

# 6 Krizové a obtížné situace v ordinaci praktického lékaře

**Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou  
v ordinaci praktického lékaře**

### **MUDr. Jarmila Klímová**

Je psychiatrem a psychoterapeutem s poradenskou a lektorskou činností s dvanáctiletou praxí v oboru. Vystudovala lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni. Většinu svého dalšího vzdělávání orientovala na psychoterapii (kurz experienciální sebezkušenosti práce s tělem a kurz v eriksonovské hypnoterapii, vzdělávání v kognitivně behaviorální psychoterapii, výcvik v rodinné terapii a psychosomatice, kurz speciálního vzdělávání pro pracovníky substitučních programů). V roce 2004 založila Konzultační a terapeutický institut AKTIP, jehož je výkonnou ředitelkou. Specializuje se především na problematiku mezilidských vztahů, párovou a rodinnou terapii a psychosomatiku.

### **MUDr. Jan Lorenc**

Psychiatri, dětský psychiatr a psychoterapeut. Vystudoval 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, po promoci pracoval na psychosomatické klinice v Německu, na Dětské psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Motole, v krizovém centru RIAPS, v Dělním psychoterapeutickém sanatoriu Nad Ondřejovem. Nyní pracuje v soukromé psychiatrické praxi pro děti a dospělé.

### **MUDr. Romana Hronová**

Vystudovala fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, je atestovaný psychiatr. Absolvovala výcvik ve skupinové terapii, balintovský výcvik a výcvik individuální psychoanalytické psychoterapie. Pracovala jako psychiatr v Psychiatrické léčebně v Bohnicích a Horních Beřkovicích, nyní působí ve Středisku psychoterapeutických služeb Břehová (Praha 1) jako individuální a skupinový terapeut. Je členkou balintovské sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP.

### **MUDr. Helena Kuželková**

Psychoterapii se věnuje 20 let, od začátku své psychiatrické praxe. Prošla individuálním i skupinovým psychoterapeutickým výcvikem psychoanalytického typu, je akreditovaná lektorkou balintovských skupin, držitelkou funkční specializace v psychoterapii. Dále je členkou České psychoterapeutické společnosti, České psychiatrické společnosti, České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, členkou balintovské sekce Psychoterapeutické společnosti, Evropské asociace pro psychoterapii, České asociace pro psychické zdraví. Kromě balintovských skupin a psychiatrické praxe se věnuje převážně individuální psychoterapii.

### **MUDr. Rudolf Procházka**

V roce 1975 absolvoval fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy. Má atestaci interna I. stupně, všeobecné lékařství I. a II. stupně. Účastnil se výcviku v rodinné terapii a psychosomatice v letech 1997 - 2000, získal osvědčení o způsobilosti v oboru psychosomatická medicína. Je školitelem 1. a 2. lékařské fakulty UK Praha a katedry všeobecného lékařství IPVZ Praha. Pracuje jako praktický lékař.

Tato příručka byla vydána za finanční podpory dotačního programu MZ  
„Zdravotnické vzdělávací programy“ 2008,  
projekt reg. č. VZV/2138/379/2008 - I. „Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou  
v ordinaci praktického lékaře“

## OBSAH

Úvodní slovo . . . . .	2
Slovo o projektu. . . . .	2
Slovo praktického lékaře. . . . .	3
Realizátor . . . . .	4
<b>KRIZE V ORDINACI . . . . .</b>	<b>5</b>
Příčiny krize a stupně stresové zátěže. . . . .	5
Obecné příčiny krize, precipitující faktory . . . . .	5
Neodkladné krizové stavy. . . . .	5
Hodnocení osobního stupně stresové zátěže . . . . .	6
Krizový stav a fáze krizové reakce . . . . .	7
Mýty a realita krizové intervence . . . . .	8
Etapy krizové intervence . . . . .	9
Krizový pacient aneb kdo je v krizi? . . . . .	11
Psychiatrický pacient v ordinaci praktického lékaře . . . . .	11
Nejčastější příklady klientů v krizi . . . . .	12
Terapeutická a kontraktační krize v ordinaci . . . . .	15
Právní aspekty krizové intervence . . . . .	18
<b>CO DĚLAT V OBTÍŽNÝCH SITUACÍCH? . . . . .</b>	<b>20</b>
Pacient s problémovým chováním. . . . .	20
Psychotický pacient . . . . .	20
<i>Zacházení s léky</i>	
<i>Kdy je nutná hospitalizace a jak k ní přistupovat?</i>	
<i>Nemoc nebo povahový rys?</i>	
<i>Sebevraždné jednání</i>	
<i>Jakou péči poskytovat nemocnému?</i>	
<i>Jak se zachovat při agresivitě ze strany nemocného?</i>	
<b>LÉKAŘ–PACIENT: LÉKAŘ COBY LÉK . . . . .</b>	<b>25</b>
Kdo ochrání strážce? Kdo uleví těm, co pomáhají? . . . . .	25
O metodě . . . . .	25
Praxe balintovských skupin . . . . .	27
Struktura balintovské skupiny. . . . .	27
Balintovské skupiny u nás. . . . .	27
Kazuistiky . . . . .	28
<b>ADRESÁŘ KRIZOVÝCH SLUŽEB A LINEK DŮVĚRY V ČESKÉ REPUBLICĚ . . . . .</b>	<b>30</b>

## ÚVODNÍ SLOVO

Vážení,

jsem ráda, že vás mohu přivítat při čtení příručky, která je věnovaná obtížným a krizovým situacím v ordinacích praktických lékařů. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví se již několik let věnuje vzdělávání praktických lékařů s cílem zdokonalit práci s psychiatrickými pacienty. V uplynulých kurzech se objevily jako velmi aktuální otázky **řešení krizových stavů a zvládnání obtížných situací**. Z tohoto důvodu jsme zaměřili obsah letošních kurzů a další samostatný díl příručky na uvedené téma. Příručka volně navazuje na brožuru „Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné“ z roku 2008.

Její obsahem byla tato témata:

- Klinická část – diagnostické okruhy
- Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem
- Sebevraždy
- Psychosociální rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné
- Adresář zdravotnických a sociálních služeb pro duševně nemocné pacienty v Praze

Příručku v plném znění naleznete na [www.cmhcd.cz/publikace.html](http://www.cmhcd.cz/publikace.html).

Děkuji za vaše cenné připomínky.

Mgr. Barbora Wenigová  
ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví

## SLOVO O PROJEKTU

Cílem projektu „Péče o pacienty s těžkou psychiatrickou poruchou v ordinaci praktického lékaře“ bylo předat praktickým lékařům takové vědomosti a dovednosti, které jim umožní snáze přijímat psychiatrické pacienty (zejména s diagnózou schizofrenie, afektivní poruchy a závislosti), podílet se na jejich léčbě, vést je ve své péči a pracovat s jejich rodinami. Vytyčený cíl měl být realizován prostřednictvím vzdělávacího kurzu a příručky. V rámci kurzu byly pořádány přednášky a rovněž byla praktickým lékařům představena jedna z efektivních metod prevence stresu a syndromu vyhoření – balintovská skupina. Další plánovanou aktivitou byla příručka zaměřená na krizové a obtížné situace v ordinaci praktického lékaře. Inspirací měly být situace řešené v rámci balintovských skupin. Doplněním příručky je adresář krizových služeb v České republice (zejména pro psychiatrické pacienty). V rámci kurzů proběhlo osm setkání s praktickými lékaři a z ohlasů účastníků je zřejmé, že cíl projektu byl naplněn.

Mgr. Pavla Šelepová  
manažer projektu

MUDr. Jan Stuchlík  
realizátor projektu

## SLOVO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Krize, řešení obtížných situací v ordinaci praktického lékaře, psychotický pacient v naší ordinaci, sebevražedný pacient. Situace, které v našich ordinacích řešíme, často empiricky. Pravda, většinou ne každý den, ale na druhou stranu nejsou žádných šafránem našich praxí.

Jak postupovat při nucené hospitalizaci, jaká máme práva a jaké máme povinnosti? Kdy selhává terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem, jaké jsou zdroje krizového chování? Co s drogově závislým klientem? Jak přistupovat k pacientovi s poruchami příjmu potravy? Jak pomoci týranému a zneužívanému klientovi? Častá, nás vyčerpávající a ohrožující syndromem vyhoření tematika smrti a umírání.

Krizová intervence, možnosti poskytnutí v našich ordinacích a jaké jsou možnosti odborných pracovišť? Mýty a realita krizové intervence.

O druhé se staráme většinou dle svého nejlepšího svědomí, vědomí a dovedností. Kdo se ale postará o nás? Pomohu si sám, jak mám zlepšit svoji vlastní duševní sebeočistnou hygienu? Bodová škála hodnocení osobního stupně stresové zátěže platí nejen pro pacienty, ale také pro ošetřující personál. Co to je a jak mi může pomoci balintovská skupina? Kam pacienta mohu poslat k další péči? Kde jsou jaká krizová centra a linky důvěry?

Na uvedené otázky se pokouší v kostce dát odpověď příručka, kterou právě otevíráte. Nechť se stane pomocníkem ve Vašem profesním, ale i soukromém životě!

MUDr. Rudolf Procházka  
praktický lékař

**PŘÍRUČKA JE KE STAŽENÍ NA [WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE.HTML](http://WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE.HTML).**

## REALIZÁTOR

### Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)

- Jsme nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 s cílem zlepšovat péči o osoby s duševním onemocněním v České republice.
- Naše základní ideje jsou zcela v souladu s principy ochrany osob s duševními potížemi, které byly přijaty Valným shromážděním OSN z roku 1992, a strategickými dokumenty Světové zdravotnické organizace z roku 2005.
- Úkolem naší práce je poskytovat informace a prostor pro správné pojmenování a zejména řešení aktuálních problémů v rámci péče o duševní zdraví.
- Během doby své existence nasbírala naše organizace velké množství dat, zkušeností, vědomostí z celé České republiky, a proto je často zvána ke spolupráci na koncepčních a vzdělávacích projektech.
- Všechny aktivity se obracejí jak na poskytovatele a uživatele péče, tak na pracovníky veřejné správy na všech úrovních (ministerské, krajské, místní), zdravotní pojišťovny a veřejnost.

Svoji činnost realizujeme v následujících oblastech:

- koncepční a metodická práce
- pilotní projekty - vytváření modelů péče
- vzdělávací programy
- výzkumná a evaluační činnost
- právo a podpora uživatelských hnutí a odborných organizací
- boj s předsudky

### Řešitelé projektu:

Řešitel projektu:

Odborný garant projektu:

Manažer projektu:

MUDr. Jan Stuchlík

Mgr. Barbora Wenigová

Mgr. Pavla Šelepová

stuchlik@fokus-mb.cz

wenigova@cmhcd.cz

selepova@cmhcd.cz

### Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)

Řehořova 10, 13 000, Praha 3

Tel./fax: 222 811 122

e-mail:

www.cmhcd.cz



# KRIZE V ORDINACI

(MUDr. Jarmila Klímová)

## PŘÍČINY KRIZE A STUPNĚ STRESOVÉ ZÁTĚŽE

### Obecné příčiny krize, precipitující faktory

Vymětal (1995) uvádí v této souvislosti princip **dvojí kvantifikace**.

Aby mohla vzniknout určitá reakce organismu, musí dojít k propojení **vyladěnosti organismu s vnějším spouštěčem**.

Jako **vnější** urychlovače (**precipitory**) krize označuje fyzik René Thorm **tři** aspekty:

- **ztrátu objektu**: smrt, rozchod, přerušeni vazby na dřívější zdroj pomoci, zklamání, zradu, stud, zranění - ztrátu hybnosti, rozplynutí očekávaného - nepříjde povýšení, nepodaří se zkouška, nastane potrat, narodí se defektní dítě.
- **změnu**: zdravotního stavu, rodinných poměrů, pracovního stavu, atmosférické změny, změna zimního a letního času
- **volbu**: mezi dvěma stejnými kvalitami

### Dva vnitřní precipitory:

- Nutnost adaptace subjektu na svůj vlastní **vývoj** a změny z toho pramenící. Precipitorem může tedy být neschopnost vyhovět požadavkům vývoje, nárokům, zodpovědnosti.
- Aby mohlo v životě člověka docházet k plynulému vývoji za nepříznivých podmínek, je občas potřeba přijmout **náhradní opatření**. Je to jev, který má omezenou platnost v čase. Přestat vyhovovat může naráz nebo postupně. Krize může nastat ve chvíli, kdy si člověk začne uvědomovat, že něco není v pořádku a není zároveň schopný udělat žádný další konstruktivní krok.

### Neodkladné krizové stavy

Jde o situace, které sebou nesou vysoký potenciál naléhavosti.

Patří sem akutní stavy, které mohou, ale také nemusí být provázet probíhající psychické onemocnění.

Patří sem:

- akutní psychotické stavy
- alkoholové a drogové intoxikace
- problémy spojené s kontrolou impulsů
- sebevražedné chování
- panická úzkost
- některé disociativní stavy (ztráta vědomí, hysterický záchvat)
- různé typy automatického a dezorganizovaného chování
- stavy spojené s extrémním vypětím (různé stavy akutní stresové reakce se projevují jak somaticky, tak psychicky)

## Hodnocení osobního stupně stresové zátěže

Osobní stupeň stresové zátěže se sestavuje na základě úrovně náročných životních situací a měří se obvykle za časové období dvou let.

Cílem testu, který sestavil prof. T. Holmes se svým žákem R. Rahem, je zjistit objem stresu, kterému je člověk vystaven.

V průběhu našeho života se dostáváme do životních situací, které jsou prostě součástí našeho života a způsobují stres.

Je dobré si zrekapitulovat poslední dva roky svého života, uvědomit si tento fakt, neboť již samotné zamýšlení nad nimi a rozeznání těchto situací nám pomáhá je řešit.

V následujícím seznamu má každá náročná životní situace určitou důležitost, která je dána body závažnosti. Váha každé této události bude individuálně odlišná.

Součet bodů za poslední rok může každého orientačně informovat o míře stresu a zátěže. Za hraniční hodnotu se považuje suma 250 bodů za rok, někdy lépe 500 za poslední 2 roky života. Jde o takovou míru zátěže, při níž se ocitá organismus člověka na pomezí vlastních rezerv a tedy na hranici krizové situace.

Tato škála je sestavena na základě rozsáhlých a dlouholetých průzkumů, a proto vypovídá poměrně přesně o vlivu stresujících událostí na člověka. Orientační míru vlastní odolnosti si potom může určit každý sám.

### Přehled náročných životních situací:

1. smrt manžela/manželky	100	23. syn nebo dcera opouští domov	29
2. rozvod	73	24. neshody s tchýní nebo tchánem	29
3. rozchod s partnerem	65	25. mimořádný osobní úspěch	28
4. pobyt ve vězení	63	26. manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod	26
5. úmrtí v nejbližší rodině	63	27. zahájení nebo ukončení školy	26
6. vlastní úraz nebo nemoc	53	28. změna životních podmínek	25
7. vlastní svatba	50	29. změna osobních zvyklostí	24
8. ztráta zaměstnání	47	30. spory s nadřízeným	23
9. usmíření s partnerem	45	31. změna pracovních podmínek nebo doby	20
10. odchod do důchodu	45	32. změna bydliště	20
11. nemoc rodinného příslušníka	44	33. změna školy	20
12. těhotenství	40	34. změna trávení volného času	19
13. sexuální potíže	39	35. změna činností v církevní oblasti	19
14. příchod nového člena rodiny	39	36. změna ve společenské činnosti	18
15. změna postavení v zaměstnání	39	37. půjčka méně než 50 000 Kč	17
16. změna ve vlastní finanční situaci	38	38. změna návyků ve spánku	16



17. smrt blízkého přítele	37	39. změna četnosti rodinných setkání	15
18. změna zaměstnání	36	40. změna návyků v jídlu	15
19. přibývání partnerských hádek	35	41. dovolená	13
20. půjčka větší než 50 000 Kč	31	42. vánoce	12
21. větší dluhy	30	43. nepatrné přestupky zákona	11
22. změna odpovědnosti v zaměstnání	29		

## KRIZOVÝ STAV A FÁZE KRIZOVÉ REAKCE

Na vznik, vývoj a řešení krize se můžeme dívat jako na proces, který má určitou zákonitou posloupnost (i když je zároveň jasné, že všechny krize neprobíhají stejně); pro přehlednost je možné vývoj krizového stavu rozfázovat.

### Krizová reakce probíhá (dle: Gerard Caplan) ve čtyřech fázích:

Model krize (podle Gerarda Caplana)

	Emoční (ne)rovnováha	Úroveň řešení
1. fáze	Krátkodobé zvýšené napětí	Znamé, „osvědčené“ řešení problému
2. fáze	Plně uvědomované napětí	Vědomé řešení „pokus-omyl“
3. fáze	Další zvýšení napětí, úzkost, nepohoda	Hledání nových řešení
4. fáze	Další zvýšení napětí, dezorganizace, krize	Intervence zvenčí

#### 1. fáze:

Člověk vnímá ohrožení; důsledkem je (což je přirozené) zvýšená úzkost. Zaktivizuje proto obvyklé vyrovnávací (coping) strategie; toto se u někoho může odehrát v rovině svépomoci, jiný hledá pomoc u blízkých lidí (záleží na osobnostních i jiných faktorech...). Pokud se to neosvědčí, nastupuje druhá fáze (řádově během minut, hodin, maximálně několika dnů).

#### 2. fáze:

Neúčinnost vyrovnávacích strategií v první fázi vede k dalšímu zmatku, člověk zažívá pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Může se objevit ochromení – nebo: pokusy vyrovnat se se situací náhodným způsobem (např. v této fázi zavolá na Linku důvěry). Pokud nenalezá řešení, úzkost přetrvává, vstupuje do další fáze.

#### 3. fáze:

V této fázi se člověk pokouší o předefinování krize s nadějí, že důvěrně známé vyrovnávací prostředky budou účinné. Stále se zvyšující napětí mobilizuje všechny psychické rezervy k hledání nových způsobů řešení situace. Dochází buď k překonání krize a znovuzískání ztraceného pocitu emoční rovnováhy – nebo

(v případě, že je snažení neúspěšné) k odmítnutí existujících problémů. Zde vzniká nebezpečí, že krize přejde do chronického stavu. Pokud nedojde ani k jedné z těchto dvou možností, dochází ke čtvrté fázi.

#### 4. fáze:

Napětí se stává nesnesitelným (podle Caplana jde zde již o závažnou psychologickou dezorganizaci); i když navenek to může vypadat tak, jakoby jedinec situaci zvládl, jeho zkrleslé vnímání situace a stažení se ze sociálních kontaktů vede ke zvyšování vnitřního chaosu.

Člověk může v této fázi i nepřímo ventilovat **negativní emoce**, např. předrážděností, sebevražednými tendencemi, abúzem alkoholu či jiných návykových látek apod.

V této fázi, pokud je zřejmé, že krize vyúsťuje negativně, se může jako nezbytná ukázat krizová intervence (na ni někdy naváže psychoterapie).

## MÝTY A REALITA KRIZOVÉ INTERVENCE

Mýtus	Realita
Krizová intervence je vhodná jen pro psychiatrické případy.	Krizová intervence je pomoc lidem, kteří se ocitli v krizi. Krise není ani nemoc, ani patologický stav. Je to normální reakce na nenormální situaci.
Krizová intervence se omezuje jen na jedno terapeutické setkání.	Za určitých okolností je jediné setkání postačující. V případě potřeby se ale počet setkání zvyšuje. Intervencí může být i krátkodobá hospitalizace.
Krizovou intervencí poskytují jen profesionálové.	Kromě profesionálů mohou poskytnout KI i školení dobrovolníci nebo laici.
Krizová intervence nabízí jen dočasnou stabilizaci do doby, než lze poskytnout dlouhodobou pomoc.	KI můžeme chápat jako jakýsi „stabilizační zásah“, který může být v řadě případů zcela dostačující a není nezbytné navazovat dlouhodobou pomoc.
Krizovou intervencí lze považovat jen za metodu primární prevence.	KI je činnost preventivní stejně jako akutním zásahem v průběhu a po skončení krizové události.
Krizová intervence nevyžaduje speciální znalosti nebo odbornost, pokud má pracovník zkušenosti s tradičními terapeutickými přístupy.	Nejen dobrovolníci, ale také profesionálové by si měli osvojit techniky krizové intervence pro její správné použití. K tomu jsou určené specializované výcviky.

(zdroj: Burges, Baldwin, 1981)

## ETAPY KRIZOVÉ INTERVENCE

Krizová intervence nepředstavuje stav, ale dynamický proces interakce krizového intervenanta s klientem.

Tento proces směřuje od navázání kontaktu přes ponoření do problému, nalezení řešení, ukončení a zhodnocení intervence.

Základním prvkem je **navázání kontaktu**. Tento požadavek je zcela nezbytný pro zdárné řešení krize. Klient často prožívá strach, úzkost, bezradnost, beznaděj. Pro možnost navázání kontaktu je v této chvíli bezpodmínečná **akceptace** situace a osobnosti klienta.

Nedílnou součástí této fáze je **zajištění bezpečí**, protože klient, který se necítí ohrožen, je schopen v intervenci po navázání kontaktu pokračovat. Bezpečí se týká fyzické, ale hlavně psychické stránky klienta.

Během dalšího kontaktu dochází ke **shromáždování informací**. Získané informace slouží k posouzení rozsahu krizové intervence, příčin krize, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností překonání krize.

Zároveň **vzniká plán, jak krizi řešit**. Je nezbytné **prozkoumat sociální podporu** daného klienta, zda existují v jeho blízkosti osoby, kteří jej mohou podpořit a jakým způsobem (tj. členové rodiny, přátelé, spolupracovníci, pracovnice na sociálním odboru apod.). Pokud systém sociální podpory existuje, je vhodné jej aktivizovat a mobilizovat.

Zde již klient získává postupně **schopnost samostatně rozhodovat** a pomoc, která je mu poskytována se blíží k závěru. Někdy ovšem klient potřebuje pomoc i ve fázi realizace plánu (= aktivit, které směřují ke změně, respektive řešení krize).

Jakmile se ukáže, že krize je překonána a klient si uvědomuje, co ke krizi vedlo, získává náhled na situaci, pochopení souvislostí a výhled do budoucnosti, je možné krizovou **intervenci ukončit**.

### Při vedení dokumentace by měly být reflektovány tyto okolnosti:

- v jakém psychickém stavu byl klient na začátku intervence
- jak dlouho trval krizový stav a jaké byly jeho příčiny
- jaká intervence byla provedena
- se kterými institucemi se spolupracovalo
- jakých výsledků bylo dosaženo
- jaká společná rozhodnutí byla přijata v konečné fázi setkání
- v jakém psychickém stavu byl klient na konci intervence

## Model krizové intervence podle Golanové

Počáteční fáze - formulace zakázky	Střední fáze - realizace zakázky	Závěrečná fáze - ukončení a zhodnocení
I. kontakt	I. - VI. kontakt	VII. - VIII. kontakt
<b>A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– zaměřit se na stav krize, koncentrovat se na „teď hned“</li> <li>– ventilace emocí</li> <li>– prozkoumat rizikovou událost</li> <li>– zhodnotit dopad události</li> </ul>	<b>A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– doplnit chybějící informace</li> <li>– zkontrolovat nesrovnalosti</li> <li>– vybrat hlavní témata (ztráta, změna, výzva)</li> </ul>	<b>A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rozhodnout o ukončení</li> <li>– pomoci klientovi přijmout toto rozhodnutí</li> <li>– nabídnout eventuelně jinou formu pomoci</li> </ul>
<b>B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– vyhodnocení</li> <li>– konstatování rozhodnutí</li> <li>– seznam okolností a prvořadých problémů</li> <li>– ověření klientových priorit</li> </ul>	<b>B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– změna chování</li> <li>– ověření klientových adaptačních mechanismů</li> <li>– stanovení realistických, krátkodobě dosažitelných cílů</li> </ul>	<b>B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– prozkoumání pokroku</li> <li>– posouzení hlavních témat k řešení</li> <li>– připomenutí již dosažených cílů, úkolů, změn</li> </ul>
<b>C:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ustanovit kontrakt</li> <li>– definovat pro klienta cíle a problémy</li> </ul>	<b>C:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– identifikovat obecné problémy a úkoly</li> <li>– společně vypracovat plán řešení úkolů a problémů</li> </ul>	<b>C:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– napláňovat budoucnost a probrat klientovy plány</li> <li>– diskutovat o současných problémech</li> </ul>

(zdroj: Golanová, 1978)

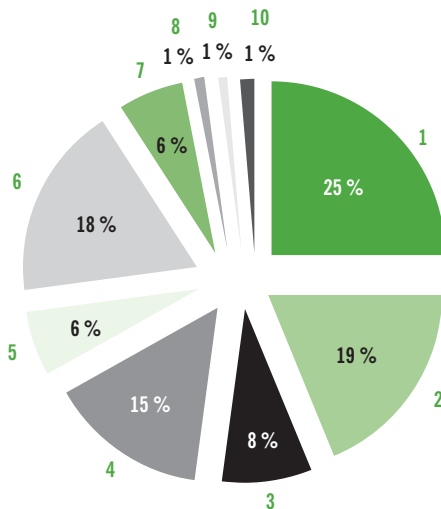
## KRIZOVÝ PACIENT ANEB KDO JE V KRIZI?

Pojďme se nejprve podívat, jaké je diagnostické **spektrum klientů v krizových hospitalizacích**.

Diagnostické dělení se přibližně shoduje s kategoriemi MKN-10. V legendě ke grafu jsou ale použité zjednodušené názvy diagnostických celků.

### Poměrné zastoupení diagnostických okruhů:

1. Reakce na stres a poruchy přizpůsobení 25 %
2. Poruchy osobnosti 19 %
3. Neurotické a somatoformní poruchy 8 %
4. Schizofrenie a schizotypální poruchy 15 %
5. Afektivní poruchy 6 %
6. Poruchy způsobené alkoholem 18 %
7. Poruchy způsobené ostatními látkami 6 %
8. Organické duševní poruchy 1 %
9. Mentální retardace 1 %
10. Ostatní 1 %



### Psychiatrický pacient v ordinaci praktického lékaře

Některé zdroje tvrdí, že až 80 % pacientů, kteří navštíví praktického lékaře jsou lidé, u nichž by bylo možné diagnostikovat nějakou psychopatologii.

Statistika říká: máte-li obvod s 2500 obyvateli, máte na starosti cca:

5 známých a 25 dosud neznámých chronických ethyliků

12 případů velké deprese

60 neúplných rodin

10 problémových rodin, tedy rodin, u jejichž členů je výskyt psychopatologie o něco pravděpodobnější než u ostatních.

Každé 3 roky dojde k jedné dokonané sebevraždě a každý rok dojde ke 3 sebevražedným pokusům.

Dále bude mezi vašimi klienty 55 chronicky duševně nemocných, ať již aktuálně léčených či takových, kteří jsou s chronickým defektem osobnosti na okraji zájmu.

Pravděpodobný výskyt schizofrenie bude ohrožovat asi 25 lidí, 10 bude mentálně postižených.

22 % obyvatel starších 65 let bude trpět některou z demencí.

Zbytek jsou neurotici a veškeré spektrum psychosomatických poruch nediodagnostikovaných jinde.

Pravděpodobnost setkání s pacientem vyžadujícím psychiatrickou péči je tedy velká. Z výše uvedené statistiky se dá odhadnout, který pacient přijde nejdříve, či nejčastěji.

Vynecháme-li chronicky duševně nemocné, kteří v naprosté většině mají již svou dokumentaci a jsou někde vedeni, bude pořadí budoucích psychiatrických klientů, kteří se objeví v ordinaci praktika asi takové:

- Pacient trpící **depresí** či úzkostnou poruchou a jejich somatickými ekvivalenty
- Pacient s **kognitivní poruchou** (onemocnění z oblasti demencí)
- Pacient, na jehož problémech se podílí **alkohol** či jiné návykové látky

Neukáže-li somatické vyšetření zřejmý zdroj potíží, měl by se zájem lékaře orientovat také těmito směry.

Je to také doporučení, které kapitoly z různých publikací pro praktické lékaře si prostudovat nejdříve.

## Nejčastější příklady klientů v krizi

### 1. Klient s organickým onemocněním

Poruchy organického typu se mohou nejčastěji projevit ve formě:

- Obluzeného vědomí
- Zastřené vědomí
- Náhlým stavem zmatenosti
- Náhlým výpadkem nebo zhoršením paměti a úsudku

Všechny tyto stavy nepochybně provázejí pocity úzkosti a strachu, potřeba ujistit se o základních životních jistotách. To také často bývá základní zakázkou pro rozhovor v rámci krizové intervence.

Rozvoj demence je pro klienta i jeho okolí velmi zatěžující.

Tento stav vyvolává pocity hanby, studu a podstatně modifikuje způsob komunikace s postiženým. Tyto změny s sebou přinášejí i vztahové krize a můžeme se setkat i se zneužíváním takto postižených lidí.

### 2. Psychotický klient

Psychické poruchy se vyznačují ztrátou schopnosti rozlišovat vlastní prožitky a realitu. Projev psychotického klienta může být velmi mnohotvárný. Těžko navazuje kontakt, je často úzkostný, stažený, může reagovat zcela nepřiměřeně situaci.

Napětí a intrapsychický stav klienta lze jen obtížně zmírnit běžnými komunikačními technikami.

Pro praxi je důležité, že:

- klient vnímá realitu podstatně zkresleným způsobem
- tento stav pro něho představuje vysokou míru trpení
- bývá významně omezen v běžných denních činnostech
- vyžaduje odbornou psychiatrickou péči

Pravidla zacházení:

- nevyvrácíme klientovi jeho bludy
- snažíme se realisticky odhadnout situaci
- komunikujeme s ním v bezpečném prostoru
- situaci co nejvíce strukturujeme, činíme pouze jednoduché úkony
- redukujeme rušivé podněty z okolí

- pamatujeme na eventuelní riziko agrese, kterou klient může obrátit nejen proti nám, ale i proti sobě

### 3. Depresivní klient

Depresivní stavy jsou svým původem, vznikem, průběhem a léčbou velmi různorodé. S depresemi pravidelně přicházejí i somatické stesky.

Depresivní klient nám může připadat velmi zatěžující svými nářky nebo negativistický svým odmítáním jakékoli pomoci.

U pomáhajících často vyvolává pocit bezmoci nebo i agrese. V rámci krizové intervence je třeba vždy mít na paměti riziko sebevraždy.

### 4. Neurotický klient

Neurotický klient přichází kvůli obtížím, které jsou sice velmi různorodé, ale mají jednoho společného jmenovatele – úzkost.

Tuto úzkost pak odvrací od sebe pomocí různých obranných mechanismů.

Neurotická úzkost se sice spouští situačně, avšak váže se většinou na proběhlá nevyřešená traumata a konflikty.

Tito klienti kladou na krizového intervenanta vysoké vztahové nároky.

U neurotiků je vhodné, aby na krizovou intervenci většinou navázala systematická psychoterapie. K tomu se vždy snažíme klienta navést.

### 5. Drogově závislý klient

Krise a závislost se v mnohých aspektech vzájemně doplňují a podporují.

Aktuální prožitek krize může vést k (opakovanému) užití drog a naopak užívání drog vede po čase vždy nevyhnutelně ke krizi.

Při jakémkoli setkávání s drogově závislými klienty bychom si měli uvědomovat několik skutečností, které tento jev téměř vždy provázejí a charakterizují:

- vždy je tu vztah mezi závislostí a vývojem v raném dětství
- závislost se vytváří i vztahová, pozorujeme závislost na druhých a z toho plynoucí neschopnost vytvářet zdravé vztahy s druhými lidmi včetně vztahu s krizovým intervenantem.
- nedostatečná nebo žádná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty
- užívání návykových látek nastupuje jako náhradní prostředek seberealizačních potřeb
- černobílé vidění světa: na jedné straně idealizace, na druhé devalvace hodnot ve vztazích k druhým lidem
- nacházíme symptomatologii závislosti ještě alespoň u jednoho člena rodiny

*Témata ke krizové intervenci:*

- Motivační pohovor k abstinenci nebo jiné formě řešení aktuálního stavu. Vyžaduje specifický trénink, je vysoce strukturovaný, nenechává prostor na žádné zástupné argumenty.
- Řešení akutně ohrožujících situací: nadměrná intoxikace, násilí navazující na intoxikaci, znásilnění, přepadení, sebevražedné tendence je potřeba verifikovat. Tehdy se k nim stavíme stejně jako ke každé jiné krizi, která s drogami nemá nic společného. Je ale nutné eliminovat reálné ohrožení od nadsazeného léčení ve snaze upoutat pozornost a vynutit si jinou formu „pomoci“.

- Jednání s bezradnými rodiči. Zde je nejzákladnějším úskalím nepřebírat nezdravou míru zodpovědnosti na sebe nebo se naopak nezačít stavět do role mravokárce. Opět je zde nejdůležitější strukturovaně vést rodiče k možným a důsledným změnám v jejich postojích, které pak mohou vést k systematické změně v rámci rodinného kruhu.
- Rozhovor vedený s partnerem drogově závislého, kdy se především snažíme, aby partner nenastoupil do role rodiče a udržel si zdravou separaci. Definovat zdravou hranici partnerské pomoci na jedné straně a na druhé straně přenechání zodpovědnosti za závislost i případnou léčbu na závislém partnerovi.
- Toxikoman se chce léčit: „teď hned“. To je jedna z nejčastějších pastí jakou na krizového intervenanta drogově závislí přichystají. Je nutné vědět, že tento požadavek je nesmyslný a jeho realizace zcela nemožná. Je to klasická manipulace, jak převést zodpovědnost za změnu na někoho jiného. Takovému klientovi umožníme prostor pro ventilaci jeho dobrých úmyslů a emocí a poskytneme mu seznam specializovaných pracovišť, kam se může se svou žádostí v nejbližších dnech obrátit.

## 6. Klient s poruchou příjmu potravy

Symptomatologie tohoto onemocnění je již v dnešní společnosti natolik stigmatizující, že v rámci krizové intervence se dívka nebo mladá žena často poprvé po mnoha letech před někým přizná, že bojuje s touto nemocí.

Proto je zde nejdůležitější citlivý, naprosto nekritizující empatický přístup, který by měl klientku motivovat k další následné léčbě.

Pastí zde je častý nástup záchranářského preludu krizového intervenanta, který je výsledkem dovedné manipulace klientek. Je proto nutné zachovat své hranice krizového intervenanta a nenechat se vtáhnout do pečujících a zachraňujících aktivit, které, stejně jako u drogově závislého klienta, mají spíše účel převést zodpovědnost za vývoj nemoci na druhou osobu.

## 7. Týraný a zneužívaný klient

U osob, které byly nebo jsou vystaveny týrání a zneužití, se objevuje řada symptomů na psychické, tělesné i sociální úrovni a vždy je nutné tento okruh klientely vnímat v celém tomto kontextu.

Týrané a zneužívané mohou být děti, lidé ve středním věku i senioři.

Především zde je třeba mít na mysli, že úkolem krizového intervenanta není situaci vyřešit, ale poskytnout krizovou intervenci a hledat další adekvátní krok v procesu řešení.

U této kategorie klientů je především narušeno 5 základních vývojových potřeb člověka:

- Potřeba jasně vymezeného místa pro život
- Potřeba podpory a sounáležitosti
- Potřeba pocitu bezpečí
- Potřeba péče fyzické i psychické: jedná se o velmi jednoduché a konkrétní formy pomoci
- Potřeba limitu: souvisí s vymezením hranic ve vztazích a vnesením řádu do dějů a situací

## 8. Sebevražedný klient

U této tematiky je nutné se nejprve oprostít od mnoha předsudků a mýtů.

Je nutné mít na mysli mnoho ambivalencí, které se v souvislosti s touto tematikou objevují. Uvědomme si, že klient je člověk většinou naprosto kompetentní si utvářet a rozhodovat o svém životě nebo také smrti.



To nám ovšem nebrání připomenout klientovi, že sebevražedný čin vždy lze odložit a dát šanci nějakému novému řešení, které v tuto chvíli třeba ještě nevidí.

Klient ve fázi před sebevraždou se nachází v „**presuicidálním syndromu**“.

Ten je definován 3 znaky:

1. zúžení subjektivního psychického prostoru
2. zablokovanou nebo proti sobě namířenou agresivitou
3. naléhavými sebevražednými fantaziemi.

Pro práci se sebevražedným klientem platí tato pravidla:

- Respektovat jej a ponechat kompetenci za jeho život v jeho rukou
- Rozšiřovat jeho zúžené vědomí ve všech oblastech
- Dávat prostor jeho emocím

Mějme na paměti, že klient, který přichází ke krizové intervenci, už sám o sobě volá o pomoc a dává sám sobě nějakou naději, že existuje ještě jiné řešení, které by rád našel.

### 9. Klient přicházející s tematikou smrti a umírání

Smrt jako neodvratná a absolutní skutečnost nás konfrontuje s limity našich možností. Pro krizového intervenanta je to vždy konfrontace s masivním zdrojem úzkosti, strachu a bolesti, často i vlastním.

Lidé se nejvíce bojí bolesti, přejí si hlavně netrpět, odmítají se setkat s vlastní bezmocí.

Potkání se se smrtí vlastní nebo s nutností akceptace smrti blízkého člověka má několik fází:

**1. fáze: popření a izolace:** člověk odmítá uvěřit, že je to pravda.

**2. fáze: zlost:** objevují se silné emoce, postižený se zlobí na celý svět.

**3. fáze: smlouvání:** to je období, kdy se dá s klientem nejlépe pracovat. Přehodnocuje své postoje, smlouvá o čas.

**4. fáze: deprese:** klientovi v plném rozsahu dochází realita

**5. fáze: smíření nebo rezignace:** přijetí smrti může mít obě tyto varianty.

Po smrti blízkého člověka nastává u pozůstalého velmi důležité období **truchlení**.

Je to proces, kdy se odděluje od ztraceného člověka a hledá možnosti žít svůj vlastní život. Proto nikdy klienta od truchlení diletantsky neodvádějme, ale pomozme mu přijmout jeho pocity a podpořit různá rozhodnutí a aktivity v tomto období.

## TERAPEUTICKÁ A KONTRAKTAČNÍ KRIZE V ORDINACI

### Co je to krize v ordinaci?

Každá nedohoda mezi lékařem a pacientem.

### Jak jí úspěšně předejít?

Znáť základní rizikové faktory pro vznik krizové situace.

**Terapeutický kontrakt** vymezuje podmínky spolupráce pacienta a lékaře.

Jednak chrání jejich vztah a jednak slouží k ochraně jejich osobních práv.

Kontrakt je závazný, nikoli však neodvolatelný.

Lze od něho odstoupit buď po dohodě, nebo i jednostranně.

Může být slovní nebo písemný.

Problém je, že v ordinacích je často pouze tzv. „nepsaným pravidlem“, což je základní rizikový faktor jak v terapeutické, tak v kontraktační rovině dohod a vzájemných očekávání.

Selhání terapeutického kontraktu neznamena nic jiného, než nesplnění našich představ nebo očekávaného standardu.

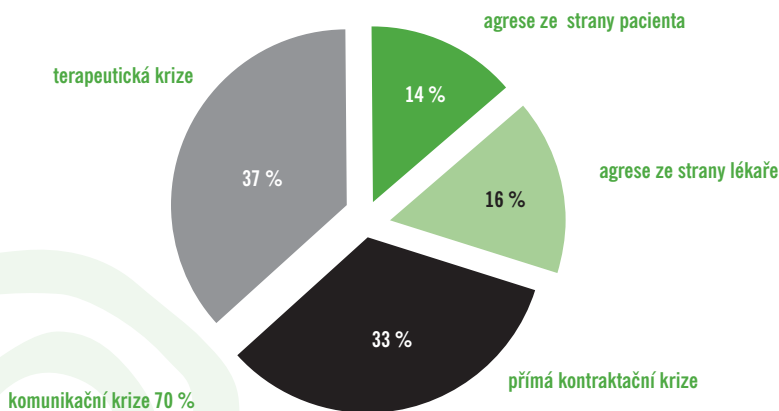
Zásadním problémem v diskusi o selháních kontraktu je to, že kontrakt požaduje příliš mnoho.

### Z toho plyne otázka:

Selhává kontrakt - nebo selháváme my v jeho podpoře a definování?

### Zdroje krizového chování

- **agrese ze strany pacienta:** aktivní, pasivní, verbální, brachiální **14 %**
- **agrese ze strany lékaře,** který se „dostal do úzkých“: odmítání, vyhýbavé chování **16 %**
- **přímá kontraktační krize:** nedohoda mezi požadavkem pacienta možnostmi/schopnostmi lékaře jejich vyhovění a naopak: podíl obou zúčastněných stran „1/2 : 1/2“. (může mít za následek i odchod pacienta k jinému lékaři) **33 %**
- **terapeutická krize:** pacient neodpovídá na běžné postupy farmakoterapie a jiné somatické léčby (*psychosomatický pacient*) **37 %**

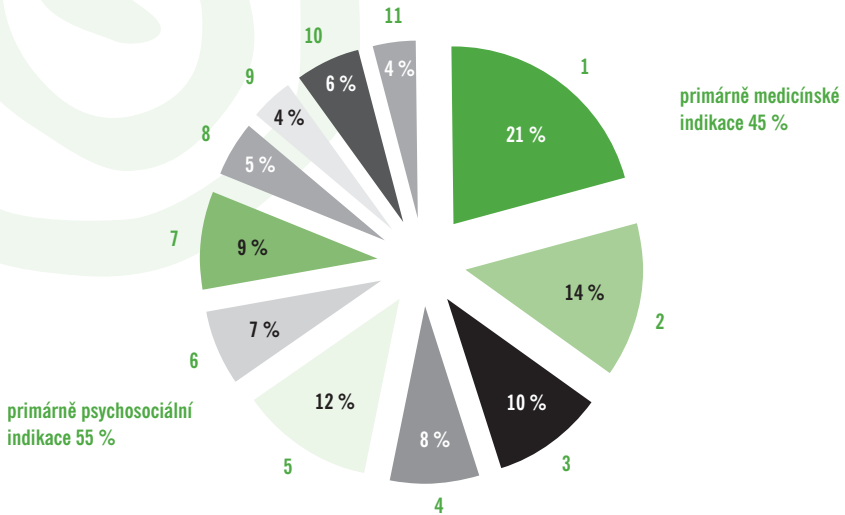


komunikační krize 70 %

### Spektrum skutečných / =skrytých / důvodů návštěvy ordinace lékaře:

- 1 nově/akutní somatické onemocnění **21 %**
- 2 kontrola na pozvání/doporučení lékaře **14 %**
- 3 zhoršení/nepostupující léčba dlouhodobého somatického onemocnění **10 %**
- 4 nespokojenost, netrpělivost, pochybnosti o správnosti léčby snaha získat doporučení na další vyšetření **8 %**
- 5 potřeba potvrzení si vlastních úsudků, rozptýlení pochybností, úzkostí **12 %**

6	snaha získat sekundární požitky (= prodloužení PN, získání medikace, doporučení k lázeňské léčbě)	7 %
7	potřeba maskování sociálních deficitů (= alibi nemoci, konflikty v rodině, v zaměstnání)	9 %
8	potřeba ventilovat nevládnuté emoce	5 %
9	nemoc v rodině	4 %
10	osamělost, potřeba kontaktu	6 %
11	jiná doporučení a potvrzení na vyžádání organizací	4 %



### Řešení krizového stavu v ambulantní ordinaci závisí na:

- **Realistickém odhadu precipitující události** - jak dobře znám svého pacienta - kolikrát jsem se již setkal se stejným scénářem aktuální situace - jak bezpečně se cítím ve svých znalostech a právech (legislativa) - koho si mohu přizvat na pomoc
- **Dosažitelnosti podpůrné sítě** - kontakt na nejbližší pracoviště psychosociální pomoci - kontakt na krizové centrum, linku bezpečí - kontakt na protidrogovou poradnu nebo AT ambulanci - kontakt na nejbližší detoxikační oddělení
- **Dosažitelnosti vyrovnávacích mechanismů** (souvisí s vlastní vulnerabilitou) – možnost nabídky alternativního řešení – možnost vlastního odreagování

## PRÁVNÍ ASPEKTY KRIZOVÉ INTERVENCE

Dobrá znalost právního rámce je v procesu krizové intervence potřebná, protože zvyšuje jistotu a odbornou kompetenci pracovníka. Pomáhá také řešit některá dilemata a je často i nezbytná pro ochranu samotného krizového intervenanta.

### Mezi základní právní aspekty patří zejména:

- mlčenlivost
- ochrana osobních údajů
- oznamovací povinnost

### Mlčenlivost

Všechny informace o výpovědích klientů by měly být důvěrné a bez souhlasu klienta by neměly být přístupné jiným lidem či institucím.

Dokonce ani při konzultacích s rodinnými příslušníky klientů (př. manžely) by neměly být zveřejňovány obsahy rozhovoru druhému partnerovi nebo jiným členům rodiny, pokud si to klient sám výslovně nepřejde.

Mlčenlivost se týká všech pracovníků zdravotnických, sociálních a dalších v ostatních pomáhajících profesích.

### Zákonné normy:

- *Zákon číslo 582/1991 Sb. v platném znění o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, §14 - povinnost zachovávat mlčenlivost.*

Podle tohoto paragrafu jsou zaměstnanci povinni zachovávat mlčenlivost.

- *Zákon číslo 359/1991 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, §57, který vstoupil v platnost 1. 1. 2004.*

Podle tohoto zákona platí povinná mlčenlivost také pro osoby, které se s údaji, o nichž je třeba zachovávat mlčenlivost, seznámily při spolupráci s orgány sociálně právní ochrany.

Trestem odnětí svobody až na 3 roky nebo zákazem činnosti, případně peněžitým trestem by byl potrestán ten, kdo osobní údaje o jiném člověku získané v souvislosti s výkonem povolání nebo funkce, sdělí nebo zpřístupní, byť by to bylo z nedbalosti, a tím by porušil právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti - §178 trestního zákona, odstavce 2.

### Zpracování a ochrana osobních údajů

Při zpracování citlivých osobních údajů musí být zřejmé, o jaké údaje se jedná, kdo tyto údaje zpracovává, k jakému účelu, za jaké období.

Citlivé osobní údaje mohou být také zpracovávány, pokud je to nezbytné, v zájmu zachování života nebo zdraví klienta nebo jiné osoby nebo k odvrácení bezprostředního ohrožení jejich majetku. Citlivé osobní údaje lze také zpracovávat v případech, kdy nelze získat souhlas k jejich zpracování z důvodů fyzické, duševní či právní nezpůsobilosti.

### Zákonné normy:

- *Zákon číslo 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů*

Tento zákon se vztahuje na osobní údaje, které zpracovávají státní orgány, orgány územní samosprávy, jiné orgány veřejné moci a fyzické a právnické osoby. Podle § 10 zákona o ochraně osobních údajů musí osoba zpracovávající údaje dbát na to, aby člověk, na něhož se údaje vztahují, neutrpěl újmu na svých právech, především na právu na zachování lidské důstojnosti.

- *V § 178 trestního zákona o neoprávněném nakládání s osobními údaji*  
se říká, že každý, kdo byl z nedbalosti, neoprávněně sdělil či zpřístupnil osobní údaje o jiném člověku, jež byly nashromážděny v souvislosti s výkonem veřejné správy, bude potrestán odnětím svobody až na 3 roky nebo zákazem činnosti, případně peněžitým trestem.

### **Oznamovací povinnost**

Povinnost oznámit trestný čin nastupuje nejen tehdy, když se oznamovatel o trestném činu dozví a zná pachatele, ale také tehdy, kdy se o trestném činu dozví bez toho, aby pachatele znal.

#### **Zákonné normy:**

- *§ 8 trestního řádu*  
Státní orgány, právnické a fyzické osoby jsou povinny neprodleně oznamovat státnímu zástupci nebo policejním orgánům skutečnosti, které nasvědčují tomu, že byl spáchán trestný čin.
- *§ 167 trestního zákona – nepřekazení trestného činu*  
Osoby, která se hodnověrným způsobem dozví, že jiný člověk připravuje nebo páchá trestný čin, například znásilnění, pohlavní zneužívání, týrání svěřené osoby, vraždy, loupeže, krádeže atd. a spáchání či dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na 3 roky. Za překažení trestného činu se považuje také jeho včasné oznámení státnímu zástupci nebo policii.
- *§ 168 trestního zákona - neoznámení trestného činu*  
Ten, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že někdo spáchal trestný čin a takový trestný čin bezodkladně neoznámí státnímu zástupci či policii, bude potrestán odnětím svobody až na 3 roky.  
K naplnění znaků trestného činu podle § 168 trestního zákona není třeba, aby oznamovatel věděl přesně po stránce právní kvalifikace, o jaký trestný čin se jedná. Stačí, když zná skutkové okolnosti, které zakládají znaky některého trestného činu.

**O SEBEVRAŽDÁCH VÍCE VE 3. ČÁSTI BROŽURY  
(NALEZNETE NA [WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE](http://WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE)).**

# CO DĚLAT V OBTÍŽNÝCH SITUACÍCH?

(MUDr. Jan Lorenc)

## PACIENT S PROBLÉMOVÝM CHOVÁNÍM

Jde většinou o pacienty s náhle vzniklým neklidným, agresivním nebo jinak problémovým chováním. Z příznaků se většinou projevují výhrůžkami, násilím vůči věcem či lidem, vyhocenými emočními reakcemi, sebepoškozováním, ztrátou běžných sociálních zábran, přehnanou fyzickou aktivitou příp. dezorientací. Často jde o přechodný stav provázející vážné psychotické onemocnění, avšak důležité je v tomto případě odlišit organicky podmíněné stavy. Mezi známky zvyšující podezření na možné organické příčiny patří: dezorientace přicházející v nočních hodinách, obluzené vědomí, postižení základních životních funkcí, výskyt těchto stavů u pacientů nad 40 let bez předchozí psychiatrické anamnesy, zrakové halucinace, náhle vznikající obtíže v určitém časovém období, obrácení spánkového rytmu, prchavost příznaků, zhoršení paměti, nesouvislé myšlení. Většinou je nutné anamnestické údaje zjišťovat z možných dostupných objektivních zdrojů.

### Psychotický pacient

Psychotické projevy a z nich vyplývající chování je často neobvyklé, bizarní a nesrozumitelné. Konfrontace s takovými projevy nás často přivádí do situace nejistoty, vyvrací naše obvyklé představy. Běžnou reakcí na změny vnímání, myšlení a chování tak bývá logická argumentace, vyvracející obsah bludných představ. Ta však často vede ke konfliktům, hádkám a ztrátě důvěry. Není však naopak vhodné jeho prožitky také posilovat tím, že s nimi budete souhlasit.

Je nutné si uvědomit, že nemocný v psychóze vnímá svět právě takovýmto způsobem. Pro nemocného je důležitější porozumění jeho stavu, v kterém cítí strach, cítí se ohrožen, nicotný, pronásledovaný, atakovaný, ztracený. Porozumění v tomto případě znamená spíše empatický postoj, v němž mu dáte na srozuměnou, že např. musí být strašné, když něco takového prožívá. Účinná může být i neverbální podpora – prosté uchopení za ruku, za lokty, pohlazení, objetí. Neobvyklé projevy na sebe často upoutávají pozornost, vždy je však dobré aktivně si všímat i momentů, kdy nemocný nereaguje psychoticky, kdy např. neslyší hlasy, kdy se chová obvyklým způsobem, podporovat tyto projevy, navazovat s ním komunikaci v těchto chvílích. Vždy je účelné řídit se tím, jak nemocný reaguje na vaše chování a přizpůsobovat je žádoucím směrem. Prospěšné bývá vyhnout se silně emočně nabitým reakcím na neobvyklé projevy. Jestliže je pro vás situace neúnosná, raději se ohradte dříve, než se situace vyhroť.

### Zacházení s léky

Užívání léků je podstatnou součástí moderní léčby psychotických onemocnění. Problematika užívání léků se dá shrnout do několika témat.

Prvním z nich jsou vedlejší účinky léků. V akutních fázích onemocnění nemocní většinou dostávají vyšší dávky neuroleptik, při kterých dochází i k většímu výskytu vedlejších účinků. Nejnápadnějším projevem v akutní fázi bývá ovlivnění svalového napětí léky a mimovolní svalové projevy. Léky tedy ovlivňují i mimiku a gesta, které jsou podstatou osobního výrazu. Její změny mohou někdy vést k představě, že se pacientova

osobnost pod vlivem léků mění, tak tomu však není. Po stabilizaci stavu nemocný užívá nižší udržovací dávky, které u moderních léků nemívají významné vedlejší účinky na svalstvo a jeho funkci. K nejčastějším vedlejšími účinkům u nejfrekventovanějších léků dnes patří snížení krevního tlaku na počátku léčby, takže pacient může mít závratě, zvláště při rychlém vstávání, pocit ztuhlosti, útlumu, pocity ztráty prožitků, přibývání na váze. Vedlejší příznaky se většinou objevují na počátku léčby a postupně v průběhu dnů a týdnů vymizí.

S tím souvisí i další podstatná okolnost, že působení léků užívaných při léčbě psychóz – neuroleptik – je dlouhodobé. Neuroleptika působí v centrálním nervovém systému dlouhodobé metabolické změny, jejichž účinek se projeví nejdříve po několika dnech a rozvíjí se v průběhu několika týdnů. Z toho plyne, že jednorázové vynechání léků nemá na jejich působení podstatný vliv za předpokladu pravidelného užívání a také není rozhodující přesný čas jejich užívání. Následkem těchto dlouhodobých změn se také vysazení léků projeví až během několika dnů či týdnů. To je prakticky důležité v případech, že si pacient sám vysadí léky. Vždy je ještě čas problém řešit a věnovat se mu.

Zásadně platí, že všechny vedlejší účinky jsou při dobré spolupráci mezi pacientem a jeho lékařem ovlivnitelné. Je třeba je vyslechnout, nezhledčovat je, vést nemocného k tomu, aby se s nimi svezl svému ambulantnímu psychiatrovi, případně mu zprostředkovat tuto pomoc.

Tím se dostáváme k dalšímu tématu, kterým je odmítání léků. Nemocní mají často rozporuplný nebo odmítavý postoj k užívání léků z nejrůznějších důvodů. Častým důvodem je, že nemocní odmítají přijmout svou nemoc, což vede i k odmítání léků. Většinou jde o dospívající osoby a užívání léků se stává konfliktním polem mezi rodiči a pacientem, výrazem odporu proti autoritám. Děje se to zvláště tam, kde se užívání léků stane prostředkem kontroly ze strany rodičů a nemocný se pak v rámci osamostatnění snaží z této kontroly vymanit. Odmítání však může být i výrazem obav z poškození zdraví léky, nebo může být užívání léků pro pacienta v určité fázi onemocnění příliš komplikované.

### **Kdy je nutná hospitalizace a jak k ní přistupovat?**

Hospitalizace je většinou nutnou událostí v průběhu psychózy, která však bývá také často traumatizující nejen pro pacienta, ale i jeho příbuzné. Především ji provázejí výčitky ze strany rodičů při nelehké srážce s realitou duševního onemocnění u vlastního dítěte, jež hospitalizace vyvolává. Na ni navazuje dlouhý proces vyrovnávání se s tímto faktem, který v mnoha případech boří představy o životě, ale i iluze ze strany nemocného i rodičů.

Hospitalizaci je třeba brát jako nutnost v rámci léčby psychózy, podobně jako to bývá u tělesných onemocnění. Slouží také k tomu, aby se vyloučila jiná možná onemocnění, jejichž příznakem mohou být psychotické prožitky. Existuje mnoho různých překážek, které brání hospitalizaci jak ze strany pacientů, tak rodiny i zdravotního personálu.

Hospitalizace je nutná především v případech, kdy jde o akutní psychózu, v které pacient jedná pod vlivem změn vnímání a myšlení, což může zapříčinit značné životní komplikace, v krajním případě i ohrožení zdraví či života pacienta. Často může jít i o nedobrovolnou hospitalizaci, která je právně odůvodněná v případě, že pacient ohrožuje sebe nebo okolí. Konkrétně se může jednat o situace, kdy např. hlasy nemocnému rozkazují, aby skočil pod auto nebo se nemocný pokouší uniknout nepříjemným prožitkům sebevraždou nebo fyzicky napadá druhé – většinou rodinné příslušníky ve vyhrocených konfliktech. V takových případech není dobré s hospitalizací váhat, i kdyby se měl převoz odehrát za policejní asistence.

Prakticky je třeba volat Rychlou záchrannou službu, která si zajistí v případě nebezpečného chování pacienta doprovod Policie. V některých případech se pacienti při příjezdu RZS zmobilizují do té míry, že se psychotické příznaky nebo agresivní projevy neprojeví v průběhu krátké návštěvy lékaře, který pak odmítne nemocného nedobrovolně hospitalizovat. Na jedné straně to svědčí o schopnosti pacienta zvládat i v tomto stavu konkrétní sociální situaci, což svědčí o pacientových schopnostech, které je dobré posilovat. Na druhé straně se psychický stav pacienta opět po odjezdu RZS zhorší a problém se nevyřeší. V případě, že stav trvá delší dobu a nemocný odmítá ambulantní léčbu, je vhodné poradit se o situaci s ambulantním psychiatrem, který může pomoci při této intervenci. V každém případě je dobré zhodnotit, kdy už je pro rodinu péče neúnosná, kde jsou hranice podporujících osob v okolí pacienta, jakou zátěž ještě unesou. Naplánujte jednotlivé kroky, které podniknete v případě, že k tomu dojde.

Informujte rodinu, jak se v této situaci zachovat. Při hospitalizaci je prospěšné dohodnout se s ošetřujícím lékařem o četnosti návštěv. Zvláště na počátku hospitalizace, kdy je pacient ještě v akutní fázi nemoci, mohou být časté návštěvy zbytečně traumatizující a ani pro nemocného nemusí být přínosem. V průběhu hospitalizace, ale i v průběhu nemoci vůbec, je prospěšné, aby byl zachován běžný rytmus rodinného života. Nadměrné oběti ze strany rodinných příslušníků mohou přinést v dlouhodobějším časovém horizontu spíše rozčarování.

### **Nemoc nebo povahový rys?**

Průběh psychotického onemocnění je většinou dlouhodobý. Na akutní fázi onemocnění navazuje období zotavení, ve kterém nemocný trpí nedostatkem vůle, soustředění, je pasivní, polehává. Pacienti i jejich blízcí jsou často dlouhodobým průběhem unaveni, ztrácí trpělivost a pochopení, naději na zlepšení stavu. To vede často ke kritice a tendenci hodnotit aktuální stav nemocného jako schválnost nebo jako povahovou vlastnost. V důsledku tohoto se prohlubuje pocit opuštění a izolace na straně nemocného, které nadále zhoršují jeho stav, což opět vyvolává další kritiku a negativní hodnocení.

Nemocný potřebuje minimálně měsíce až rok k zotavení, často se po akutní fázi dostavuje deprese trvající několik měsíců. Vysoké dávky léků mohou tyto stavy inaktivity podporovat. Nelze zapomínat ani na to, že nemocný potřebuje měsíce až léta, aby se smířil s tím, co prožil, aby se vyrovnal s důsledky nemoci na jeho další život. Ani jeho blízcí, a zvláště rodiče nejsou ušetřeni tohoto procesu.

Je třeba si uvědomit, že nemocný potřebuje pomoc, ohled a trpělivost, potřebuje cítit, že je přijímán i v této změněné situaci. Je třeba si všimnout nejenom toho, co nedělá, ale i toho, co dělá, podporovat jej v tomto směru.

### **Sebevražedné jednání**

Riziko sebevraždy nelze nikdy podceňovat. Nejčastěji se to týká pacientů s depresí, se závislostí na alkoholu a u psychóz.

#### *Rizikové faktory*

1. suicidální pokus v anamnése
2. specifikace a stupeň plánu sebevraždy
3. míra pocitů beznaděje a bezradnosti
4. příprava na ukončení života
5. dostupnost prostředků k ukončení života
6. přítomnost či hrozba extrémně bolestivé emocionální situace



U psychotických onemocnění může takové jednání vyplývat přímo ze změněného psychotického prožívání, kdy je nemocný např. hlasy nabádán k tomu, aby si ublížil nebo připisuje své smrti nějaký výjimečný význam. Pro pacienta mohou být vtíravé myšlenky na sebevraždu velmi nepřijemné, může se jim bránit, nakonec jim může i podlehnout proti své vůli.

Také v rámci depresivních obtíží, které často nasedají na akutní fázi onemocnění, může nemocný myslet na sebevraždu, nebo se o ni pokusit.

Nemocný může sebevražedné myšlenky vyjadřovat přímo, např. že by zde neraději nebyl, že o vše přišel, že nemá proč žít. Jindy zaznamenáte jen nepřímé známky – začne si zařizovat své poslední záležitosti, připravovat se na odchod ze života. Nebo si ubližuje či se poškozuje jiným způsobem – např. se poréže.

#### *Přístup k suicidálnímu pacientovi*

1. udělat si čas
2. dbát na vlastní tělesné postoje (verbální a hlasový projev, neverbální vyjadřování)
3. vytvořit nerušené prostředí
4. akceptovat pacientovy pocity zoufalství a beznaděje
5. ptát se otevřeně a přímo
6. nepoddát se pokušení rychle nalézt řešení
7. plán následné péče

V případě nepřímých známek nebo sebevražedných výroků je třeba informovat ambulantiho psychiatra, v případě přímého ohrožení je třeba volat okamžitě Záchranou službu. Taková situace již opravňuje i k nedobrovolné hospitalizaci.

#### **Jakou péči poskytovat nemocnému?** (informace, které můžete poskytnout příbuzným)

Při onemocnění psychózou se často blízcí, zvláště rodiče, dostávají do situace, kdy se obětují, jen aby nemocnému pomohli dostat se z této situace. Vede to často k nadměrné péči, která je sice dobrá pro pocit pečovatele, ale často kontraproduktivní pro nemocného.

#### *Co je dobré pro nemocného udělat?*

V počátečních fázích onemocnění bývá nutné zajistit jeho základní životní potřeby a převzít zodpovědnost za jeho neodkladné sociální a ekonomické záležitosti. Nemocný se v akutních fázích neorientuje realisticky ve svých záležitostech.

Po odeznění akutních příznaků je třeba předávat postupně zodpovědnost za jeho záležitosti zpět do jeho vlastních rukou. Tento proces může být mnohdy komplikovaný. Často jde o dospívající osoby, které nebyly samostatné před vznikem onemocnění, a tak probíhá proces zotavení paralelně s procesem dozrávání. Je dobré si vždy stanovit vlastní meze pomoci nemocnému a důsledně se jimi řídit. V nemocničních a komunitních zařízeních pracují vždy též sociální pracovníci, které mohou poradit, příp. se postarat o vyřizování některých záležitostí.

#### **Jak se zachovat při agresivitě ze strany nemocného?**

Nemocní se někdy v akutní fázi onemocnění projevují agresivně, slovně i fyzicky, vůči sobě i vůči druhým. Agresivita a autoagresivita je často motivována psychotickými prožitky, např. nemocný slyší hlasy,

kteří mu rozkazují, aby skočil z okna, nebo je nemocný přesvědčen o své schopnosti létat. Agresivita ve vztahu k druhým osobám bývá často motivována nesnesitelným strachem o sebe sama.

### *Pravidla zacházení s agresivitou*

1. realistický odhad situace
  - dle psychického stavu pacienta (bludné představy a z nich vyplývající jednání, impulzivní reakce, míra psychomotorické aktivity, schopnost pacienta ovládat své agresivní impulzy)
  - dle způsobu jeho verbálního projevu (výhrůžky, nadávky)
  - dle míry intenzity vlastních emočních reakcí (strach, vzrušení, rozčilení)
2. Připravený scénář na tyto situace (jeho všeobecná znalost, dohodnuté role, úkoly, signály k akci)
3. Zásady: chránit sebe, bezpečné místo pro pacienta, převzít aktivitu, strukturovat situaci, jednoduché a cílené úkony, redukce rušivých podnětů z okolí, udržování verbálního kontaktu s pacientem, podle reakcí pacienta snižujeme úroveň vzrušení a úzkosti pacienta, chráníme sebe a personál

Velmi často se agresivita při pozvolném rozvoji psychotických příznaků stupňuje. Začíná podrážděností, slovními útoky a končí napadením. Zkušenost ukazuje, že při postupně se rozvíjející agresivitě, blízké osoby tolerují stupňující se agresivní projevy a konflikty se stále více dramtizují, protože reakce obou stran se postupně vyhrocují. Příbuzní mají často také nejednotný názor na to, jakou míru agresivity tolerovat. Vznikající konflikty mezi nimi mohou agresivitu ze strany pacienta podporovat.

V kontaktu s agresivním klientem je tedy velmi důležité vymezovat se již při mírných projevech agresivity a přistupovat k nim v souvislosti ostatních projevů nemoci. Agresivita motivovaná psychotickými prožitky ustupuje při odpovídající léčbě. Ta je tedy podmínkou zvládnutí všech projevů nemoci, tedy i agresivity. Zkušenost ukazuje, že rodiče často tolerují agresivní projevy, protože chtějí ochránit své dítě před hospitalizací, která je někdy nutná. Fyzické napadení nemocným je vždy důvodem k jeho okamžité hospitalizaci.

Jestliže je nemocný agresivní, je dobré, aby se lékař dohodl s příbuznými na plánu, jak budou v takových případech postupovat a měli podle míry agresivních projevů připravené scénáře, které obsahují i dohodu o úkolech zúčastněných stran, nejlépe dohodnout si signály s jasným významem. To vede ke strukturovanému jednání a snadnému rozhodování, které značně zjednodušují situaci. V kontaktu s agresivním nemocným je vhodné hovořit klidně, rozhodně. Podle reakcí nemocného postupujeme takovým způsobem, abychom snižovali úroveň vzrušení a úzkosti pacienta. Přitom vždy chráníme sami sebe.

**O PSYCHOTICKÝCH STAVECH, DEPRESIVNÍCH A ANXIOZNÍCH PORUCHÁCH, PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY, ZÁVISLOSTECH A PEDOPSYCHIATRICKÉ PROBLEMATICE VÍCE V 1. ČÁSTI BROŽURY (NALEZNETE NA [WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE](http://WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE)).**

# LÉKAŘ–PACIENT: LÉKAŘ COBY LÉK

(Balintovské sebezkušenostní semináře)

(MUDr. Helena Kuželková, MUDr. Romana Hronová)

## Kdo ochrání strážce? Kdo uleví těm, co pomáhají?

O tom, že situace praktického lékaře je náročná, přetěžující a stresující, se ví a píše. Méně se však pro to něco konkrétního nabízí. Lékař první linie či prvního kontaktu, chcete-li, musí v omezeném čase vstřebat a vyhodnotit velké množství informací, udělat závěry a vykonat rozhodnutí. Samotné vyšetření, vyhodnocení příznaků, určení diagnózy a terapie je náročný proces i bez psychologických komponent situace.

Pacient nebývá věcný, výstižně formulující, vstřícně naladěný a spolupracující. Naopak může být z úzkosti, agresivní nebo poněkud zdětinštělý, netrpělivý, nespolečný, s postranními zájmy, může agravaovat, simulovat či naopak dissimulovat. Navěšuje na lékaře svá očekávání, idealizace, vnímá zkreseně nebo také vůbec atd.

Od lékaře se očekává perfektní forma bez ohledu na jeho aktuální možnosti, zdraví, osobní situaci. Očekává se, že bude ke všem pacientům stejně vstřícný bez nároku na projevování vlastních pocitů a nálad. Situaci v ordinaci lékaře formuje nespočetně nezachytitelných proměnných, avšak jeho výkon by měl být standardní. Lékař by v této náročné situaci měl nejen profesně obstát, ale také ochránit sebe před tím, aby stresem a vyčerpáním nevyhořel či neochořel. Neboť pomáhání a přijímání pomoci je obtížný a často emočně ambivalentní proces.

To vše se odehrává na pozadí dnešního rozmachu vědy a techniky, celého průmyslu ve službách medicíny, který slibuje pacientovi rychlou úlevu a úzdravu. Přesto jsou pravidlem pacienti, kteří se přes všechnu snahu lékaře a přes dostupné vymoženosti nelepší. Terapie se nedaří, stav může chronifikovat, vývoj je neologický a nesrozumitelný. Dále jsou případy, kdy přes vstřícnost lékaře je pacient nespokojený a neuspokojitelný, vyžadující, agresivní, nespolečný.

Můžeme tedy hledat, co je ve hře, jak lépe situaci porozumět, jak můžeme sobě ulevit, aby bylo možno dále pracovat. V okamžicích stresu v pomáhajících profesích je mnohdy snazší vše snést a „vydržet“, nevěnovat čas reflexi. Tím se však vystavujeme další zátěži a možnému ohrožení.

## O metodě

Psychologickým pozadím vztahu lékař – pacient se zabýval anglický psychiatr a psychoanalytik maďarského původu Michael Balint (1896 Budapešť - 1970 Velká Británie).

Lékařská a psychoanalytická praxe přivedly M. Balinta k přesvědčení, že chce-li praktický lékař vykonávat svoji praxi kompetentně, měl by rozumět nejen somatickým, ale také psychologickým komponentám nemoci, se kterými se na něho jeho klienti obracují. Podobně jako většina praktických lékařů si totiž všiml, že to, co pacient předkládá jako nemoc, totiž svoje tělesné potíže, je jen část obrazu, o kterém se v ordinaci mluví.

Michael Balint je představitel tzv. celostní medicíny a průkopník na poli psychosomatiky. Značný počet nemocí totiž považuje za důsledek „nevyřešených emočních konfliktů“, které se nemohou projevit psychologicky, ale pouze regresivně, totiž somaticky. Nestačí si proto jen všimnout tělesných příznaků nemoci, ale je nutno věnovat pozornost i příznakům duševním, které však nelze považovat za duševní nemoc. Balint se

proto zabývá nejen tělesnými symptomy, ale celým člověkem, v kontextu jeho konkrétního života. Tímto kontextem je myšlena pacientova rodina, jeho vztahy a pracovní podmínky.

Později byla nabídka metody rozšířena na lékaře specialisty, psychiatry a psychology, učitele, sestry, sociální pracovníky, soudce, pracovníky pomáhajících profesí, apod. Všude tam, kde je třeba pracovat s lidmi v dlouhodobém vztahu.

### Nyní nechme promluvit ve volných citacích autora metody

„Po několik let byly na Tavistocké klinice v Londýně organizovány výzkumné semináře zaměřené na studium psychologických aspektů práce praktického lékaře. Zpočátku jsem měl určitou představu o tom, že se z psychologického hlediska ve všeobecné praxi mezi pacientem a lékařem odehrává mnohem víc, než o tom píše tradiční učebnice. Jedním z prvních témat našich diskusních seminářů byly čirou náhodou léky, které jsou praktickými lékaři obvykle předepisovány. Diskuse rychle ukázala, a jistě to nebylo poprvé v dějinách medicíny, že tím z daleka nejčastěji používaným lékem je ve všeobecné praxi lékař sám, tj. že to, co je důležité, není jen lahvička s lékem nebo krabička s tabletami, ale způsob jak je lékař svému pacientovi předepíše. Ve skutečnosti celá atmosféra, ve které je lék předepsán a užíván. Zjistili jsme, že o farmakologii tohoto léku nevíme skoro nic. Vyjádřeno jazykem medicíny to znamenalo, že neexistuje učebnice, ve které by bylo možné vyhledat informace o dávkování této drogy „lékař“, tj. sebe sama, jaká léková forma by měla být použita, jaké jsou její terapeutické a udržovací dávky atd. Dalším nedostatkem je chybění zkoumání možných rizik tohoto léku, nežádoucích vedlejších účinků, možných alergií. . .“

Projekt představoval směr výzkumu a výcviku. Probíhal formou diskusních skupin, které se skládaly z 8–10 praktických lékařů a jednoho až dvou psychiatrů.

Materiálem pro diskuse byly zkušenosti praktických lékařů s jejich pacienty, o nichž referoval ten či onen z nich. V diskusích bylo omezeno používání písemných materiálů na minimum, lékaři byli vyzváni k tomu, aby o své práci s pacienty referovali zcela volně. Z počátku problémy definovali jako následující otázku: Proč dochází tak často k tomu, že navzdory upřímné snaze na obou stranách je vztah mezi pacientem a lékařem neuspokojivý a často dokonce nešťastný? Jinými slovy, proč dochází k tomu, že zrovna lékařem evidentně svědomitě předepsaná léčba nepůsobí tak, jak by působit měla? Jaké jsou příčiny tohoto nežádoucího stavu a vývoje a jak jim můžeme předcházet?“

Základní podmínkou fungování v balintovské skupině (BS) se tedy jeví nejen zájem o reakce pacienta, ale i zájem o vlastní reakce na pacienta. (Př.:lékař některého pacienta nosí v hlavě více než ostatní, před návštěvou některého pacienta prožívá lékař významnější negativní nebo pozitivní pocity než před návštěvou jiných pacientů apod.)

BS umožňuje hledání nevyssloveného a nevědomého, toho, co se odehrává mezi lékařem a pacientem. (Př.: svádivé chování pacientky vůči lékaři neuvědomovaného charakteru)

BS propracovává kontakt s realitou pacienta a lékaře. Dá se předpokládat, že terapie bude tím účinnější, čím více se realita pacienta bude překrývat s realitou lékaře. (Př.: vyčerpaný lékař vnímá úzkost pacienta jako agresivitu, lékař nabízí dle svého přesvědčení nejlepší lék, ten nezabírá, protože pacient očekává ten, co dobře zabral sousedce).

Pacient se v průběhu BS zpřítomňuje. (Př.: lékař vypráví o nespolupracujícím pacientovi, skupina uvažuje o možných zdrojích této nespolupráce, má fantazie o životní historii pacienta, o jeho situaci, potřebách, vztazích, skrytých motivech...).

### Praxe balintovských skupin

Skupina v klasické podobě je tvořena maximálně 10 účastníky a jedním nebo dvěma vedoucími. Návrh BS může proběhnout jednorázově, vícenásobně nahodile nebo také pravidelně. Z pravidelné účasti je profit největší. Na BS je dobré přicházet s eventuální nabídkou reference případu, tj. mít na mysli např. problematického pacienta, komplikovanou situaci na pracovišti (vztahy s kolegy, ostatními zdravotníky, nadřízenými, event. institucemi apod.).

BS se staly v řadě zemí EU nedílnou součástí postgraduálního vzdělávání praktických lékařů. Mezinárodní konference balintovských lektorů jsou místem výměny zkušeností jednotlivých zemí.

### Struktura balintovské skupiny

1. účastníci nabízejí své případy, jeden z nich je vybrán, referující se označuje jako protagonista
2. expozice - část BS, ve které protagonista vypráví svůj případ
3. fáze dotazů - kdy se účastníci ptají na další souvislosti, důraz je kladen na okolnosti vztahu pacient - lékař
4. fáze volných asociací účastníků, protagonista pouze naslouchá, fantazie se mohou týkat čehokoliv, co účastníky k pronesenému napadne. Tato část umožňuje protagonistovi rozšířit porozumění a vnímání předneseného případu.
5. v této fázi účastníci sdělují své představy o tom, co by dělali na místě protagonisty
6. protagonista se vyjadřuje k proběhlé BS

Standardní doba trvání BS je 1,5 hod.

### Balintovské skupiny u nás

V našich krajích se od 80. let předchozího století stávají průkopníky BS doc. MUDr. Jaroslav Skála, doc. PhDr. Jiří Kocourek, prim. MUDr. Zdeněk Mrázek, PhDr. Jiří Růžička, PhD., MUDr. et PhDr. Poněšický, PhD., který působí v SRN a nyní také v ČR a další odborníci. Byla vycvičena další generace balintovských lektorů působících dosud - viz webové stránky stránky balintovské sekce Psychoterapeutické společnosti ČLS JEP

Jak nynější praxe BS ukazuje, několik míst v republice tuto metodu nabízí, např. IPVZ pod organizací doc. MUDr. Berana v Praze, Středisko psychoterapeutických služeb v Praze 1, Břehové 3 atd.

BS jsou akreditovány v rámci Psychoterapeutické společnosti jako vzdělávací akce ČLK, avšak lze je pojmát také ve smyslu intenzivnějšího chápání bio-psycho-sociálního modelu člověka. Tak, jak jsou začleněny např. na Fakultě psychosociálních studií na Praze 4 rektora Dr. J. Růžičky, PhD., či v libereckém Středisku psychosomatické a rodinné terapie dr. Chvály a dr. Trapkové a dalších psychosomatických pracovištích. Nyní např. také proběhly pro praktické lékaře v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví v listopadu a prosinci 2008.

Balintovská sekce Psychoterapeutické společnosti ČLS JEP dává na internetu nahlédnout k možnostem této práce v českých podmínkách, uvádí i kontakty na jednotlivé lektory.

BS lze aplikovat samostatně i ve formě kursu, jako další vzdělání či vzdělávání lékařů a dalších terapeutů.

### Kazuistika 1

33letá obvodní lékařka referuje případ. Neví si rady s pacientem. Je opakovaně volána na návštěvu k muži, jehož příznaky vždy svědčí pro podezření na infarkt myokardu. Opakovaně ho odesílá k hospitalizaci, ze které je záhy propuštěn a opět se brzy ozývá se stejnou problematikou. Lékařka pacienta mnohokrát pečlivě vyšetřila, nejen ona, ale i kolegové internisté na poliklinice i v nemocnici. Diagnóza infarktu myokardu nepotvrzena. Přesto obtíže vzbuzují obavy z dalšího vývoje. Kolegyně líčí v odborných termínech obtíže muže středních let. Ráda by mu pomohla. Objednává jej k dalšímu kardiologickému konsiliu. Absolvoval i vyšetření u psychiatra, který konstatoval neurózu a doporučil anxiolytikum. Kolegyně má k pacientovi dobrý vztah, chápe jeho obtíže, současně se obává stále předepisovat anxiolytika.

Dotazy skupiny směřují k upřesnění případu, ukazuje se, že jde o hezkého ženatého otce jednoho dítěte, středoškoláka, upraveně vyhlížejícího, na rodinné poměry se lékařka nechtěla více ptát, aby nebyla dotěrná. Pacient jí občas přinese květiny nebo bonboniéru, když „je mu dobře“, aby záhy volal pro nesnesitelnost obtíží a strach z infarktu. Dotyčný je znám po celé poliklinice jako nepříjemný pacient, každý prý se jej chce zbavit, kolegové ho opovažují za simulanta.

V další fázi BS se kolegové dotazují na způsob vyšetřování, na počet pacientů, které lékařka ošetří za hodinu apod. Z charakteru dotazů kolegů lze odečíst vzrůstající podráždění vůči pacientovi, protagonistka neústupně trvá na tom, že jde o milého a hodného člověka, který je nějak nepochopen lékaři a vlastně i jí samotnou. Neví však jak na to, aby mu pomohla.

Účastníci mají fantazie o tom, že protagonistka je v ordinaci emocionálně zahlcována a vystavena nepohodě, kterou nevnímá dostatečně. Mají bohaté fantazie o tom, co všechno by mohly jeho potíže vyjadřovat.

V závěrečné fázi BS skupina vyjadřuje sympatie a podporu lékařce vzhledem k její snaze věci porozumět a ochotě pomoci. Většina zúčastněných by se nezříkala starostlivosti, někteří by případ předali, jiní nechali pacienta „pořádně dlouho ve špitále“, kolega upozorňuje na možnost odebrat ještě jednou podrobněji jeho osobní anamnézu.

Na úplný závěr protagonistka vyjadřuje svoje překvapení nad odlišnými postoji kolegů k pacientovi, odlišné postoje jí umožňují větší odstup a úlevu od emočního tlaku pacienta na ni. Zvažuje možnost rozhovoru o rodinném a pracovním zázemí pacienta.

### Kazuistika 2

Referuje 63letý lékař. Přišel na nové místo, kde již mnoho let byla stále tatáž sestra, která svůj obvod dobře znala a měla velký zájem o pacienty. Než lékař přišel, bylo místo několik měsíců volné. Úřadovala pouze sestra, vydávala potvrzení, zařizovala protetické pomůcky, a další záležitosti, které mohla zprostředkovat nebo byly v její kompetenci. Lékař měl po půl roce společné práce v ordinaci pocit, že ho sestra nerespektuje, že spolu skrytě nevycházejí, že ho vlastně neposlouchá a snad i bojkotuje, že mu stěžuje práci.

Fáze otázek: padalo mnoho otázek ohledně sestry, jak vypadá, jak se chová, jaké je její rodinné zázemí, s kým spolupracovala dříve. Zda je mu sympatická, zda si myslí, že je schopná, ap. Další otázky se týkaly dřívějších zkušeností lékaře se sestrami, jaké jsou jeho požadavky na sesterskou práci.

Fáze fantazií se týkala moci a ambicí sestry, také analogie fungování lékaře-sestry s manželstvím se všemi jeho klady i záporů. Účastníci spekulovali, zda by sestra chtěla lékaře řídit, když svůj obvod zná, nebo zda mu chce pomáhat a očekává jeho ocenění.

Ve fázi „já na vašem místě bych...“ zaznělo hodně taktických doporučení a diplomatických návrhů, ale také představy o střetu, který vymezí, kdo rozhoduje.

Reflexe: Pro referujícího lékaře byla představa analogie s manželstvím uvolňující a otvírala možnost méně bojovného nastavení. Uvědomil si, že ve vzájemném boji o moc se ztratila možnost sestru ocenit a využít jejího profesního potenciálu.

### **Použitá literatura:**

Michael Balint: Lékař, jeho pacient a nemoc

Peter Hawkins, Robin Shohet: Supervize v pomáhajících profesích

MUDr. Helena Kuželková

Psychiatrická a psychotherapeutická ordinace

Na Mlejnu 26/992

140 00 Praha 4 tel. 2444 66 483

MUDr. Romana Hronová

Středisko psychotherapeutických služeb Břehová s.r.o.

Břehová 3, Josefův, Praha 1, 110 00

Tel.: 222 324 027

V případě zájmu o účast na BS se můžete obrátit na naše e-mailové adresy:

[hkuzelkova@seznam.cz](mailto:hkuzelkova@seznam.cz), [hronova.romana@seznam.cz](mailto:hronova.romana@seznam.cz)

**O KOMUNIKACI S DUŠEVNĚ NEMOCNÝM A JEHO RODINOU VÍCE VE  
2. ČÁSTI BROŽURY (NALEZNETE NA [WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE](http://WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE)).**

# ADRESÁŘ KRIZOVÝCH SLUŽEB A LINEK DŮVĚRY V ČESKÉ REPUBLICE

určených psychiatrickým pacientům a osobám v krizi

## PRAHA (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE NÁZVU SLUŽBY)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Centrum krizové intervence v Psychiatrické léčebně Bohnice	Psychiatrická léčebna Bohnice Centrum krizové intervence Ústavní 91 181 03 Praha 8	telefon: 284 016 110 (sesterma) cki@plbohnice.cz www.plbohnice.cz	krizové centrum nonstop celá populace
Centrum pomoci závislým	Rodvinovská 3 140 00 Praha 4	telefon: 261 261 481	krizové centrum, ambulantní program závislí na drogách
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov – krizové oddělení	Krizové oddělení Medkova 2 142 00 Praha 4	telefon: 261 227 944 mobil: +420 777 612 279 dpsmedkova@centrum.cz www.ondrejov.cz	krizové oddělení pacienti s psychotickou poruchou, rodinní příslušníci
Dětské krizové centrum, o.s.	V Zápolí 1250/21 141 00 Praha 4 - Michle	telefon: 241 480 511 fax: 241 480 511 dkc@ditekrize.cz www.dkc.cz	krizové centrum děti
Help-linka Alzheimerovské společnosti	Gerontologické centrum Šimůnkova 1600 182 00 Praha 8	telefon: 283 880 346 martina.rokosova@gerontocentrum.cz www.alzheimer.cz	linka důvěry denně 8-20 hod. senioři, příbuzní
Chat Linky bezpečí	Sdružení Linka bezpečí Ústavní 91/95 181 21 Praha 8	www.linkabezpeci.cz	chat otevřen Po, Út, Čt a So 15 - 17 hod. a 19 - 21 hod. děti do 18 let a studenti do 26 let
Internetová poradna Linky bezpečí	Sdružení Linka bezpečí Ústavní 91/95 181 21 Praha 8	pomoc@linkabezpeci.cz www.linkabezpeci.cz	odpovědi na e-mail do 3 pracovních dnů děti a dospívající



Název	Adresa	Kontakty	Popis
Internetová poradna <a href="http://www.stopstigma.cz">www.stopstigma.cz</a>	Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Rehořova 10 130 00 Praha 3	telefon: 222 811 122 <a href="mailto:cmhcd@amhcd.cz">cmhcd@amhcd.cz</a> <a href="http://www.stopstigma.cz">www.stopstigma.cz</a>	odpovědi do 7 pracovních dní celá populace
Krizové centrum pro studenty	Praha	telefon: 283 880 816	telefonická krizová linka studenti
Krizové centrum RIAPS	Chelčického 39, 130 00 Praha 3 – Žižkov	telefon/fax: 222 586 768 (8-16 hod.) telefon: 222 582 151 (16-8 hod., víkendy) <a href="mailto:riaps@csspraha.cz">riaps@csspraha.cz</a> <a href="http://www.csspraha.cz">www.csspraha.cz</a>	krizové centrum nonstop celá populace
Linka bezpečí	Sdružení Linka bezpečí Ústavní 91/95 181 21 Praha 8	telefon: 116 111 nebo 800 155 555 <a href="http://www.linkabezpeci.cz">www.linkabezpeci.cz</a>	bezplatná telefonická linka krizové pomoci nonstop děti a mládeži
Linka důvěry Centra sociálních služeb Praha	Non stop Linka důvěry Chelčického 39 130 00 Praha 3 - Žižkov	telefon: + 420 222 58 06 97 - zdarma <a href="mailto:linka.duvery@csspraha.cz">linka.duvery@csspraha.cz</a>	linka důvěry nonstop celá populace odpověď e-mailem do 5 pracovních dní
Linka důvěry Centra krizové intervence Bohnice	Psychiatrická léčebna Bohnice Centrum krizové intervence Ústavní 91 181 03 Praha 8	telefon: 284 016 666 <a href="mailto:cki@plbohnice.cz">cki@plbohnice.cz</a> <a href="http://www.plbohnice.cz">www.plbohnice.cz</a>	telefonická krizová intervence nonstop dospělí
Linka důvěry Dětského krizového centra	Dětské krizové centrum V Zápolí 1250/21 141 00 Praha 4 - Michle	telefon: 241 484 149 <a href="mailto:problem@ditelkrize.cz">problem@ditelkrize.cz</a> <a href="http://www.dkc.cz">www.dkc.cz</a>	telefonická linka důvěry nonstop děti odpověď na e-mail do 2 pracovních dnů
Linka důvěry Diakonie	Diakonie ČCE Belgická 22 120 00 Praha 2	<a href="mailto:linka.duvery@diakonieccc.cz">linka.duvery@diakonieccc.cz</a> <a href="http://www.soscentrum.cz">www.soscentrum.cz</a>	odpověď na e-mail do 3 pracovních dnů

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka pomoci v krizi	Praha	telefon: 974 834 688	linka důvěry nonstop příslušníci a zaměstnanci rezortu Ministerstva vnitra a rodinní příslušníci
Linka psychopomoci	Česká asociace pro psychické zdraví Jelení 9 118 00 Praha 1	telefon: 224 214 214 psychopomoc@capz.cz www.psychopomoc.cz	poradenství, telef. intervence informace o dušev. poruchách. Po-Pá 9-21 hod. odpověď na e-mail do 5 pracovních dnů
Linka seniorů	Elpida Bartolomějská 11 110 00 Praha 1	telefon: 800 200 007 linkasenioru@elpida.cz www.elpida.cz	linka důvěry Po-Pá 8-20 hod. senioři
Linka vzkaz domů Linky bezpečí	Sdružení Linka bezpečí Ústavní 91/95 181 21 Praha 8	telefon: 800 111 113 nebo 724 727 777 (tarif dle operátora) www.linkabezpeci.cz	děti a mláďatví, které situace v rodině, ve škole nebo ústavním zařízení donutí k úteků nebo o něm uvažují.
Otevřená linka armády	Sředisiko pro komunikaci s veřejností Otevřená linka armády Vítězné náměstí 4 160 01 Praha 6 - Dejvice	telefon: 220 210 200 telefon: 220 210 255 otevrenalinka@army.cz www.army.cz/otevrenalinka	deně 8-22 hodin, pevná linka zdarma
Rodičovská linka Linky bezpečí	Sdružení Linka bezpečí Ústavní 91/95 181 21 Praha 8	telefon: 840111234 - z celé ČR za místní tarif info@linkabezpeci.cz www.linkabezpeci.cz	poradenská a informační služba pro vojáky v činné službě, jejich rodiče nebo blízké osoby a ostatní veřejnost
Růžová linka pro děti	Ruská 87 100 00 Praha 10 (budova 3. LF UK v Praze, budova 19. 2. p.)	telefon: 272 736 263 ruzovalinka@centrum.cz www.ruzovalinka.cz	telefonická krizová intervence a poradenství především pro rodiče, prarodiče a členy rodiny. Pomoc v krizi týkající se jejich dětí. Po, St, Pá 13-16 hod., Út, Čt, 16-19 hod.
Senior telefon	Žitov 90 Karolíny Světlé 18 110 00 Praha 1	telefon: 800 157 157 telefon: 222 233 555 senioritelefon@zivot90.cz www.zivot90.cz	telefonická linka pro děti a mládež ve stavu akutní krize
			linka důvěry nonstop senioři

Název	Adresa	Kontakty	Popis
SOS centrum Diakonie	Diakonie ČCE Belgická 22 120 00 Praha 2	telefon: 222 521 912, 222 514 040 telefon: 777 734 173, 728 047 416 sos@diakonie.cz www.socentrum.cz	krizové centrum Po-Ne 9-20 hod. celá populace
SANANIM – kontaktní centrum	Osadní 2 170 00 Praha 7	telefon: 283 872 186 (poradenská linka) kacko@sananim.cz www.sananim.cz	krizové centrum Po 13-20, Út, St, Čt 9-20, Pá 12-20 hod., víkendy a svátky 13-20 hod. uživatelé drog

## STŘEDOČESKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka důvěry, o.s.	Kladno	telefon: 312 684 444 ldkladno@aga.cz	linka důvěry nonstop celá populace
Centrum krizové intervence o. s. Povídej	Občanské sdružení Povídej Česká 235 284 01 Kutná Hora	telefon: 327 511 701 telefon: 327 515 144 linkaduvyry.kh.cz	krizové centrum celá populace
Linka důvěry o.s. Povídej	Občanské sdružení Povídej Česká 235 284 01 Kutná Hora	telefon: 327 511 111 telefon: 602 874 470 linkaduvyry@kh.cz linkaduvyry.kh.cz	linka důvěry nonstop odpověď na e-mail do 4 pracovních dnů
Linka důvěry SOS	Václavkova 950 293 01 Mladá Boleslav	telefon: 326 741 481 ldmb_webzdarma.cz	linka důvěry Po-Pá 10-18 hod.

## JIHOČESKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka důvěry České Budějovice, o.p.s	Nádražní 105/47 370 01 České Budějovice 6	telefon: 387 313 030 lcb@seznam.cz	linka důvěry nonstop
Krizové centrum ARKÁDA	Husovo náměstí 2/24 397 01 Písek	telefon: 382 211 300 info@arkada-pisek.cz www.arkadacentrum.cz	krizové centrum Po - Pá 8–18 hod.
Linka důvěry ARKÁDA	Husovo náměstí 2/24 397 01 Písek	telefon: 382 222 300 www.arkadacentrum.cz	linka důvěry Po-Pá 8–22 hod.
Krizové a kontaktní centrum o.s. Prevent	Komenského 174 (naproti vchodu do Teplárny) 386 01 Strakonice	telefon: 388 310 147 kacko.prachatice@os-prevent.cz www.os-pravent.cz	krizové centrum, linka důvěry pro uživatele drog
Poradenská linka k problematice drogových závislostí CITADELA	Chelčického 1-2 379 01 Třeboň	telefon: 384 722 227	linka důvěry drogové závislíl
Linka důvěry	Vimperk	telefon: 388 414 140	krizové centrum Pá 10–18 hod.

## PLZEŇSKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka dětské pomoci	Pízeň	telefon: 377 260 221 telefon: 603 444 192	linka důvěry
Linka důvěry a psychologické pomoci (EPOCHE)	EPOCHÉ Zábělská 43 312 00 Plzeň	telefon: 377 462 312 telefon: 605 965 822 fax: 377 462 313 ld.plzen@atlas.cz www.epoche.cz	linka důvěry celá populace nonstop
Linka důvěry pro děti a mládež	Rokycany	telefon: 371 722 111	linka důvěry Po-St 7–18 hod., Čt-Pá 7–16 hod.

## KARLOVARSKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka důvěry	Cheb	telefon: 354 438 777	linka důvěry
KOTEC - kontaktní a krizové centrum	Boženy Němcové 453/5 353 01 Mariánské Lázně	telefon: 354 602 955 ml@kotec.cz www.kotec.cz	krizové centrum, internetové poradenství, protidrogová prevence uživatelé drog
Linka naděje	Karla Hynka Máchy 1266 356 00 Sokolov	telefon: 352 622 962	linka důvěry Po-Pá 16-20 hod.

## ÚSTECKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka duševní tísně, Most k naději o.s.	Dům humanity P. Jilemnického 1929 434 01 Most 1	telefon: 476 701 444 ldt.most@seznam.cz www.k-centrum.com	linka důvěry, poradenství nonstop uživatelé drog
Centrum krizové intervence o.s. Spirála	O.s. Spirála K chatám 22 403 40 Ústí nad Labem	telefon: 596 912 612 spirala.cki@volny.cz www.volny.cz/spirala.cki	krizové centrum celá populace
Kontaktní centrum pro drogově závislé Drug Out	Velká Hradební 13/47 400 01 Ústí nad Labem	telefon: 475 210 626 telefon: 475 211 483 fax: 475 211 483 drugout@mbox.vol.cz www.drugout.cz	krizové centrum, poradenství drogově závislí
Linka pomoci Centra krizové intervence o.s. Spirála	O.s. Spirála K chatám 22 403 40 Ústí nad Labem	telefon: 475 603 390 www.volny.cz/spirala.cki	linka pomoci celá populace
Linka důvěry	Ústí nad Labem	telefon: 475 600 789	linka důvěry nonstop

## LIBERECKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka důvěry	Česká Lípa	telefon: 487 853 210 LinkaDuvery.CL@seznam.cz www.sweb.cz/linkaduvery.cl	Po-Pá 8-20 hod. celá populace
Linka důvěry Liberec	CIPS LK, p.o. Tanvaldská 269 460 00 Liberec	telefon: 485 177 177 telefon: 485 106 464 mobil: 605 450 044 odpovim@napismi.cz www.linkaduveryliberec.cz	linka důvěry - telefonická krizová intervence nonstop odpověď na e-mail do 7 pracovních dnů

## KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Krizová linka ambulance pro drogové závislosti	Hradec Králové	telefon: 495 515 907 telefon: 602 163 739	krizová linka nonstop drogově závislí
Linka důvěry	Hradec Králové	telefon: 495 273 259	linka důvěry nonstop
Linka pro tebe	Náchod	telefon: 491 428 188	linka důvěry Po-Čt 9-19, Pá 9-12 hod.

## PARDUBICKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Krizová linka Dětského krizového centra Dětské krizové centrum (Centrum J. J. Pestalozziho)	Chrudim Štěpánkova 108 537 01 Chrudim	telefon: 469 623 899 kc@pestalozzi.cz www.pestalozzi.cz	krizová linka krizové centrum, internetové poradenství

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Krizové centrum KROK	Purkyňova 14 568 02 Svitavy	telefon: 461 532 604	krizové centrum
Linka důvěry	Svitavy	telefon: 461 541 541 linka.duvery@svitavy.cz	krizové centrum Po-Pá 7-21 hod., záznamník
Linka důvěry	Ústí nad Orlicí	telefon: 465 524 252 www.linkaduveryuo.wz.cz	linka důvěry nonstop celá populace

### KRAJ VYSOČINA (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Kontaktní centrum drogových závislostí Třebíč	Hybešova 10 674 01 Třebíč	telefon: 568 840 688 www.kcentrumoe.cz	krizové centrum uživatelé drog

### JIHOMORAVSKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Charitní linka důvěry	Blansko	telefon: 516 410 668 soslina.blansko@caritas.cz blansko.charitas.cz	linka důvěry nonstop
Oblastní charita Blansko	Komenského 19 678 01 Blansko	telefon: 516 417 351 blansko@caritas.cz krizovapomoc.blansko@caritas.cz blansko.charitas.cz	sociální služby, poradenství, krizová pomoc, celá populace
Krizové centrum pro děti a dospívající	Hapalova 4 621 00 Brno-Řečkovice	telefon: 547 192 078 info@krizovecentrum.cz www.krizovecentrum.cz	krizové centrum dětí a dospívající

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Krizové centrum při FN Brno (Psych. klinika)	Jihlavská 20 625 00	telefon: 532 232 078 telefon: 547 212 333 (linka naděje) fbrmo@fbrmo.cz www.fbrmo.cz	krizové centrum linka naděje nonstop
Linka Anabell	Dům lékařských služeb Anabell Bratislavská 2 602 00 Brno	telefon: 848 200 210 (linka Anabell) telefon: 542 214 014 posta@anabell.cz iporadna@anabell.cz www.anabell.cz	linka důvěry – krizová intervence Po-Pá 8-16 hod. odpověď na e-mail do 5 pracovních dnů poruchy příjmu potravy
Linka naděje	Brno	telefon: 547 212 333	linka důvěry nonstop
Modrá linka o.s.	Lidická 50 658 12 Brno	telefon: 549 241 010 telefon: 608 902 410 fax: 549 524 104 help@modralinka.cz www.modralinka.cz	krizové centrum, linka důvěry - telefonická krizová intervence denně 9-21 hod. děti a mládež
Spondea, Krizové centrum pro děti a mládež	Sýpka 25 613 00 Brno	telefon: 541 235 511 telefon: 608 118 088 krizovapomoc@spondea.cz www.spondea.cz	krizové centrum nonstop děti a mládež
Spondea, Linka důvěry	Brno	telefon: 541 235 511 telefon: 608 118 088 krizovapomoc@spondea.cz www.spondea.cz	linka důvěry telefonická a internetová nonstop
Linka důvěry	Hodonín	telefon: 518 341 111 linkaduvyry.hodonin@seznam.cz http://www.ccsystem.cz/duvera	linka důvěry denně 16-22 hod.
Linka naděje	Znojmo	telefon: 515 220 202	linka důvěry Po-Pá 7-15 hod.



## OLOMOUCKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Centrum krizové intervence	Dolní náměstí 33 772 00 Olomouc	telefon: 585 223 737 telefon: 585 223 453	krizové centrum linka pomoci
Středisko sociální prevence	Na vozovce 26 779 00 Olomouc	telefon: 585 414 600 www.ssp-ol.cz	telefonická krizová pomoc krizová pomoc pro děti a mládež
Linka pomoci psychiatrické kliniky FN Olomouc	Olomouc	telefon: 558 441 111	linka důvěry

## ZLÍNSKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Linka důvěry	Purkyňova 702 767 00 Kroměříž	telefon: 573 331 888	linka důvěry nonstop
Linka důvěry	Hřbová 1561 755 01 Vsetín	telefon: 571 413 300 mobil: 731 122 900 ld@vs.inext.cz	linka důvěry nonstop
Krizové centrum DOMEK	Česká 4789 760 00 Zlín	www.inext.cz/linka telefon: 577 242 786 telefon: 606 818 818	krizové centrum
Linka SOS	Zlín	telefon: 577 431 333 sos@zlin.cz www.soslinka.zlin.cz/cz	linka důvěry nonstop celá populace

## MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ (ŘAZENO ABECEDNĚ PODLE SÍDLA SLUŽBY NEBO PROVOZOVATELE)

Název	Adresa	Kontakty	Popis
Krizové centrum Ostrava	Nádražní 196 709 00 Ostrava	telefon: 596 110882-5 telefon: 732 957 193 krizovecentrum@kriceos.cz www.kriceos.cz	krizové centrum non stop celá populace
Linka důvěry Havířov	Havířov	telefon: 596 410 888 linkaduvery@ssmh-havirov.cz www.help-psych.cz/havirov	linka důvěry nonstop celá populace
Linka důvěry Karviná	Karviná	telefon: 596 318 080 linkaduvery-karvina@seznam.cz www.help-psych.cz/karvina	linka důvěry nonstop celá populace
Linka důvěry Opava	Opava	telefon: 553 616 407 linka.duvery@chartaopava.cz www.help-psych.cz/opava	linka důvěry denně 10 – 18 hod. celá populace

**ADRESÁŘ ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ PACIENTY V PRAZE  
NALEZNETE V CELÉM ZNĚNÍ BROŽURY NA WWW.CMHCD.CZ/PUBLIKACE.**



**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**  
Centre for Mental Health Care Development

**RWE**  
The energy to lead

**Patron vzdělávací činnosti organizace.**

**Na [WWW.STOPSTIGMA.CZ](http://WWW.STOPSTIGMA.CZ)  
naleznete tyto užitečné informace:**

1. internetová poradna (odpovědi jednou týdně psychiatr a klinický psycholog)
  2. seznam kontaktů na psychiatrické služby v celé ČR
  3. Informace o základních psychiatrických poruchách (pro odborníky, pacienty i příbuzné)
    - poruchy osobnosti
    - poruchy nálady
    - schizofrenní poruchy
    - neurotické poruchy
    - poruchy příjmu potravy
    - dětská psychiatrie
- a další.