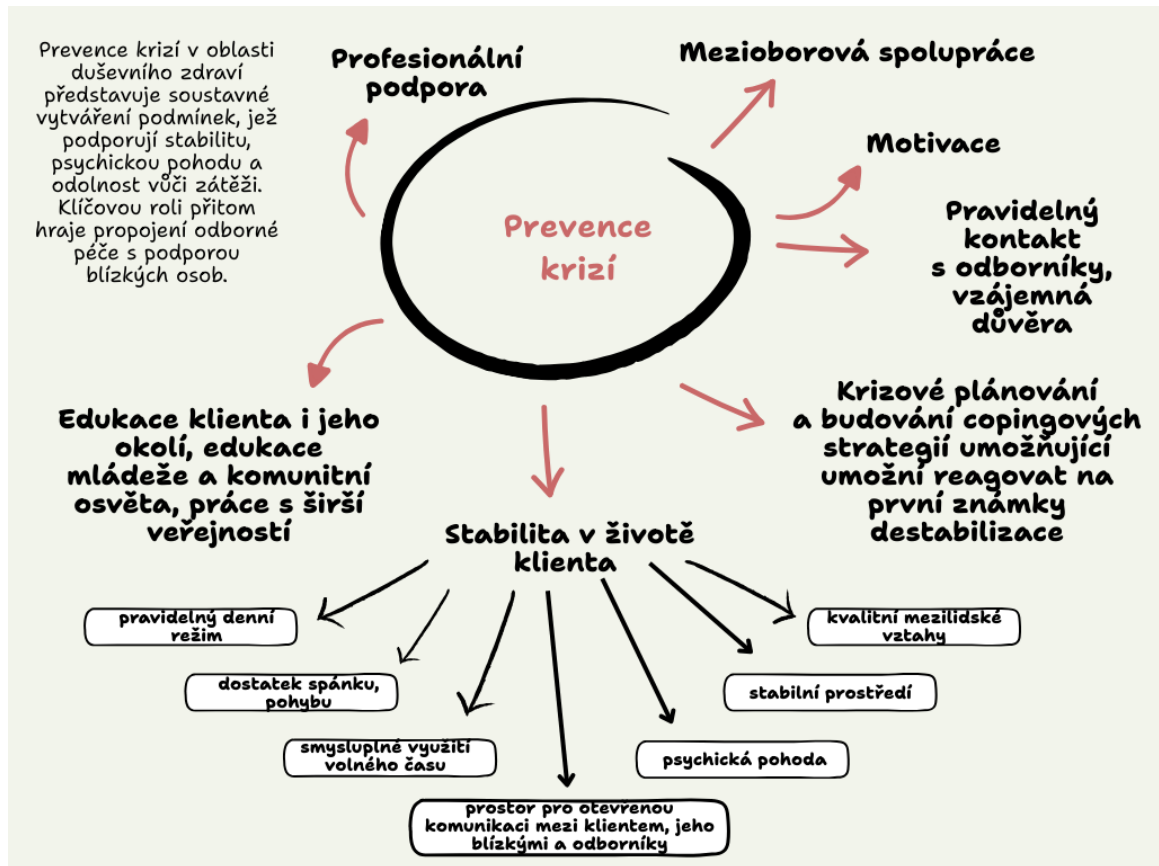
Někteří respondenti zdůrazňují i význam plánování a strukturovaných nástrojů. Marcela například hovoří o potřebě krizových plánů a týmové spolupráce: „Krizové plány, reflexe proběhlé krize...“ V některých případech je nutné klienta doprovázet a podpořit: „Někdy prostě vzít klienta za ruku a dočasně ho vést.“ I proto je nezbytné posuzovat situaci komplexně a hledat zdroje podpory, které budou pro konkrétního klienta skutečně funkční. Jana doporučuje krizi nebrat jako selhání. Bavit se o ní a čerpat z ní zkušenosti.

Individuální přístup zahrnuje znalost klientovy historie krizí, jeho varovných signálů a funkčních strategií. Tereza popisuje použití konkrétního nástroje: „...využíváme semafor – plán časných varovných příznaků.“ Zároveň upozorňuje na význam otevřené komunikace: „...nejdůležitější je vůbec s klientem o krizi mluvit...“ a na roli psychoterapie: „...přijde mi důležitá psychoterapie.“ Jana doplňuje, že: „Určitě je přínosné mít krize dopředu s klientem zmapované - ještě před tím, než nějaká nastane - pak daný člověk i my víme, jak můžeme postupovat.“

2.3.7 Prevence a mezioborová spolupráce

Prevence krizí v oblasti duševního zdraví představuje nejen ochranný prvek před náhlým zhoršením stavu, ale i dlouhodobý proces, který se promítá do každodenního života klienta. Není to jednorázový zásah, ale soustavné vytváření podmínek, jež podporují stabilitu, psychickou pohodu a odolnost vůči zátěži. Klíčovou roli přitom hraje propojení odborné péče s podporou blízkých osob a širší sociální sítě, stejně jako koordinovaná spolupráce mezi různými profesemi. Rozhovory s odborníky ukazují, že efektivní prevence vyžaduje jak pravidelný a důvěryplný kontakt s klientem, tak schopnost rychle reagovat na první známky destabilizace. Multidisciplinární týmy, které dokážou sdílet informace a společně plánovat postup, jsou v tomto ohledu nepostradatelné. Prevence tak není jen o zvládání hrozící krize, ale o systematickém budování bezpečného a podpůrného prostředí, které klientovi umožňuje žít co nejplnohodnotnější život.

Prevence krizí v oblasti duševního zdraví je komplexním procesem, který zahrnuje udržování stabilního denního režimu, pravidelný kontakt s odborníky, krizové plánování, edukaci klienta i jeho okolí a podporu v každodenním fungování. Klíčovým nástrojem v prevenci je funkční spolupráce mezi různými profesemi v rámci multidisciplinárního týmu, který dokáže včas zaznamenat nástup změn a účinně zasáhnout. Významnou roli zde hrají sociální pracovníci, kteří jsou často prvními, kdo si změn v chování klienta všimnou. Celkově se ukazuje, že prevence musí být postavena na dlouhodobém budování důvěry, stabilitě a společné práci všech zúčastněných.



Obrázek 7 – Prevence krizí

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Důležitou součástí efektivní práce s lidmi s duševním onemocněním je prevence krizí, která se prolíná napříč celou péčí. Z rozhovorů s odborníky vyplynulo, že klíčovou roli zde hraje stabilní prostředí, psychická pohoda, pravidelný denní režim a prostor pro otevřenou komunikaci mezi klientem, jeho blízkými a odborníky. „Stabilní zázemí, podpora, pravidelný režim...“ shrnuje význam těchto faktorů Petr.

Respondenti zdůrazňují, že důraz by měl být kladen zejména na včasnou identifikaci změn v psychickém stavu klienta, což je možné pouze tehdy, pokud existuje pravidelný kontakt s odborníky a vzájemná důvěra. „Motivovat, aby svůj stav komunikovali včas.“ zní z úst Lucie, přičemž právě tato schopnost komunikace bývá při zhoršujícím se stavu často první narušena.

Významným tématem v oblasti prevence je mezioborová spolupráce. Respondenti opakovaně poukazují na přínos multidisciplinárních týmů, které umožňují efektivní sdílení informací a společné hledání řešení. „Když je tým multidisciplinární, tak se dají svolávat schůzky, pokud se začíná dít něco neobvyklého... můžeme to rychle zmapovat a včas zasáhnout.“ popsala Nela. Podle Marie je právě tento způsob spolupráce nástrojem včasné prevence: „...multidisciplinární tým... včasná intervence.“

Preventivní opatření zahrnují nejen profesionální podporu, ale i každodenní stabilitu v životě klienta – tedy udržování pravidelného denního režimu, kvalitních mezilidských vztahů, dostatečného spánku, pohybu a smysluplného využití volného času. Karolína uvádí: „Sledovat kvalitu spánku, stravování, sociální vztahy, pohyb, denní režim..., pravidelné návštěvy u psychiatra a psychoterapie.“ Prevence se zároveň opírá o edukaci klienta i jeho okolí, krizové

plánování a budování copingových strategií, které klientovi umožní reagovat na první známky destabilizace. „*Pravidelný kontakt s odborníkem, vytvoření krizového plánu..., stabilní režim, kvalitní vztahy, informovanost o nemoci,*“ vyjmenovává důležité prvky Marcela. Tereza pak dodává důležitou zkušenost: „*...vědět, jak u mě krize vypadá, jak se může projevat...*“

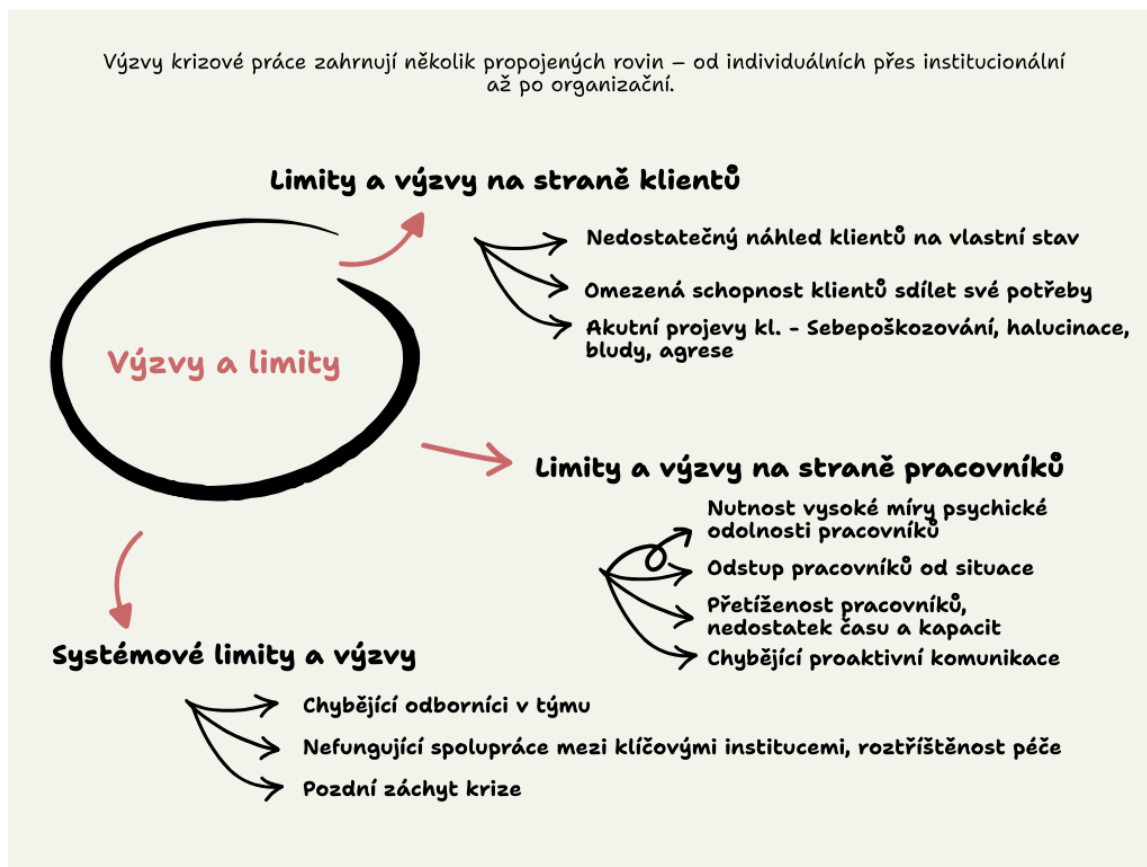
Z pohledu odborníků může hrát zásadní roli v prevenci právě sociální pracovník, který je v častém a bezprostředním kontaktu s klientem. Je tak schopen zachytit jemné změny v chování, které by jiným mohly uniknout. „*Sociální pracovník je většinou první, kdo si může všimnout změny,*“ uvedl Petr, Tereza jej doplňuje: „*...sociální pracovník může zaznamenat změnu v chování klienta dříve než terapeut...*“

Další důležitou dimenzí prevence je práce s širší veřejností. Respondenti se shodují, že význam má také edukace mládeže a komunitní osvěta. „*Včasné zachycení, preventivní programy ve školách,*“ zaznělo v rozhovoru s Marcelou. Spolu s tím je důležité podporovat klienty v tom, aby měli přístup k smysluplné práci, bezpečnému prostředí a pevnému zázemí, což přirozeně posiluje jejich odolnost vůči krizovým stavům. „*Smysluplná práce, volný čas, bezpečné prostředí, jistoty,*“ shrnuje Marcela.

2.3.8 Výzvy a limity v práci s krizí

Práce s krizí je nejen náročná na odborné dovednosti, ale i na odolnost a připravenost pracovníků. Odborníci se shodují, že efektivní intervence naráží na řadu výzev – od nízkého náhledu klienta a pozdního zachycení krize, přes roztříštěnou mezioborovou komunikaci, až po omezenou dostupnost pomoci mimo běžnou pracovní dobu. Tyto faktory často snižují šanci na rychlou a účinnou reakci a kladou na pracovníky zvýšené nároky nejen z hlediska krizových technik, ale i sebereflexe a schopnosti zvládat vlastní emoce.

Výzvy krizové práce zahrnují několik propojených rovin – od individuálních (nízký náhled klienta, neochota nebo nemožnost komunikovat své potřeby), přes institucionální (nedostatek odborného personálu, roztříštěná komunikace mezi službami), až po organizační (omezená dostupnost pomoci v noci, pozdní záchyt krize). Intervence v takových podmínkách vyžaduje od pracovníků schopnost pružně reagovat, udržet odstup a současně hledat poučení z každé zkušenosti. Klíčem ke zmírnění těchto limitů je systematická příprava, edukace pracovníků i veřejnosti a posílení mezioborové spolupráce.



Obrázek 8 – Výzvy a limity

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Jednou z nejčastěji zmiňovaných překážek je nedostatečný náhled klienta na vlastní stav. Jak uvádí Tereza: „...klient nemá náhled...“ To potvrzuje i Jana, která sděluje: „Náročné je, když člověk sám nemá náhled na danou situaci a nevnímá, že jde o krizi.“

Tento nedostatek se může promítnout do obtížného plánování krizí předem a snižuje účinnost preventivních opatření. S tím souvisí i význam proaktivní komunikace: „...nejlépe funguje mít věci vykomunikované dopředu...“ (Lucie).

Velký problém představuje i nefungující spolupráce mezi klíčovými institucemi: „...nefunguje komunikace mezi psychiatrií, policií, nemocnicí...“ (Tereza). Tato roztržičnost péče se odráží i v dalších zkušenostech, kdy podle jedné respondentky „chybí psychiatr, adiktolog nebo psycholog přímo ve službě“ (Marcela).

Složitost krizové intervence podtrhují i akutní projevy, s nimiž se pracovníci setkávají. Petr uvádí: „Sebepoškozování, halucinace, bludy, agrese.“ Takové situace vyžadují nejen týmovou spolupráci („...zapojit další členy týmu, kontaktují odbornou pomoc...“), ale i vysokou míru psychické odolnosti pracovníků.

Kateřina upozorňuje na vnitřní rozměr práce v krizi: „No, někdy je opravdu těžké získat odstup od celé situace...“ a zároveň vidí smysl v učení se z těchto zkušeností: „Důležitější je z toho vytěžit ponaučení.“

Dalším limitem je pozdní záchyt krize, zejména pokud nastane mimo pracovní dobu. Karolína popisuje: „Často se taky stává, že se krize vůbec nezachytí včas..., když krize přijde večer nebo

v noci – tehdy je podpora výrazně omezená.“ Shrnutí zkušeností doplňuje Marcela: „*Někdy se na krizi přijde až pozdě.*“ K tomu přidává, že omezená schopnost klientů sdílet své potřeby a přetíženost pracovníků dále ztěžují rychlou reakci.

Adam shrnuje všechny nejdůležitější faktory sdělením: „*Nedostatek času, kapacit, těžká dostupnost odborné péče, někdy i odmítání pomoci ze strany klienta.*“ Z analýzy vyplývá, že limity v systému i osobní motivaci klientů představují výzvy, které mohou narušit účinnou pomoc. Práce s krizí je omezena dostupností služeb a spoluprací ze strany klienta.

V práci s krizí se mohou objevit situace, kdy se ani při maximálním úsilí nepodaří krizový stav klienta zvládnout. Jak uvádí jedna z respondentek: „*Když se krize nepodchytí včas nebo to nebylo ani možné. Klient nemá náhled na krizovou situaci, neužíval medikaci, nechce se dohodnout na postupu, nereaguje na doporučení. Může se stát, že musíme zajistit nedobrovolnou hospitalizaci. I během hospitalizace jsme s klientem v kontaktu a po ukončení hospitalizace se ke krizové situaci s klientem vracíme*“ (Jana). Tento příklad ukazuje na zásadní limity krizové intervence – omezenou možnost ovlivnit situaci v okamžiku, kdy klient ztrácí náhled na svůj stav nebo odmítá spolupráci. Zároveň podtrhuje význam kontinuity péče, kdy odborníci zůstávají v kontaktu s klientem i během hospitalizace a následně s ním situaci reflektují, aby minimalizovali riziko opakování krize.

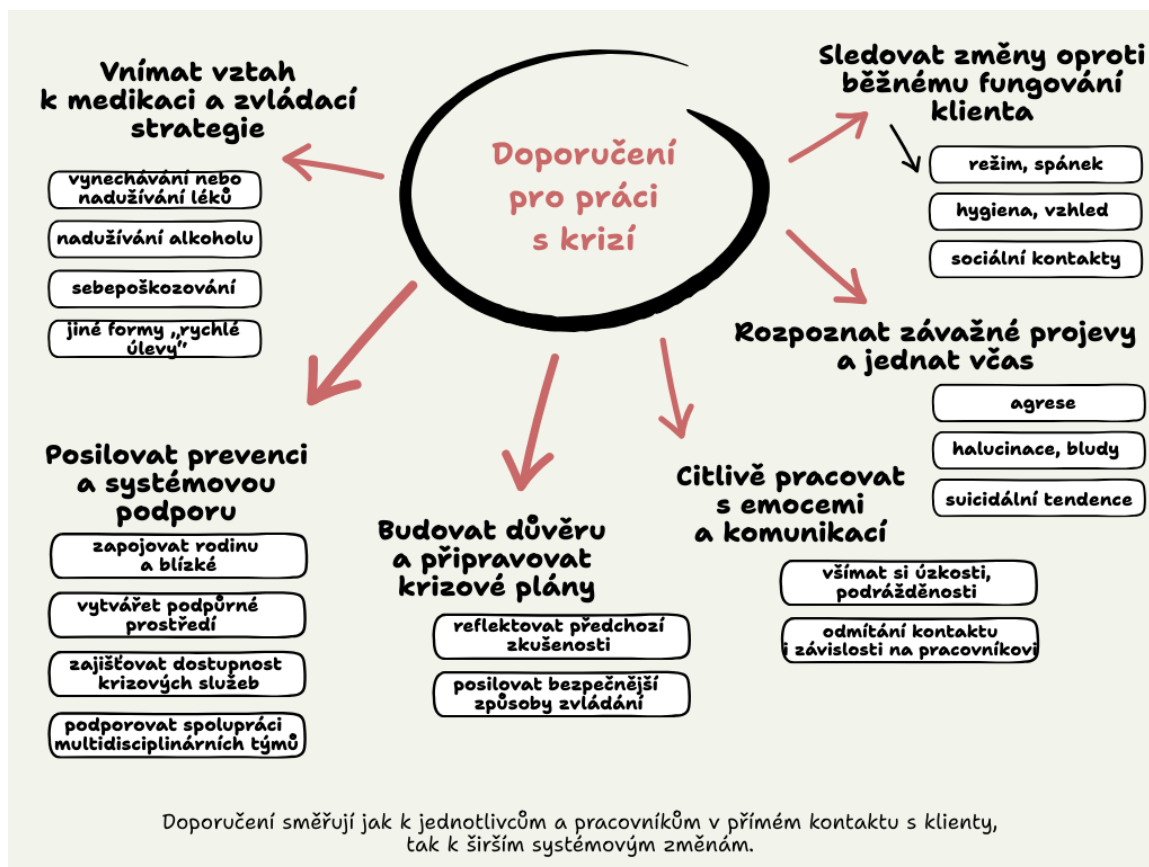
2.3.9 Doporučení pro zlepšení práce s krizí

Respondenti ve svých výpovědích akcentovali několik klíčových oblastí, které by mohly přispět ke zefektivnění práce s lidmi v krizi, zejména v kontextu duševního onemocnění. Doporučení směřují jak k jednotlivcům a pracovníkům v přímém kontaktu s klienty, tak k širším systémovým změnám. Opakovaně se objevovala témata jako rozvoj sebepoznání, odstraňování stigmat, důraz na mezioborovou spolupráci, zvyšování dostupnosti krizových služeb, i potřeba vzdělávání a práce s konkrétními typy diagnóz.

Pro zlepšení práce s krizí je klíčová jak práce s klientem na úrovni sebepoznání a sebereflexe, tak systémová opatření, která umožní lepší spolupráci mezi službami, zvýší dostupnost krizových center a zajistí kompetentní a vzdělaný personál. Odborníci v rozhovorech zdůraznili potřebu citlivého přístupu, odstranění stigmat a podporu klientů v tom, aby se naučili o krizích otevřeně mluvit. Jen tak lze posílit jejich důvěru v systém a zároveň jim dát nástroje k tomu, jak krizi překonat – a v ideálním případě jí i předejít.

V tomto směru je také často zmiňována potřeba multidisciplinárních týmů, které by pracovaly napříč obory – zdravotníci, sociální pracovníci, peer konzultanti, psychologové i psychiatři. Podle respondentů by multidisciplinární týmy ve všech službách mohly přinést větší návaznost, propojenost péče i možnost pružnější reakce na vznikající krizi.

Důraz je rovněž kladen na preventivní práci – ideálně pomocí krizových plánů, které se vytvářejí s klientem ještě v době, kdy je stabilní, a které pak mohou sloužit jako vodítko při opětovném propuknutí krize. Tento přístup napomáhá snížení recidiv krizových stavů a zároveň posiluje klientovu aktivní roli v péči o vlastní zdraví.



Obrázek 9 – Doporučení pro praxi

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

Jedním z důležitých prvků zmiňovaných v rozhovorech je podpora vnitřních zdrojů a osobního růstu klientů. Klienti často čelí nejen samotné krizi, ale i pocitům selhání, studu nebo obavám z přijetí svého stavu okolím. Podle Karolíny je důležité „posilování vnitřních zdrojů..., nevyčítat si, že něco nevyšlo..., pracovat se strachem mluvit o krizi.“ Tato slova ukazují, že pro zvládnutí krizí není klíčové jen překonat akutní fázi, ale také vést klienty k větší otevřenosti, sebeakceptaci a schopnosti reflektovat vlastní prožívání. Sebepoznání se tak stává důležitým nástrojem prevence budoucích krizí a podpory duševní stability.

Respondentka Jana zdůraznila význam otevřeného rozhovoru s klienty o krizích a jejich zkušenostech: „Důležitá je včasná identifikace krize nebo varovných signálů, že se ke krizi schyluje. Tak se dá krizi i předejít. Proto mi přijde vhodné se s člověkem o krizích bavit, o jeho již nabytých zkušenostech s krizemi, jak je zvládal, co/kdo mu pomohlo je překonat atd. Nebát se o tom mluvit, nebrat krize jako stigma. Klient se tak učí krizím rozumět, orientovat se v nich a s každou další krizí je lépe zvládat – mít v ruce nástroje.“ Kromě toho Karolína poukazuje na potřebu mít k dispozici důležité, krizové kontakty.

Doporučení však míří také na širší systémové nastavení. Několik respondentů se shodlo na tom, že je potřeba zlepšit mezioborovou spolupráci, která je často roztříštěná a chybí v ní efektivní komunikace mezi různými typy služeb. „Lepší mezioborová spolupráce, dostupnější krizová centra, posílení komunitních služeb,“ zní doporučení Marcely. Odborníci tím upozorňují na nutnost dostupnosti pomoci tam, kde se lidé nacházejí – v komunitě, v každodenním životě, nikoliv jen v nemocnicích či akutních službách. I podle další respondentky Jany je velmi důležitá

spolupráce mezi odborníky. „Pokud všichni spolupracují, předávají si informace, domlouvají se na dalším postupu - je to ideální. Každý je odborník na určitou oblast..., kdybychom se soustředili jen na to své, může se stát, že ať děláme cokoli, nepomáhá to, protože v jiné oblasti na tom může být člověk špatně a vzájemně se to ovlivňuje - zásadní je předávání informací mezi odbornostmi.“

Dále je třeba posilovat vzdělávání pracovníků, nejen v samotné krizové intervenci, ale i v tom, jak pracovat s klienty s různými diagnózami, jak porozumět jejich specifickým potřebám a jak jim nabízet individualizovanou podporu. „Vzdělávání pracovníků nejen v krizové intervenci, ale i v práci s různými diagnózami, které by přispělo ke snížení stereotypů a zvýšení kvality péče.“ (Marcela). Kromě vzdělávání pracovníků respondenti uváděli také důležitost edukace osob s duševním onemocněním a také jejich rodin. Jana sděluje, že: „Je důležité edukovat je, zapojovat do spolupráce, aby klient ideálně nepotřeboval soc. službu, ale mohl se obracet na své blízké.“

2.4 Shrnutí

Výzkum se zaměřil na zkušenosti odborníků s prací s lidmi v psychické krizi a na to, jak rozpoznávají, zvládají a předcházejí krizovým situacím. Z výsledků vyplývá, že krize představuje významnou zátěž nejen pro samotného člověka s duševním onemocněním, ale i pro jeho okolí a odborníky, kteří s ním pracují. Klíčovým zjištěním je, že včasné rozpoznání varovných signálů krize zásadně ovlivňuje její další průběh i možnosti intervence.

Postupy odborníků při práci s klientem v krizi zahrnují především citlivé vnímání změn v chování, emocích a denním fungování klienta, otevřenou komunikaci a budování důvěry. Odborníci zdůrazňují důležitost dlouhodobé znalosti klienta, která umožňuje rozpoznat, kdy se jedná o běžné výkyvy a kdy již o začátek krize. V praxi využívají individuální přístup, aktivní naslouchání, práci se stabilizačními technikami a zapojení podpůrné sítě klienta.

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory, které odborníci vnímají, patří především přetížení, rodinné a vztahové konflikty, ztráta blízké osoby, existenční nejistota či návrat traumatických zážitků. Důležitou roli hraje také izolace, osamělost a nízká míra sebepoznání klienta. Krize se obvykle projevuje kombinací tělesných, emočních, behaviorálních a sociálních změn, které se vzájemně ovlivňují a vytvářejí bludný kruh zhoršování stavu.

V oblasti prevence odborníci doporučují vytvářet individuální krizové plány, mapovat spouštěče a posilovat zdroje klienta. Významná je také edukace o projevech nemoci, rozvoj schopnosti včas rozpoznat varovné signály a zapojení rodiny či blízkých do podpory. Na systémové úrovni je klíčová lepší provázanost služeb, dostupnost krizové pomoci a podpora samotných pracovníků formou supervize či sdílení zkušeností.

Celkově lze říci, že krize v oblasti duševního zdraví není událostí, které lze zcela předejít, ale lze zmírnit její dopady a posílit schopnost klienta ji zvládat. Otevřená komunikace o krizích, podpora sebepoznání a spolupráce mezi odborníky, rodinou a institucemi představují základní předpoklady účinné krizové intervence.

2.5 Diskuse

Tato část diplomové práce nabízí prostor pro kritický pohled na výsledky mé práce. V rámci diskuse jsem se pokusila o porovnání. Výsledky výzkumného šetření přinesly cenné poznatky o tom, jak sociální pracovníci vnímají a realizují práci s krizí u lidí s duševním onemocněním. Ukázaly, že krize je v praxi chápána především jako komplexní stav ohrožení psychické rovnováhy, který zasahuje více oblastí života klienta – jeho emoční prožívání, sociální vztahy i schopnost zvládat běžné denní aktivity. Tento pohled je v souladu s teoretickým vymezením krize, jak ji popisuje Vymětal (1995), který ji chápe jako narušení rovnováhy mezi požadavky prostředí a schopností člověka na ně reagovat. Podobně i Vodáčková (2020) zdůrazňuje, že krize je přirozenou součástí lidského života a může být chápána jako příležitost ke změně a růstu, pokud je provázena adekvátní podporou.

Z rozhovorů vyplynulo, že schopnost rozpoznat počínající krizi je úzce spjata se znalostí klienta a dlouhodobým vztahem důvěry. Respondenti opakovaně zmiňovali význam „všímatosti“ k jemným změnám v chování, komunikaci či režimu dne, které mohou signalizovat zhoršení stavu. Tento důraz na individuální přístup odpovídá principům rogersovského přístupu zaměřeného na člověka, který v práci s krizí vyzdvihuje autenticitu, empatii a bezpodmínečné přijetí. Z pohledu sociální práce je tento přístup zásadní, protože umožňuje zachytit nejen projevy krize, ale také hlubší potřeby klienta, které za nimi stojí.

Významným tématem, které se objevovalo napříč rozhovory, je komplexnost krizových projevů. Respondenti uváděli, že krize se často projevuje poklesem péče o sebe, narušením denního režimu, zanedbáváním medikace či výskytem maladaptivních strategií, jako je sebepoškozování, užívání alkoholu nebo únik do izolace. Tyto projevy odpovídají charakteristikám krizových stavů popsaných v odborné literatuře (Vodáčková, 2020; Hosák a Hosáková, 2022). Hosák a Hosáková (2022) navíc zdůrazňují, že sociální faktory, jako je osamělost, ztráta zaměstnání či ekonomická nestabilita, mohou hrát významnou roli ve vzniku i hloubce krize. Tato souvislost byla v praxi potvrzena – pracovníci často spojovali rozvoj krizových situací právě s náhlými změnami v životních podmínkách klienta nebo ztrátou sociální opory.

Respondenti vnímali krizovou intervenci jako proces, který přesahuje rámec jednorázového zásahu. Jde spíše o dlouhodobou práci s klientem, která zahrnuje nejen stabilizaci akutního stavu, ale také následnou podporu a reflexi. Tento přístup odpovídá principům modelu CARE, jenž klade důraz na zotavení, spolupráci a posilování kompetencí klienta (Probstová a Pěč, 2014). Význam reflektivní práce po odeznění krize potvrzují i autoři Metodiky VIZDOM (2022), kteří doporučují využívat následné rozhovory a zpětné mapování průběhu krize jako klíčový nástroj prevence. Zjištění z výzkumu ukazují, že tento prvek v praxi zatím není systematicky zaveden, i když je obecně sociálními pracovníky považován za přínosný.

Dalším zjištěním je důraz respondentů na mezioborovou spolupráci. Všichni zúčastnění považovali za nezbytné úzké propojení mezi sociálními pracovníky, psychiatry, psychology a rodinou klienta. Tato spolupráce je v souladu s reformou psychiatrické péče v České republice, která usiluje o posílení komunitních služeb a multidisciplinárního přístupu (MZČR, 2021). Právě komunitní rámec péče umožňuje pružnější a individualizovanější reakci na krizi a posiluje zotavení klienta v jeho přirozeném prostředí. Výzkum ukázal, že tam, kde je spolupráce mezi odborníky a institucemi dobře nastavena, se daří krizím lépe předcházet a zkracovat jejich trvání.

Výsledky výzkumu ukazují, že pracovníci v praxi zdůrazňují mezioborovou spolupráci a kontinuální podporu klienta a podporu ze strany rodiny. To koresponduje i se zahraničním výzkumem z Velké Británie, který v rámci domácí krizové péče zdůrazňuje význam zapojení rodiny, participace klienta a dobře organizované komunikace jako klíčových faktorů úspěchu zásahu (Clibbens et al., 2024).

Zajímavým aspektem, který se objevil v rozhovorech, je i přístup k prevenci krizí. Respondenti zdůrazňovali význam včasné komunikace, psychoedukace klientů i jejich blízkých a společného plánování podpůrných strategií. V této oblasti lze pozorovat shodu s Metodikou VIZDOM (2022), která akcentuje nutnost aktivní prevence a posilování sebeuvědomění klientů prostřednictvím krizových plánů, krizových karet či online podpůrných nástrojů. Online prostředí podle VIZDOM (2022) může doplňovat tradiční formy krizové intervence, zejména v počátečních fázích krize, kdy klient nemusí být připraven kontaktovat odborníka osobně. I když se v realizovaném výzkumu tato forma podpory přímo neobjevovala, lze ji chápat jako perspektivní rozšíření možností praxe.

Analýza výpovědí také poukázala na výzvy, které sociální pracovníci v oblasti krizové práce vnímají. Nejčastěji zmiňovanými překážkami jsou časová a personální zátěž, nejednotné metodické vedení a nedostatečná síť krizových služeb. Podobně Metodika VIZDOM (2022) upozorňuje na to, že efektivní krizová intervence vyžaduje jasné nastavené procesy, supervizi a dostupnost podpory pro pracovníky. Z výzkumu vyplynulo, že potřeba pravidelné supervize a sdílení zkušeností je mezi pracovníky vysoká, avšak v praxi často naráží na kapacitní omezení organizací. Tento aspekt lze považovat za jeden z nejvýznamnějších impulzů pro další rozvoj krizové práce v sociálních službách.

2.6 Přínos práce a příklady dobré praxe

Výsledky této diplomové práce přinášejí několik konkrétních přínosů pro oblast sociální práce s klienty s duševním onemocněním v krizových situacích. Především poskytují detailní pohled na každodenní praxi sociálních pracovníků, jejich strategie rozpoznávání krize a způsob, jakým se snaží klienty podporovat nejen v akutní fázi, ale i v následné reflexi a stabilizaci. Práce potvrzuje význam individuálního přístupu, dlouhodobého vztahu důvěry a mezioborové spolupráce, které se ukazují jako klíčové pro efektivní zvládání krizových situací.

Současně práce upozorňuje na oblasti, kde je možné praxi zlepšit, například systematické zavádění supervize, pravidelné vzdělávání pracovníků a využívání nástrojů prevence krizí, jako jsou krizové plány, krizové karty či online podpůrné aplikace. Tyto strategie umožňují včasnou intervenci a zvyšují schopnost klienta aktivně se podílet na řešení vlastní situace, čímž podporují jeho autonomii a zotavení.

Z práce rovněž vyplývají konkrétní příklady dobré praxe. Patří mezi ně zapojení rodiny a blízkého okolí klienta do procesu krizové intervence, což zvyšuje sociální oporu a snižuje riziko eskalace krizí, dlouhodobá reflexe po odeznění krize včetně zpětných rozhovorů a mapování průběhu událostí, která pomáhá klientovi i pracovníkovi lépe porozumět situaci a předcházet budoucím krizím, a mezioborová spolupráce mezi sociálními pracovníky, psychology, psychiatry a dalšími odborníky, jež umožňuje pružnější a komplexnější podporu klienta. Dále se osvědčuje využívání preventivních nástrojů a psychoedukace, například krizových plánů, krizových karet či online

podpůrných nástrojů, které podporují sebeuvědomění klienta a jeho aktivní zapojení do zvládání rizikových situací.

Celkově práce přispívá k lepšímu porozumění tomu, jak sociální pracovníci v praxi vnímají krizi a jaké strategie se osvědčily při jejím zvládání. Současně nabízí doporučení pro další rozvoj praxe – zejména systematizaci podpory pracovníků, rozvoj preventivních nástrojů a posílení komunitní a multidisciplinární spolupráce, což má potenciál zlepšit kvalitu péče a efektivitu krizových intervencí. Práce zároveň identifikovala oblasti, které zůstávají výzvou, mezi něž patří nedostatek kapacit krizových služeb, absence jednotných metodických rámců a omezené možnosti supervize. Tyto faktory mohou ovlivnit kvalitu poskytované podpory i dlouhodobou udržitelnost pomáhajících profesí, proto je vhodné věnovat pozornost rozvoji systémové podpory, sdílení dobré praxe a vzdělávání pracovníků v oblasti krizové intervence.

Z hlediska dalšího výzkumu by bylo přínosné zaměřit se na zkušenosti samotných klientů – jak vnímají krizovou pomoc, co jim skutečně pomáhá a jaké formy podpory by preferovali. Tato perspektiva by mohla doplnit poznatky odborníků a napomoci vytváření efektivnějších a citlivějších intervencí v praxi.

Závěr

Diplomová práce se zaměřila na problematiku práce s krizí u lidí s duševním onemocněním s cílem zhodnotit současné přístupy, identifikovat rizikové faktory a navrhnout opatření pro praxi. Výzkumná část byla rozdělena podle čtyř hlavních výzkumných otázek, které směřovaly k hlubšímu porozumění procesu práce s krizí z pohledu odborníků z praxe.

Rozpoznání krize a její projevy tvoří dvě úzce propojené, avšak odlišné oblasti. Rozpoznání se zaměřuje na schopnost pracovníka vnímat a vyhodnocovat první varovné signály změny v běžném fungování klienta, zatímco projevy představují viditelný obraz krize v jeho životě – v oblasti emocí, vztahů, péče o sebe či spolupráce s odborníky. Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci považují schopnost citlivě vnímat tyto změny za klíčovou dovednost, která umožňuje krizi včas zachytit a zmírnit její dopady. Důraz je kladen na znalost individuálního „krizového profilu“ klienta, všímavost a dlouhodobý vztah, jenž pracovníkovi umožňuje rozpoznat i jemné odchylky od obvyklého chování. Tato část vytvořila teoretické i praktické východisko pro další oblasti práce s krizí.

Výzkumné šetření ukázalo, že sociální pracovníci vnímají práci s krizí jako komplexní proces, který vyžaduje včasné rozpoznání, citlivou intervenci a následnou podporu. Klíčovým prvkem účinné práce je individuální přístup založený na důvěře, respektu a empatii. Za zásadní přínos lze považovat potvrzení významu dlouhodobého vztahu pracovníka s klientem, všímavosti k jemným signálům změny a reflexe po odeznění krize. Krize byla odborníky chápána nejen jako období akutního ohrožení, ale také jako příležitost k posílení klientových zdrojů a k rozvoji jeho schopnosti zvládat náročné situace. Efektivní práce s krizí proto zahrnuje nejen okamžitý zásah, ale i následnou stabilizaci a podporu v procesu zotavení.

Respondenti popsali krizi jako důsledek souhry individuálních, sociálních a systémových vlivů. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory řadili přetížení, osamělost, nedostatečnou sociální oporu a omezenou dostupnost odborné pomoci. Důležitým zjištěním je také vliv nestability systému péče – časté střídání pracovníků či nedostatek mezioborové koordinace může narušit důvěru klienta a ztížit včasné rozpoznání krizového vývoje. Odborníci zároveň upozorňovali na potřebu reflektovat i rizika spojená s vyčerpáním pracovníků a s nedostatečnou podporou jejich duševního zdraví.

Výsledky výzkumu poukázaly na zásadní význam prevence a včasné intervence. Sociální pracovníci zdůrazňovali nutnost edukace klientů i jejich blízkých o varovných signálech krize a o možnostech, jak jim předcházet. Tyto poznatky jsou v souladu s doporučeními Metodiky VIZDOM (2022), která podporuje vytváření individuálních krizových plánů a rozšiřování dostupnosti podpory včetně online prostředí. Využití online nástrojů bylo pracovníky označeno za perspektivní směr rozvoje krizové intervence, zejména pro klienty, kteří se potýkají s bariérami při osobním kontaktu.

Práce potvrdila, že krize u lidí s duševním onemocněním představuje nejen zátěž, ale i příležitost k rozvoji a změně. Úkolem sociální práce je být v této fázi podpůrným prvkem, který klientovi pomáhá znovu nalézt rovnováhu, obnovit životní kompetence a posílit jeho schopnost zvládat budoucí náročné situace. Z celkového pohledu lze konstatovat, že práce s krizí je komplexní proces vyžadující kombinaci odborných znalostí, empatie, flexibility a schopnosti mezioborové spolupráce. Teoretické poznatky uvedené v práci se v praxi potvrzují – zejména význam včasné

detekce krize, individuálního přístupu, aktivní prevence a reflexe po jejím odeznění. Přesto zůstávají oblasti, které si žádají další pozornost, především systematizace metodické podpory, dostupnost krizových služeb a péče o duševní zdraví samotných pracovníků.

Seznam použitých zdrojů

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APM]. *DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Online. Psychiatry.org. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2025. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [cit. 2025-03-12].
- BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
- BHATTACHARYYA, Sagnik a kol. Stressful life events and relapse of psychosis: analysis of causal association in a 2-year prospective observational cohort of individuals with first-episode psychosis in the UK. *The Lancet Psychiatry*. 2023, s. 414-425. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(23\)00110-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(23)00110-4/fulltext). [cit. 2025-08-30].
- BRYNYCH, Ladislav; FRANZOVÁ, Drahomíra; STROSSOVÁ, Ivana a GOLDMANOVÁ, Hana. *Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize: Informační příručka pro pracovníky v pomáhajících profesích*. Online. In: [MZCR]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2018, 2020. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/38544/Principy_jednani.pdf. [cit. 2025-02-02].
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Online. 2021. CARE Česká republika. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>. [cit. 2025-8-24].
- CLIBBENS, Nikola., et al. *Psychosocial care delivery in intensive home treatment during a mental health crisis: A qualitative thematic analysis*. *International Journal of Mental Health Nursing*. Online. 2024. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13394?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-10-30].
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- FLAKSOVÁ, Magdalena. *Asertivní krizová práce*, Praha: Fokus. Přednáška. 22. 5. 2025
- ŠUPA, Jiří. Multidisciplinární terénní týmy v oblasti duševního zdraví. *Florence*, 2024, č. 1. ISSN 2570-4915.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava a HELLEBRANDOVÁ, Kateřina. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-79-2.
- HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
- HOSÁK, Ladislav a HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Principy duševních poruch – obecné aspekty*. *Psychiatrie pro praxi*. PDF. 2022, roč. 2022, č. 1. Praha, 2022. Dostupné z: https://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-202201-0001_priciny_dusevnych_poruch_-_obecne_aspekty.php. [cit. 2024-11-31].
- JAHODA, Marie. *Current Concepts of Positive Mental Health*. 1. vyd. New York: Basic Books, 1958. Dostupné z

- <https://archive.org/details/currentconceptso00jaho/page/n24/mode/1up>. [cit. 2025-10-24].
- KREJČÍ, Tomáš a kol. *Metodika dobré praxe č. 14: Zapojování rodin do multidisciplinární spolupráce. Dobrá praxe v Karlovarském kraji*. PDF. [2022].
- KRUPČÍK, Ondřej; KONDRÁTOVÁ, Lucie; KUKLOVÁ, Marie; ŘÍČAN, Pavel; TOMÁŠKOVÁ, Hana a kol. *Včasná intervence u osob se závažným duševním onemocněním: metodika práce terénních týmů*. Klecany: NUDZ, Národní ústav duševního zdraví, 2022. ISBN 978-80-87142-49-3. [cit. 2025-10-24].
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MEDICAL TRIBUNE. *Stigmatizace duševně nemocných: Výsledky studií neukazují změny k lepšímu*. Online. 2018, 18. 6. 2018. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/stigmatizace-dusevne-nemocnych-vysledky-studii-neukazuji-zmeny-k-lepsimu/#>. [cit. 2025-05-01].
- MZČR. *Principy jednání*. Online. 2021. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jedn%C3%A1n%C3%AD_0.pdf. [cit. 2024-11-30]
- MZČR. *Průvodce reformou psychiatrické péče*. Online. 2019. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf?utm_source=chatgpt.com [cit. 2025-10-24]
- NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý*. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/v-dusledku-pandemie-covid-19-se-s-dusevnim-onemocnenim-potyka-temer-kazdy-treti-dospely-podporu-nabidne-novy-web>. [cit. 2025-06-21].
- NÁRODNÍ PORTÁL PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Lůžková psychiatrická péče*. Online. 2025. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/luzkova-psychiatricka-pece/>. [cit. 2024-10-11].
- OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 3., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2559-3.
- PÁV, Marek; PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana; ŠŤASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. Psychiatrie pro praxi. PDF. 2017, č. 2. Praha, 2017. Dostupné z: https://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201702-0005_Moznosti_psychosocialni_rehabilitace_v_psychiatricke_nemocnici.php [cit. 2024-12-03].
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PSYCHOPORTAL. *Lůžková psychiatrická péče*. Online. 2025. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>. [cit. 2025-08-31].

- PSYCHOPORTAL. *Reforma v léčebnách*. Online. 2025. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/reforma-lecebny/>. [cit. 2025-08-31].
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV [SZÚ]. *Duševní zdraví*. Online. 2025. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/dusevni-zdravi/>. [cit. 2025-08-31].
- SVOBODA, Mojmír; ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize a krizová intervence*. Psyché. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-53)27-0.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ÚŘAD PRÁCE ČR. *Chráněný trh práce*. Online. Úřad práce ČR. 27. 3. 2025. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/chrany-trh-prace/>. [cit. 2025-04-30].
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: ÚZIS ČR, 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10> [cit. 2025-03-12].
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Analytická zpráva Indikátory psychiatrické péče*. Online. 2021. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/indikatory-analyticka-zprava.pdf> [cit. 2025-10-22].
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1704-6.
- VOZKOVÁ, Anna. *Copingové strategie*. Poradenské centrum UJEP. Online. 2025. Dostupné z: <https://poradenske-centrum.ujep.cz/cs/copingove-strategie/> [cit. 2025-07-15].
- VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.
- VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Mental health*. Online. 2025. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1. [cit. 2025-04-31].
- ZÁKON č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2024-11-11].

Přílohy

Příloha A Struktura rozhovoru

Představení a navázání kontaktu

- Poděkování za účast v rozhovoru a vysvětlení jeho účelu.
- Zajištění anonymity a možnosti ukončit rozhovor kdykoli.

Základní informace

- Jak dlouho pracujete v oblasti duševního zdraví?
- Jaká je vaše odborná kvalifikace nebo pracovní pozice?

Definice krize a její význam v kontextu duševního zdraví

- Jak poznáte, že je klient v krizi? Co jsou pro Vás hlavní signály nebo projevy?
- Jak podle Vás lidé s duševním onemocněním vnímají vlastní krizovou situaci? Daří se jim ji rozpoznat?
- Co podle Vás nejčastěji spouští krizi u klientů s duševním onemocněním?
- Jaké jsou podle vás klíčové rozdíly mezi krizí u běžné populace a u člověka s duševním onemocněním?

Krizové situace

- Jak podle vás duševní onemocnění ovlivňuje schopnost zvládat krizové situace?
- Jaké jsou nejčastější krizové situace, se kterými jste se setkali u lidí s duševním onemocněním?

Metody a techniky práce s krizí

- Jaké postupy nebo techniky považujete za nejúčinnější při práci s krizí u lidí s duševním onemocněním? Jak postupujete vy?
- Jakou roli podle vás hraje rodina a blízcí při zvládání krizí?

Rizikové faktory vedoucí ke krizím

- Jaké faktory podle Vás nejčastěji vedou ke vzniku krizové situace u lidí s duševním onemocněním?
- Vnímáte, že některé skupiny klientů jsou k rozvoji krizí náchylnější? Pokud ano, čím si to vysvětlujete?

Výzvy a limity v práci s krizí

- S jakými obtížemi se při práci s krizemi nejčastěji setkáváte?
- Jaké máte doporučení nebo návrhy na zlepšení práce s krizí u lidí s duševním onemocněním?
- Existují situace, kdy se Vám nedaří s klientem krizi zvládnout? Co v takových případech děláte?

Preventivní opatření

- Co se dá podle vás dělat pro prevenci krizí u lidí s duševním onemocněním?
- Existují podle vás podpůrné mechanismy, které klienty chrání před krizí?
- Jakou roli v prevenci krizí hraje spolupráce mezi odborníky – např. sociální pracovník, psychiatr, terapeut?

Shrnutí a poděkování

- Máte na mě nějaké otázky nebo něco, co byste chtěli doplnit?
- Zeptat se na případné další myšlenky nebo sdělení.
- Poděkovat za čas a ochotu podělit se o zkušenosti.