

Metoda krizové intervence:

Metodická příručka

OBSAH

Úvod ... 3
1 Metoda krizové intervence ... 4
1.1 Definice krizové intervence ... 4
1.2 Formy krizové intervence ... 5
1.2.1 Prezenční krizová intervence / tváří v tvář ... 5
1.2.2 Distanční krizová intervence ... 6
1.3 Základní principy krizové intervence ... 7
1.4 Rizika a limity krizové intervence ... 10
1.4.1 Rizika krizové intervence ... 10
1.4.2 Limity krizové intervence ... 12
1.5 Etapy krizové intervence ... 14
2 Postoje, role a kompetence intervenujících ... 17
2.1 Postoj intervenujících ... 17
2.2 Autenticita a připravenost stát se nástrojem stabilizace ... 17
2.3 Strukturovaný a bezpečný rámec rozhovoru ... 18
2.4 Tempo, rytmus a práce s tichem ... 18
2.5 Tón hlasu a způsob mluvy ... 18
2.6 Další kompetence intervenujících ... 19
3. Modely krizové intervence a další metody práce s krizí využívané v zahraničí ... 22
3.1 Porovnání modelů krizové intervence používaných v Česku a v zahraničí ... 22
3.2 Distanční krizová pomoc v zahraničním kontextu ... 24
3.2.1 Příklad zahraniční praxe - dánský konverzační model ... 25
3.3 Další metody akutní stabilizace při krizových a mimořádných událostech ... 27
3.5 Krátké strukturované online intervence ... 31
3.6 Krátké strukturované protokoly ... 32
Závěr ... 33
Literatura ... 34

Co-funded by
the European Union

Financováno Evropskou unií. Názory vyjádřené jsou názory autora a neodráží nutně oficiální stanovisko Evropské unie či Evropské výkonné agentury pro vzdělávání a kulturu (EACEA). Evropská unie ani EACEA za vyjádřené názory nenese odpovědnost.

Úvod

Publikace propojuje současné poznatky o metodě krizové intervence s příklady dobré praxe z České republiky i ze zahraničí. Vznikla mimo jiné díky mezinárodní spolupráci v rámci programu Erasmus+, která umožnila sdílení zkušeností mezi českými a dánskými odborníky na krizovou intervenci.

Významnou součástí publikace je představení komunikačního modelu dánské krizové linky Startlinjen, se kterým se autorky seznámily během odborné stáže. Tento model představuje inspirativní přístup k vedení krizového rozhovoru, zejména při práci s dlouhodobě opakovaně volajícími. Poznatky získané v průběhu této spolupráce se následně staly jedním z podkladů pro revizi a další rozvoj metodiky práce Linky seniorů v oblasti podpory dlouhodobě opakovaně volajících.

Publikace nabízí ucelený pohled na krizovou intervenci jako odbornou metodu. Úvodní kapitoly vymezují její definici, formy poskytování, základní principy, etapy, kompetence intervenujících i rizika a limity této metody. Součástí je také popis strukturovaného průběhu krizově-intervenčního rozhovoru doplněný praktickou kazuistikou, která ilustruje využití jednotlivých etap v praxi.

Další část publikace je věnována současným zahraničním přístupům ke krizové intervenci. Přináší srovnání nejvýznamnějších českých a zahraničních modelů krizové intervence, shrnuje aktuální poznatky o efektivitě distanční krizové pomoci a podrobně představuje komunikační model dánské krizové linky Startlinjen. Součástí je rovněž přehled dalších přístupů využívaných při práci s lidmi v akutní psychické krizi, včetně metod akutní stabilizace, interdisciplinárních mobilních krizových týmů, krátkých online intervencí a strukturovaných bezpečnostních protokolů.

Publikace je určena psychologům a psycholožkám, sociálním pracovníkům a pracovnicím, krizovým interventům a interventkám, studujícím pomáhajících profesí i dalším odborníkům, kteří se ve své praxi setkávají s lidmi v akutní psychické krizi. Věříme, že přispěje k dalšímu rozvoji odborné diskuse o metodě krizové intervence a nabídne inspiraci pro každodenní praxi i další metodický rozvoj krizových služeb.

1 Metoda krizové intervence

1.1 Definice krizové intervence

Krizová intervence představuje jednu ze základních metod psychosociální pomoci. Její význam je v odborné literatuře zdůrazňován již od poloviny 20. století (Lindemann, 1944; Caplan, 1964). Přesto je pojem „krizová intervence“ v praxi používán nejednotně. Někdy bývá chápán široce – jako jakákoli pomoc poskytovaná člověku v krizi bez ohledu na použitý postup. V odborném smyslu však *krizová intervence* označuje specifickou, metodicky ukotvenou a časově omezenou metodu práce s lidmi, která využívá strukturovaný rozhovor a jejímž cílem je stabilizace. V tomto užším významu je pojem v této publikaci používán.

Vodáčková (2020) popisuje krizovou intervenci jako krátkodobý, cílený a strukturovaný odborný postup, jehož cílem je pomoci znovu nastolit psychosociální rovnováhu a snížit riziko dekompenzace. Zdůrazňuje zejména orientaci na přítomný okamžik, realistické krátkodobé cíle a využití verbální práce jako hlavního prostředku intervence. Podobně Špaténková (2011) definuje krizovou intervenci jako intenzivní psychologický proces, který využívá specifické techniky vedoucí ke snížení emočního napětí a k mobilizaci zdrojů. Podle ní je krizová intervence charakteristická rychlostí, strukturou a vytvořením bezpečného prostoru, v němž lze postupně dojít k obnovení schopnosti kontroly nad situací.

Krizová intervence je určena lidem, kteří se ocitli v akutním psychickém nebo psychosociálním přetížení a jejich dosavadní copingové strategie přestávají stačit. Často jde o situace spojené s náhlou ztrátou, traumatickou událostí, ohrožením, náročným rozhodováním či jinými životními zvraty.

Kromě podpůrné a stabilizační funkce má krizová intervence i funkci preventivní. Vodáčková (2020) zdůrazňuje, že včasné poskytnutí krizové intervence může významně snížit riziko rozvoje dlouhodobějších psychických obtíží. Krizová intervence působí jako ochranný faktor proti rozvoji posttraumatické stresové poruchy nebo jiných forem maladaptivního zpracování zátěže. Výzkumy ukazují, že včasná stabilizace a snížení emočního rozrušení mohou pomoci regulovat akutní stresovou reakci a zabránit jejímu „zaseknutí“ do podoby traumatu (McFarlane & Bryant, 2007; Everly & Mitchell, 2008). Z tohoto pohledu není krizová intervence jen odpovědí na probíhající krizi, ale také preventivním nástrojem, který při správném načasování a provedení pomáhá zabránit rozvoji traumatu.

Metoda krizové intervence je primárně určena pro práci s jednotlivci, reaguje na jejich aktuální potřeby emočního napětí a na dynamiku situace (Vodáčková, 2020). Některé techniky krizové intervence lze využít i v jiných kontextech, například při hromadných neštěstích, avšak metoda jako celek není pro práci se skupinou vhodná.

V praxi bývá krizová intervence také někdy zaměňována za terapeutickou práci nebo za přístupy zaměřené na zpracování traumatu. Krizová intervence je však metodou, jejímž cílem je rychlá úleva a stabilizace, nikoliv vyléčení, a je orientovaná na aktuální prožívání klienta. Caplan (1964, s. 83) popisuje krizovou intervenci jako formu první pomoci při psychických potížích (*direct intervention*), která obnovuje funkční rovnováhu člověka v krizi, a nikoli jako nástroj dlouhodobé léčby či změny jeho osobnosti.

Její účinnost potvrzují i výzkumy zabývající se vlivem krátkých strukturovaných intervencí realizovaných v akutním kontaktu s klientstvem (zejména v prostředí urgentní či krizové péče). Jednou z takových intervencí je právě krizová intervence tak, jak je jako metoda definovaná. Ze studií vyplývá, že intervence tohoto typu snižují riziko následného suicidálního jednání (Doupnik et al., 2020; Nuij et al., 2021). V tomto smyslu je krizová intervence jedním z těchto účinných stabilizačních postupů (Roberts, 2005; Everly & Mitchell, 2008).

Účinnost krizové intervence je zároveň ukotvena již v klasickém Caplanově pojetí krize, které chápe krizi jako narušení rovnováhy mezi nároky situace a dostupnými copingovými zdroji (Caplan, 1964). Krizová intervence směřuje k obnovení této rovnováhy prostřednictvím snížení emočního napětí, strukturování situace a mobilizace zdrojů, čímž podporuje návrat k adaptivnímu fungování.

Krizovou intervenci tedy můžeme chápat jako krátkodobý, strukturovaný a intenzivní odborný zásah určený jednotlivcům v akutní krizi. Metoda stojí na verbální práci, jejím cílem je stabilizace, redukce napětí a posílení zdrojů. Není terapií ani nástrojem pro hluboké zpracování, ale představuje klíčovou formu psychosociální pomoci s významným preventivním potenciálem.

1.2 Formy krizové intervence

Krizová intervence může být realizována v různých formách, které se liší zejména způsobem kontaktu, mírou synchronnosti komunikace a komplexností dostupných informací. Základní rámec členění v českém prostředí poskytuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, který však pracuje s pojmem krizová pomoc, nikoli s krizovou intervencí jako metodou. Krizová pomoc je v zákoně definována jako terénní, ambulantní nebo pobytová služba poskytovaná osobám v situaci ohrožení zdraví nebo života (§ 60). Samotný pojem krizová intervence je v tomto kontextu chápán jako odborný postup realizovaný v rámci této služby. Zákon rozlišuje formy poskytování podle organizačního uspořádání služby (terénní, ambulantní, pobytová), nikoli podle způsobu komunikace.

Upřesnění k formám poskytování přináší vyhláška č. 505/2006 Sb., která v § 20 (telefonická krizová pomoc) již explicitně pracuje s pojmem distanční krizová pomoc, definovaným jako krizová práce realizovaná prostřednictvím prostředků komunikace na dálku. V této publikaci proto používáme pojem distanční krizová intervence jako zastřešující označení pro všechny formy krizové intervence realizované bez přímého fyzického kontaktu, tedy zejména telefon, chat, e-mail a online komunikaci.

Z hlediska formy poskytování lze tedy krizovou intervenci rozdělit na prezenční tváří v tvář a distanční.

1.2.1 Prezenční krizová intervence / tváří v tvář

Míra synchronnosti komunikace: *vysoká*
Míra komplexnosti kontaktu: *vysoká*

Prezenční krizová intervence probíhá v přímém kontaktu s osobou v krizi. Může být realizována ambulantně (např. krizová centra, poradny) nebo terénně (např. výjezdy do místa krizové události nebo do místa bydliště).

Komunikační specifika:

- možnost práce s neverbální komunikací (mimika, postoj, gesta, celkový výraz, projevy emocí),
- využití paralingvistiky (tón hlasu, tempo, pauzy),
- práce s nesouladem mezi verbální a neverbální složkou,
- širší využití osobní přítomnosti a regulace prostředím.

Limity a zátěž: plná expozice emocím druhé osoby, vyšší nároky na vědomou práci s vlastním neverbálním projevem, v některých situacích i otázky fyzické bezpečnosti.

Výhodou této formy je komplexnější posouzení situace a širší možnosti práce s člověkem v krizi. Limitem je nižší dostupnost a nutnost fyzické přítomnosti (Roberts, 2005; Vodáčková, 2020).

1.2.2 Distanční krizová intervence

Distanční krizová intervence je poskytována bez přímého fyzického kontaktu prostřednictvím komunikačních technologií. V českém prostředí má dlouhou tradici zejména v podobě krizových linek a linek důvěry.

Telefonická krizová intervence

Míra synchronnosti komunikace: *vysoká*
Míra komplexnosti kontaktu: *střední*

Telefonická krizová intervence patří k nejrozšířenějším formám. Je typická pro krizové linky a linky důvěry.

Komunikační specifika:

- práce je založena výhradně na hlasové komunikaci,
- absence vizuálních podnětů zvyšuje význam aktivního naslouchání a strukturování rozhovoru,
- důraz na paralingvistické prvky (intonace, tempo, hlasitost, pauzy),
- vyšší míra anonymity, která může zvyšovat otevřenost.

Limity a zátěž: částečná senzorická deprivace (chybějící vizuální informace) zvyšuje interpretační nejistotu a kognitivní náročnost práce.

Telefonická forma umožňuje rychlý kontakt a vysokou dostupnost služby, ale klade vysoké nároky na komunikační dovednosti intervenujících (Špaténková, 2011; James & Gilliland, 2013).

Chatová krizová intervence

Míra synchronnosti komunikace: *střední*
Míra komplexnosti kontaktu: *nízká*

Chatová krizová intervence probíhá v reálném čase prostřednictvím psaného textu a je v současnosti významnou součástí služeb.

Komunikační specifika:

- komunikace probíhá psanou formou bez hlasu a neverbálních signálů,
- nutnost explicitního pojmenovávání emocí a významů,
- práce s proměnlivým tempem (rychlé vstupy × prodlevy bez reakce),
- zvýšené riziko nedorozumění vyplývající z interpretace textu,
- vysoká míra anonymity.

Specifikem je nutnost adaptace intervenčních technik do psané podoby a zvýšený důraz na přesnost formulací (Barak et al., 2008).

Online (video) krizová intervence

Míra synchronnosti komunikace: vysoká
Míra komplexnosti kontaktu: střední až vysoká

Online krizová intervence prostřednictvím videohovorů kombinuje prvky prezenční a distanční práce.

Komunikační specifika:

- částečný přístup k neverbální komunikaci,
- kombinace hlasových a vizuálních informací,
- potřeba aktivně vytvářet pocit bezpečí na dálku,
- práce s technickými limity (kvalita přenosu, výpadky).

Jednotlivé formy krizové intervence se liší svými možnostmi i limity. Distanční formy významně zvyšují dostupnost služby a umožňují kontakt i v situacích, kdy není možné využít prezenční péči, současně však kladou vyšší nároky na komunikační kompetence intervenujících. Prezenční forma naopak umožňuje komplexnější práci, ale je méně flexibilní z hlediska dostupnosti.

Volba formy krizové intervence by měla vycházet z potřeb konkrétní osoby v krizi, charakteru krizové situace a dostupnosti služeb. V praxi se jednotlivé formy často kombinují a navazují na sebe.

1.3 Základní principy krizové intervence

Krizová intervence, jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, může být realizována v různých formách, které se liší mírou dostupných informací, způsobem komunikace i nároky na intervenující. Bez ohledu na tyto rozdíly však jednotlivé formy sdílejí společný metodický rámec, který určuje, jakým způsobem je intervence vedena a jakých cílů má dosahovat. Tento rámec je vyjádřen prostřednictvím základních principů krizové intervence.

Základní principy představují obecná vodítka, která usměrňují rozhodování intervenujících v průběhu kontaktu s člověkem v krizi a pomáhají volit vhodné techniky s ohledem na situaci

tohoto člověka. Nejde o rigidní pravidla ani lineární postup, ale o orientační opěrné body, které zajišťují, že intervence zůstává bezpečná, cílená a v souladu s potřebami osoby v krizi. Vymezení těchto principů je proto důležité nejen pro teoretické uchopení metody, ale především pro její aplikaci v praxi.

Srovnání české a zahraniční odborné literatury ukazuje, že základní principy krizové intervence jsou vymezovány obdobně a vykazují značnou míru konzistence. Tyto principy vycházejí ze samotné podstaty krizové intervence a jejích cílů a reflektují základní potřeby osob v akutní psychické krizi (James & Gilliland, 2013; Roberts, 2005; Špatenková, 2017). Na základě české odborné literatury, zahraničních modelů krizové intervence a vlastní praktické zkušenosti považujeme za hlavní principy krizové intervence okamžitost, dostupnost, bezpečí, individualitu, zaměření na přítomnost, komplexnost péče, posílení kompetencí a návaznou péči (Baštecká, 2005; Roberts, 2005; Vodáčková, 2020; Špatenková, 2017).

Okamžitost

Okamžitost znamená, že krizová pomoc musí být poskytnuta co nejdříve po vzniku krizové situace. Rychlá reakce je zásadní pro minimalizaci psychické újmy, stabilizaci zasažené osoby a prevenci dalšího zhoršení (James & Gilliland, 2013; Roberts, 2005). V praxi se tento princip projevuje zejména nepřetržitou dostupností krizových linek, možností rychlého zásahu pohotovostních a terénních týmů, okamžitým vyhodnocením naléhavosti a rizik, a také rychlou diagnostikou situace spojenou s mobilizací potřebných zdrojů (Everly et al., 2012; Špatenková, 2017). K nejčastějším technikám patří krátké stabilizační rozhovory, telefonické krizové poradenství s okamžitou odezvou, terénní zásahy přímo u potřebných a prioritizace podle stupně ohrožení. Díky těmto postupům okamžitost pomáhá předcházet eskalaci krize, snižuje riziko ohrožení zdraví či života a vytváří základní podmínky pro efektivní stabilizaci (Baštecká, 2005).

Dostupnost

Princip dostupnosti znamená, že krizová pomoc musí být snadno dosažitelná pro všechny, kteří ji potřebují, a to bez ohledu na věk, pohlaví, vzdělání, etnický původ či zdravotní omezení (Roberts, 2005; Vodáčková, 2020). Nabízená pomoc by tedy měla minimalizovat překážky, které by ohroženému člověku bránily v jejím využití, jako jsou finance, místo či čas. V praxi se dostupnost projevuje poskytováním bezplatné a anonymní pomoci, využitím moderních komunikačních kanálů, přizpůsobením času a místa poskytování či zajištěním přístupnosti pro osoby se zdravotním postižením (Špatenková, 2017). Konkrétními příklady mohou být nepřetržitě dostupné krizové linky, chatové místnosti nebo krizová centra, výjezdní týmy na místa neštěstí, online setkání na podporu odolnosti při mimořádných událostech a koordinace s dalšími institucemi, které mohou osobám v krizi zajistit potřebnou podporu (Everly et al., 2012).

Bezpečí

Princip bezpečí se na jedné straně týká zajištění fyzického bezpečí před zahájením intervence, na druhé straně pak vytváření důvěrného a bezpečného prostoru během samotné krizové intervence (Baštecká, 2005; Hermanová, 2024).). Konkrétní podoba naplňování tohoto principu se zároveň liší v závislosti na formě krizové intervence. Vždy je v prvé řadě potřeba

zajistit fyzické bezpečí zasažených, například jejich oddělením od případné agresivní osoby nebo ověřením, že si v dané situaci neublíží. Součástí zajištění fyzického bezpečí je také ochrana intervenujících. Během samotné intervence musí být vytvořeno prostředí, ve kterém je možné svobodně vyjadřovat své pocity bez obav z odsuzování či diskriminace, a současně v relativně krátkém čase je budován vztah založený na respektu, empatii a jasných hranicích (Vodáčková, 2020; Hermanová, 2024). V praxi se tento princip projevuje například zajištěním klidného a bezpečného prostoru pro konzultaci, respektováním tempa osoby v krizi, domluvou základních pravidel spolupráce, využitím deeskalačních technik či uzavřením bezpečnostního plánu (no-harm kontrakt) u suicidálních osob (Špatenková, 2017).

Individualita a respekt k jedinečnosti

Princip individuality a respektu k jedinečnosti vychází z předpokladu, že každý člověk a jeho prožívání krize jsou jedinečné, a proto neexistuje univerzální postup vhodný pro všechny situace (Roberts, 2005; Kanel, 2015). Intervenující se snaží maximálně respektovat osobní zkušenosti, hodnoty, potřeby a zdroje osoby v krizi, což zvyšuje účinnost krizové intervence a podporuje motivaci ke spolupráci (Baštecká, 2005). V praxi to znamená, že zjišťuje konkrétní situaci dané osoby a flexibilně přizpůsobuje volbu nástrojů a technik jejím možnostem, namísto rigidního používání univerzálních postupů. Mezi konkrétní techniky patří mapování situace pomocí otevřených otázek, volba mezi facilitujícím a direktivnějším přístupem či empatické reflexe slyšeného (Vodáčková, 2020).

Zaměření na přítomnost

Princip zaměření na přítomnost, někdy označovaný jako princip „tady a teď“, znamená, že krizová intervence se soustředí především na aktuální situaci a prožívání, nikoli na vzdálenou minulost či budoucnost (James & Gilliland, 2013; Špatenková, 2017). V praxi to znamená podporu identifikace aktuálních problémů a emocí, pomoc s jejich regulací a stabilizací a zaměření rozhovoru na konkrétní kroky, které lze realizovat v nejbližší době. Tento přístup pomáhá snížit pocit zahlcení, získat kontrolu nad situací a nacházet praktická řešení (Roberts, 2005). Mezi vhodné techniky patří kognitivní restrukturalizace zaměřená na aktuální myšlenky, krátkodobé řešení problémů, groundingové techniky podporující ukotvení v přítomném okamžiku a aktivní naslouchání (van der Kolk, 2021; Hermanová, 2024).

Komplexnost

Princip komplexnosti péče znamená, že krizová intervence se nesoustředí pouze na psychickou stránku, ale stejným dílem zahrnuje všechny oblasti našeho života, tedy tělesnou, psychickou, sociální a spirituální dimenzi (Baštecká, 2005; Vodáčková, 2020). Součástí krizové intervence je tedy komplexní bio-psycho-sociální hodnocení zdravotního, psychického a sociálního stavu dané osoby, mapování jejích sociálních podmínek a domácí situace a plánování následných kroků a služeb.

V praxi se komplexnost může projevovat např. mezioborovou spoluprací (v krizových centrech je multidisciplinární tým často složen z lékařů/lékařek (psychiatrů a psychiatriček), zdravotních sester a bratrů, psychologů/psycholožek a sociálních pracovníků a pracovnic, popř. právníků/právniček) nebo odkazem na další služby a propojením různých forem podpory podle potřeb daného člověka (Špatenková, 2017). Mezi konkrétní techniky patří

mapování zdrojů a rizik, zapojení podpůrných sítí, poskytování informací a odkazů na návazné služby.

Posílení kompetencí

Princip posílení kompetencí vychází z přesvědčení, že každý z nás má své vlastní jedinečné schopnosti, síly a zdroje k překonání náročné situace (Roberts, 2005; Kanel, 2015). Intervenující nepřebírá odpovědnost za druhého člověka a jeho život, ale posiluje víru v jeho schopnosti zvládnout nastalou krizi, podporuje jej ve vlastním rozhodování a pomáhá mu hledat vlastní způsoby, jak danou situací projít. Takto pojatá krizová intervence posiluje samostatnost a nezávislost a pomáhá budovat odolnost zvládat podobné situace v budoucnu (Baštecká, 2005).

Techniky reflektující tento přístup zahrnují facilitaci rozhodovacího procesu, práci s vnitřní motivací, nalezení a rozpoznání vlastních zdrojů a copingových strategií, posilování sebevědomí, reflexe podporující regulaci emocí a vedení k aktivní účasti na intervenci (Vodáčková, 2020).

Zajištění návazné péče

Princip návazné péče zdůrazňuje, že krizová intervence nekončí stabilizací akutního stavu, ale měla by pokračovat zajištěním podpory v následujícím období (James & Gilliland, 2013; Roberts, 2005). Cílem je zabránit opětovnému propadu do krizového stavu a zároveň průběžně plánovat dlouhodobější řešení, která umožní stabilnější a bezpečnější fungování. . Prostor pro tuto systematickou a cílenou práci často vzniká právě až poté, co akutní fáze odezní – tehdy je ale klíčové na ni navázat a nezůstat jen u jednorázového zásahu.

V praxi se tento princip realizuje plánováním následných kontaktů či kontrol, doporučením dalších odborných služeb, například psychoterapie, zdravotní nebo sociální péče. Důležitou součástí je také poskytnutí edukačních materiálů či nabídka zapojení do podpůrných skupin (Špatenková, 2017).

1.4 Rizika a limity krizové intervence

Jak vyplývá z předchozích kapitol, účinnost krizové intervence spočívá především v rychlosti, dostupnosti, zaměření na přítomnost s cílem stabilizovat emoční i fyziologický stav, popřípadě v časném předání do návazných služeb. Tyto charakteristiky však zároveň vymezují přirozené limity krizové intervence a přinášejí specifická rizika, která je třeba reflektovat jak na úrovni teoretické, tak v každodenní praxi intervenujících.

1.4.1 Rizika krizové intervence

Rizika vyplývající z nedostatečné odborné připravenosti

Tak jako v každé metodě může i v krizové intervenci ohrozit účinnost a bezpečí podpory nesprávný přístup intervenujících. Rizikem je například neznalost vhodné techniky, kdy intervenující nezná metody práce s emocemi, jako je reflexe nebo legitimizace, a bagatelizuje či přehlíží pocity osoby v krizi. Dalším rizikem je nevhodná volba techniky, kdy metoda je teoreticky vhodná, ale v dané chvíli neodpovídá aktuálním potřebám druhé osoby. Například aplikace debriefingové techniky u člověka, který ještě nebyl stabilizován, může vést k zahlcení

a frustraci. Konečně, i správná a vhodná technika může být špatně aplikována, pokud chybí odborná příprava, zkušenosti, vysvětlení postupu nebo souhlas druhé strany, což může vést k pocitu zmatení, frustraci a snížení účinnosti intervence, i když nedojde ke zhoršení stavu (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2020).

Příklad: *Klientka sdílí silnou úzkost po ztrátě kontaktu s blízkou osobou. Intervent se pokusí použít dechovou relaxaci, ale neověří, zda klientka rozumí postupu, nevysvětlí účel a zároveň použije příliš intenzivní techniku, která pro klientku není vhodná v daném okamžiku. Výsledkem je, že klientka se cítí zmatená a frustrovaná.*

Chybné posouzení závažnosti situace

V akutní krizi může být obtížné rychle a přesně posoudit závažnost situace, včetně míry suicidálního rizika, přítomnosti psychotických symptomů, rizika násilí vůči druhým či potřeby hospitalizace. Chyby v posouzení mohou mít závažné následky, zejména pokud se krizová situace dynamicky mění. Nepřesné vyhodnocení může vést k ohrožení bezpečí dané osoby nebo jejího okolí a snížit efekt krátkodobé stabilizace. Správné posouzení závažnosti je proto klíčové pro bezpečný průběh intervence (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2020).

Příklad: *Student (19) po opakovaném neúspěchu u přijímací zkoušky uvedl, že „už to nezvládá“. Interventka tuto zprávu interpretovala jako běžný stres a neposoudila přítomnost konkrétního plánu či prostředků k sebevraždě. Následkem toho došlo během 48 hodin k pokusu o sebevraždu.*

Riziko retraumatizace

Dalším z rizik krizové intervence je možnost neúmyslné retraumatizace. Pokud intervenující překročí rámec krizové intervence a začne otevírat hlubší témata bez možnosti jejich následného zpracování, může dojít k destabilizaci, zvýšení úzkosti či opětovnému prožití traumatické zkušenosti (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2021; Hermanová, 2024). Příliš rychlé otevírání traumatických témat, nevhodně formulované otázky nebo tlak na sdílení mohou aktivovat traumatickou paměť. Zvláště citlivé je to u osob s historií zneužívání, násilí či komplexního traumatu, kde je nezbytné postupovat velmi opatrně a prioritně se zaměřit na stabilizaci a pocit bezpečí. Hlavní chybou je předčasná detailní explorace traumatu, která může vést k destabilizaci. Intervenující proto musí respektovat tempo druhého člověka a soustředit se výhradně na stabilizaci, uzemnění a podporu pocitu bezpečí, zatímco hlubší terapeutická práce je odložena do návazné péče (Hermanová, 2024).

Příklad: *Klientka Jana (27) po autonehodě přichází v akutní úzkosti. Intervenující se na počátku rozhovoru zeptá na přesný průběh havárie a detaily toho, co viděla, což vede k jejímu silnému emočnímu rozrušení, zrychlenému dýchání a nutnosti ukončit konzultaci. Hlavní chybou byla příliš rychlá a detailní explorace traumatu v akutní fázi, místo aby byla použita stabilizační podpora, validace emocí a odložení detailů na pozdější návaznou péči.*

Riziko přecenění verbální práce

Specifickým rizikem krizové intervence je přecenění významu verbálního rozhovoru. V akutní krizi bývá schopnost racionálního uvažování a symbolického zpracování výrazně oslabena v důsledku aktivace autonomního nervového systému. Pokud intervenující setrvává pouze na

úrovni slovního rozhovoru, může se stát, že druhá osoba není schopna nabízené informace přijmout nebo využít. V těchto situacích je nezbytné kombinovat verbální práci s tělesně orientovanými technikami (Ogden et al., 2006; Polyvagální Institut CZ, 2024).

Riziko závislosti na intervenci

V kontextu krizové intervence lze za významné riziko považovat možnost vzniku nadměrné závislosti klientstva na intervenujících. Může k němu dojít například v situaci, pokud intervence přesahuje své časové vymezení nebo pokud intervenující přebírá příliš odpovědnosti za problémy daného člověka. V takových případech se podpora může proměnit v opakovanou závislou podporu, kdy tento člověk vyhledává pomoc každodenně a spoléhá na rozhodování intervenujících, místo aby aktivoval vlastní zdroje a okolní sociální podporu (Vodáčková, 2020).

Příklad: *Petr (35) po rozchodu volá na krizovou linku každý večer, vyžaduje „stejného člověka" a žádá rozhodnutí, co má dělat. Intervence se stává neúčinnou a závislostní, protože nejsou dodrženy časové hranice a cíle, zároveň klient není adekvátně odeslán do návazné péče, například do psychoterapie nebo do poradny pro mezilidské vztahy, kde by mohl pod odborným vedením prozkoumat a zpracovat své obtíže.*

Sekundární traumatizace a vyhoření intervenujících

Součástí rizik spojených s výkonem krizové intervence je i sekundární traumatizace a vyhoření intervenujících. Dlouhodobé vystavení náročným případům – například situacím zahrnujícím násilí, sebevražedné tendence nebo akutní krize – bez adekvátní supervize a podpory může vést k pocitům vyčerpání a marnosti. Tyto pocity negativně ovlivňují kvalitu poskytované péče a zvyšují riziko chyb v intervenci. Intervenující se mohou v krizových situacích uchylovat k neúčinným strategiím, například zkratkovitému myšlení, přehnané kontrole nebo nesprávnému hodnocení zvládnutelnosti situace (Baštecká, 2005; Vodáčková, 2020).

Příklad: *Tým intervenujících po sérii náročných případů hlásí nespavost, podrážděnost a cynismus. Nedostatek supervize a podpory vedl k pocitům vyhoření a snížení kvality péče.*

1.4.2 Limity krizové intervence

Krátkodobost péče

Krizová intervence je svou povahou časově omezenou formou odborné pomoci, zpravidla realizovanou jednorázovou konzultací v délce 50–90 minut nebo několika málo setkání, přičemž celková doba spolupráce obvykle nepřesahuje několik týdnů (orientačně 4–6 týdnů). Toto časové vymezení předurčuje její charakter i možnosti: nenahrazuje dlouhodobou psychoterapii, nezaměřuje se na zpracování hlubokých traumat ani na systematickou práci s osobnostní strukturou člověka a nesměřuje k dlouhodobé změně. Zaměřuje se výhradně na aktuální problém a jeho bezprostřední dopady. Pokud obtíže přetrvávají, prohlubují se nebo se ukáže jejich chronický charakter, je indikováno navazující předání do dlouhodobější terapeutické či jiné odborné péče (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2020).

Zaměření na přítomný okamžik

Účinnost krizové intervence je omezena tím, že intervenující po ukončení kontaktu obvykle nemá možnost sledovat další vývoj situace ani ověřit, zda doporučené kroky byly skutečně realizovány. Intervence se zaměřuje na okamžitou stabilizaci a práci „tady a teď". Efekt dlouhodobé změny je závislý na následné aktivitě klientstva a dostupnosti návazné péče, přičemž intervenující nemá nástroje pro vynucení dalšího jednání. Tato nejistota může vyvolávat pocity bezmoci či zvýšené odpovědnosti, avšak neovlivňuje samotný princip a hranice metody (Schore, 1994; Siegel, 2012; Vodáčková, 2020).

Práce s omezeným množstvím informací

Dalším významným limitem krizové intervence je práce s omezeným množstvím informací, neboť se zaměřuje především na to, co je v daném okamžiku nejvíce akutní. Neodebírá se podrobná anamnéza; mapována je pouze určitá výseč života a intervenující pracuje bez detailní znalosti širšího životního kontextu. V distančních formách krizové intervence navíc chybí neverbální a paraverbální informace, které jinak představují významný zdroj orientace v aktuálním psychickém stavu druhé osoby. Tyto skutečnosti mohou zvyšovat riziko zkresleného porozumění situaci, zjednodušených interpretací či nevhodně zvolených intervencí (Porges, 2011; Najavits, 2020; Vodáčková, 2020).

Hranice krizové intervence

Krizová intervence není psychoterapií, diagnostikou ani dlouhodobou léčbou. Jejím cílem není hluboké zpracování traumat, řešení dlouhodobých vztahových vzorců ani systematická práce s osobností. Přesto se intervenující často setkává s lidmi, jejichž aktuální krize je úzce propojena s dlouhodobými psychickými obtížemi, traumatickou historií nebo psychiatrickou symptomatikou. Tento limit vymezuje hranice toho, co krizová intervence může efektivně pokrýt, a zdůrazňuje nutnost zachovat jasné rozlišení mezi krátkodobou stabilizací a dlouhodobou terapeutickou či diagnostickou péčí. Součástí role intervenujících je rovněž schopnost rozpoznat situace, které přesahují rámec krizové intervence, a včas zprostředkovat adekvátní návaznou zdravotnickou, terapeutickou nebo multidisciplinární péči, čímž se zajišťuje osobě v krizi bezpečí a kontinuita odborné podpory (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2020).

Specifické situace přesahující rámec intervence

Krizová intervence není vhodná pro situace a stavy, jejichž závažnost nebo povaha přesahují možnosti krizové intervence a vyžadují jiný typ odborné péče. Jedná se zejména o akutní psychotické epizody, těžké intoxikace, hluboké disociativní stavy či probíhající suicidální pokus. Protože se jedná primárně o verbální metodu, může se omezená účinnost krizové intervence projevit také u některých specifických skupin osob, které nejsou schopny takového kontaktu, tedy např. s výrazným kognitivním deficitem či právě například u výrazně intoxikovaných osob. V těchto případech není primárním cílem samotná psychická stabilizace, nýbrž zajištění bezpečí a následné zprostředkování adekvátní zdravotnické či multidisciplinární péče (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2020).

Návaznost péče v kontextu krizové intervence

Efektivita krizové intervence je do značné míry závislá na dostupnosti vhodné návazné péče. Pokud nejsou k dispozici adekvátní odborné služby, jako např. sociální služby, terapeutická nebo psychiatrická péče, efekt krátkodobé stabilizace může být pouze dočasný. Tento limit zdůrazňuje význam existence funkčního systému podpory, který umožňuje přechod od akutní krizové intervence k dlouhodobější a komplexní péči, čímž se zajišťuje bezpečí a kontinuita podpory (Vodáčková, 2020).

1.5 Etapy krizové intervence

Krizová intervence jako metoda není pouze souborem principů, ale také procesem, který se v čase určitým způsobem vyvíjí. Zatímco principy vymezují, *jakým způsobem* intervence probíhá, etapy krizové intervence popisují, *jak se tento proces v čase strukturuje* a jaké kroky intervenující postupně v kontaktu realizuje. Vymezení jednotlivých etap tak pomáhá lépe porozumět dynamice intervence, orientovat se v průběhu kontaktu a cíleně volit vhodné nástroje a techniky.

Etapovitostí rozumíme sled jasně vymezených kroků od začátku intervence přes její průběh až po ukončení intervence a zajištění následné péče. Jak ukazuje tabulka, jednotlivé modely se liší v počtu a pojmenování fází, společně ale sdílejí obecné cíle krizové intervence, tj. obnovení psychosociální rovnováhy a posílení schopnosti zvládat stresové situace.

Napříč jednotlivými modely (blíže popsáno v kapitole 3 *Modely krizové intervence a další metody práce s krizí využívané v zahraničí*) pak panuje shoda v tom, že etapy v praxi často neprobíhají lineárně. Naopak je nutné se k některým krokům vracet, jiné přeskočit nebo je modifikovat podle aktuální situace klienta.

Pro účely naší publikace jsme s ohledem na výše zmíněné modely formulovaly etapy krizové intervence následovně:

1 Navázání kontaktu a zajištění bezpečí

První fáze krizové intervence zahrnuje navázání kontaktu a vytvoření důvěryhodného kontaktu s osobou v krizi. Intervenující se představí, vyjasní svou roli a vytvoří respektující, bezpečnou a důvěryhodnou atmosféru (Kanel, 2015). Součástí je také ujištění o mlčenlivosti a krátkodobém charakteru poskytované podpory. Důležité je včasné posouzení rizika ohrožení života či zdraví – ať už jde o ohrožení samotné osoby (např. sebepoškozováním) nebo jiných lidí. V případě přítomného rizika je nezbytné přijmout adekvátní opatření a zajistit fyzické i psychické bezpečí (Everly et al., 2012).

2 Zorientování se v situaci

Ve druhé fázi se intervenující zaměřuje na zmapování situace osoby v krizi. Zjišťuje, co se stalo, kdy a kde k události došlo, jak ji osoba prožívá, jaké má potíže, potřeby a co již zkusila pro zvládnutí situace (Kleibl et al., 2021). Intervenující se snaží porozumět tomu, jaký význam má událost pro danou osobu, a získat základní přehled o jejím prožívání a dopadech situace na její aktuální fungování (Lukasová, 2014; Kopřivová & Fleková, 2021).

3 Práce s emocemi

Tato fáze poskytuje prostor pro vyjádření a zpracování emocí. Intervenující podporuje ventilaci pocitů, pomáhá je pojmenovat a regulovat, přičemž důraz klade na validaci a normalizaci prožitků – tedy ujištění, že intenzivní emoční reakce jsou v dané situaci obvyklé a pochopitelné (Kanel, 2015). V případě potřeby intervenující nabízí jednoduché stabilizační techniky, jako jsou dechová cvičení, grounding nebo krátkodobé úkoly pro snížení úzkosti a znovuzískání alespoň částečné kontroly nad situací (Everly et al., 2012; Koucká, 2018).

4 Vyjasnění zakázky a stanovení cíle

V této fázi se společně vyjasňuje, s čím osoba v krizi přichází a co od intervence očekává. Intervenující pomáhá formulovat konkrétní, krátkodobý a proveditelný cíl, který odpovídá situaci osoby v krizi (Kleibl et al., 2021). Důležitá je i práce se skrytou zakázkou – tedy s tím, co osoba nevyjadřuje přímo, ale co může být skutečným důvodem, proč kontaktuje pomáhající službu. Zakázka se může v průběhu intervence dále rozvíjet a měnit (Kocourková, 2015; Koucká, 2018).

5 Posílení zdrojů a plánování kroků k řešení situace

Na základě vyjasněné zakázky následuje fáze společného hledání způsobů, jak situaci zvládnout, a vytvoření konkrétního plánu dalšího postupu. Intervenující podporuje osobu v krizi v aktivaci jejích vlastních vnitřních i vnějších zdrojů – tedy dovedností, hodnot, předchozích zvládacích strategií, podpůrných vztahů i odborné pomoci. Dále podporuje rozvoj jejích zvládacích strategií formou praktického nácviku, nabídek využití následné pomoci a podpory apod.

Následně je vytvořen konkrétní plán dalších kroků, které může osoba podniknout po ukončení kontaktu. Plán by měl být realistický, srozumitelný, proveditelný a měl by odpovídat aktuálním možnostem, hodnotám a kapacitám dané osoby. Může zahrnovat například kontaktování blízké osoby, oslovení odborné pomoci nebo využití navazující služby. V případě rizika ohrožení by měl plán obsahovat i prvky bezpečnostního zajištění (Everly et al., 2012).

6 Ukončení intervence

Závěrečná fáze slouží k uzavření kontaktu důstojným a podpůrným způsobem, její součástí může být i ocenění odvahy obrátit se na dostupnou pomoc. Intervenující spolu s osobou shrnují hlavní momenty, zhodnotí dosažené cíle a dohodnou se na případné další podpoře. Cílem této fáze je, aby druhý člověk odcházel s jasně pojmenovanými možnostmi a s posíleným pocitem kompetence a schopnosti situaci aktivně zvládat (Kanel, 2015; Kopřivová & Fleková, 2021).

Kazuistika

Na krizovou linku se obrací žena středního věku, paní Jana, která popisuje akutní psychické obtíže v návaznosti na nedávný rozchod s partnerem. Již při úvodním kontaktu intervenující zaznamenává výraznou emoční rozrušenost klientky, projevující se zvýšenou tenzí, pláčem a pocity beznaděje. Jana spontánně zmiňuje přetrvávající nespavost, silný smutek a občasné úvahy o sebepoškození.

Intervenující představuje danou krizovou linku, objasňuje svou roli a ujišťuje klientku o mlčenlivosti i krátkodobém charakteru kontaktu. Citlivě vytváří bezpečný a důvěryhodný

prostor a zároveň provádí základní orientační posouzení míry rizika ohrožení klientky. Z rozhovoru vyplyne, že přestože Jana uvažovala o sebepoškozování, nejevila známky bezprostředního ohrožení, což umožnilo pokračovat v rozhovoru stabilizačním způsobem.

V navazující části rozhovoru se intervenující zaměřuje na orientaci v situaci klientky. Pomocí otevřených otázek zjišťuje, co se stalo, jaké události aktuálnímu stavu předcházely a jak je klientka interpretuje. Jana popisuje rozchod jako zásadní ztrátu emocionální opory a životní jistoty. Zároveň reflektuje, že již zkoušela situaci zvládnout samostatně, např. kontaktem s přáteli, ale jejich podpora jí aktuálně nestačí.

V další fázi intervence se prohlubuje práce s emocemi. Klientka spontánně pláče, což intervenující validuje jako přirozenou reakci a podporuje její ventilaci. Pomáhá klientce pojmenovávat aktuální emoce – smutek, bezmoc, frustraci – a zároveň je rámuje jako pochopitelné a legitimní vzhledem k situaci. K regulaci emočního napětí nabízí základní stabilizační techniky, např. kontrolované dýchání, a aktivně klientku v jejich použití podporuje.

Jana postupně vyjadřuje, že jejím hlavním přáním je alespoň částečně zvládnout přítomné úzkosti a zklidnit se natolik, aby mohla čelit běžnému fungování. Intervenující tuto potřebu překládá do konkrétního, krátkodobého cíle: emoční stabilizace a posílení dostupné podpory v okolí klientky. Dále napomáhá klientce identifikovat její vnitřní zdroje – schopnost se otevřeně svěřit, kontakt s blízkou kamarádkou – a nabízí i informace o externích formách podpory, např. odborné poradenství nebo terapeutické služby.

Z této práce přirozeně vyplývá tvorba konkrétního plánu dalšího postupu. Jana si stanovuje, že po ukončení hovoru kontaktuje svou kamarádku, využije doporučené relaxační techniky a v případě zhoršení se opět obrátí na krizovou linku nebo vyhledá jinou odbornou službu . Intervenující nabízí také rámcový bezpečnostní plán pro případ zhoršení psychického stavu a zajišťuje, aby Jana měla potřebné informace o navazujících službách.

Na závěr intervence dochází k rekapitulaci průběhu rozhovoru. Intervenující oceňuje klientčinu otevřenost a odvahu vyhledat pomoc, vyjadřuje uznání za její aktivní přístup a připomíná, že krizová linka je jí i nadále k dispozici.

2 Postoje, role a kompetence intervenujících

Krizová intervence je specifická nejen svými cíli a postupy, ale také nároky, které klade na intervenující osobu. Intervenující v průběhu kontaktu nevystupuje v emočně neutrální expertní roli, kde jde pouze o cílené využití technik krizové intervence. Intervenující jsou aktivním nástrojem pomoci, jejichž aktuální kapacita pro vyrovnání se s intenzivními emocemi, odolnost vůči zátěži, ale také dlouhodobější charakteristiky, jako postoje, způsob uvažování a schopnost rozhodování, významně ovlivňují průběh i efekt intervence. Odborná literatura opakovaně zdůrazňuje, že kvalita kontaktu a způsob vedení rozhovoru jsou v krizové intervenci zásadní (Roberts, 2005; James & Gilliland, 2013).

2.1 Postoj intervenujících

Základním východiskem interventské role je nesoudící a nehodnotící přístup k osobě v krizi. Tento postoj zahrnuje respekt k jejímu prožívání, hodnotám i způsobům zvládání situace, a to i v případě témat, která mohou být pro intervenující osobně náročná (např. suicidalita) či dokonce v rozporu s jejich osobním hodnotovým rámcem. Nehodnotící přístup vytváří podmínky pro otevřenost a důvěru, které jsou pro krizovou intervenci klíčové (Rogers, 1957; Špatenková, 2017).

Součástí tohoto postoje je také respekt k autonomii druhého člověka. Intervenující ho nevede direktivně k „správnému řešení“, ale doprovází ho v jeho situaci a podporuje jeho vlastní rozhodování. Tento přístup lze metaforicky popsat jako "jít vedle", nikoli před nebo za druhou osobou.

2.2 Autenticita a připravenost stát se nástrojem stabilizace

Významnou složkou interventské role je autenticita, tedy schopnost přítomnosti v kontaktu, vnitřní konzistence a srozumitelnosti. Autenticita neznamená sdílení osobních informací, ale soulad mezi tím, co intervenující prožívá, a jak působí navenek (Rogers, 1957).

Dalším z nároků na osobnost intervenujících je připravenost být plně k dispozici pro navázání kontaktu s druhým člověkem na nejhlubší neurobiologické úrovni. Klidný, empatický a strukturovaný kontakt působí jako významný koregulační mechanismus. Intervenující prostřednictvím svého tónu hlasu a tempa řeči, způsobem reagování a schopností zůstat v kontaktu pomáhá osobě v krizi postupně snižovat míru její fyziologické i emoční aktivace. Z neurobiologického hlediska tím podporuje regulaci autonomního nervového systému a napomáhá tak postupné deaktivaci stresové reakce, což vede k vyváženějšímu fungování mezi aktivací a regulací, kdy je možné současně cítit emoce a zároveň udržet schopnost přemýšlet, orientovat se a rozhodovat. Tento stav bývá v odborné literatuře popisován jako návrat do tzv. okna tolerance, tedy rozmezí, v němž člověk dokáže zvládat vnitřní napětí bez zahlcení nebo kolapsu (Porges, 2011; Siegel, 2012).

Regulační účinek krizově-intervenčního rozhovoru se uskutečňuje prostřednictvím několika vzájemně propojených procesů. Předvídatelná struktura rozhovoru a srozumitelné reakce intervenujících snižují nejistotu, která je v krizi jedním z hlavních zdrojů stresové aktivace. Zkušenost, že je člověk skutečně slyšen a že jeho prožívání někdo sdílí, zmírňuje pocit

osamělosti a izolace. Klidný rytmus rozhovoru podporuje zpomalení fyziologické aktivace a převádění chaotického prožitku do slov umožňuje základní kognitivní integraci – člověk začíná své prožívání vnímat jako pojmenovatelné a uchopitelné.

Tyto procesy dohromady tvoří vztahovou koregulaci: ve chvíli, kdy je schopnost autoregulace oslabená, poskytuje druhá osoba (v tomto případě intervenující) dočasně regulační oporu. Na tomto procesu se podílejí i mechanismy tzv. sociální rezonance, které jsou v odborné literatuře někdy vysvětlovány prostřednictvím zrcadlových neuronálních systémů (Bonini, 2022). Nejde však o mechanické napodobování emocí, ale o interpersonální naladění, v němž se nervový systém jedné osoby může opřít o stabilní a regulovaný stav druhého člověka. Osoba v krizi skrze tuto zkušenost získává pocit bezpečí – „někdo mě slyší, rozumí mi a zůstává se mnou“ – což je základní podmínkou zklidnění a obnovy regulačních schopností.

Nestačí však pouhá přítomnost či snaha porozumět; účinná stabilizace se opírá o specifické parametry, které umožňují koregulaci prožívání a vytvářejí bezpečný rámec pro další práci. Zahraniční i česká odborná literatura zabývající se krizovou intervencí a poradenskou komunikací tyto parametry popisuje poměrně shodně (Porges, 2011; Špaténková, 2011; Vodáčková, 2020; James & Gilliland, 2013; Egan, 2014).

2.3 Strukturovaný a bezpečný rámec rozhovoru

Intervenující udržuje srozumitelnou a přehlednou strukturu rozhovoru, aniž by druhou osobu přerušoval nebo nadměrně řídil. Struktura se projevuje například tím, že intervenující průběžně sleduje rozhovor z odstupu, vnímá, v jaké fázi se rozhovor i druhá osoba nachází, a plánuje další krok. Strukturovaný rámec neznamená rigiditu ani kontrolu, ale vytváření tzv. “přehledného prostoru”. Druhý člověk má možnost volně vyjadřovat své prožívání, úlohou intervenujících je pomoci mu, aby se neztrácel v chaosu či nebyl zahlcen vlastním vyprávěním. Jasný začátek, průběžné ověřování a zdůrazňování důležitých momentů a srozumitelné zakončení rozhovoru jsou součástí této struktury a v krizové situaci významně přispívají k pocitu jistoty a předvídatelnosti (Vodáčková, 2020; James & Gilliland, 2013).

2.4 Tempo, rytmus a práce s tichem

V krizi často potřebujeme více času na zpracování informací i na formulaci toho, co prožíváme. Intervenující proto vědomě zpomaluje tempo, nechává prostor pro pauzy a ticho a nesnaží se rozhovor „posouvat“ rychle kupředu. Práce s tichem zde není pasivitou, ale aktivně používanou technikou – té se budeme více věnovat později. Vodáčková (2020) v tomto kontextu používá pojem *provázení*: intervenující jde s druhým člověkem v jeho tempu a rytmu, sleduje jeho vyprávění a připojuje se k němu s cílem porozumět, nikoli řídit. Takové sladění podporuje pocit respektu a důvěry. Naopak uspěchané otázky, skákání do řeči nebo tlak na rychlá řešení mohou zvyšovat stresovou aktivaci a narušovat regulační účinek rozhovoru.

2.5 Tón hlasu a způsob mluvy

Hlas druhé osoby je významným nástrojem regulace. Klidný, vyrovnaný a laskavý tón hlasu má přímý vliv na zklidnění nervového systému. Naopak ostrý, chladný nebo příliš naléhavý

způsob mluvy může v krizové situaci působit jako další stresor. Polyvagální teorie zdůrazňuje význam prozodie – melodie, intonace a zabarvení hlasu – jako signálu bezpečí. Jemná, přirozená intonace podporuje stav sociálního zapojení a klidu, zatímco monotónní nebo tvrdý hlas může udržovat autonomní nervový systém jedince ve stavu reakce na ohrožení (Porges, 2011).

Kromě tónu hlasu je důležitá i srozumitelnost vyjadřování. V krizi je schopnost člověka zpracovávat informace snížená, proto je vhodné mluvit jednoduše, v kratších větách, s jasným členěním a bez odborného žargonu. Dále se doporučuje volit tišší hlas, zpomalit tempo řeči a vědomě nechávat prostor pro nadechnutí. Tím se „modeluje“ klidný rytmus, na který se může druhý člověk nevědomě naladit – jde o praktický projev koregulace a interpersonální rezonance.

2.6 Další kompetence intervenujících

Triáž

Jednou z nejzásadnějších a současně nejméně viditelných kompetencí intervenujících v krizové intervenci je provádění triáže. Triáž (z francouzského *trier* – třídit) představuje proces rychlého a průběžného posuzování krizové situace s cílem rozhodnout o adekvátní formě pomoci (Myer et al., 1992; Myer & Conte, 2006).

Intervenující často pracuje v podmínkách omezeného času, neúplných informací a vysoké míry nejistoty. Právě proto je schopnost triáže klíčová – ovlivňuje nejen volbu konkrétních technik, ale především to, zda bude pomoc v dané situaci dostatečná a bezpečná.

Triáž v krizové intervenci není jednorázovým rozhodnutím na začátku kontaktu, ale kontinuálním procesem, který probíhá po celou dobu intervence. Intervenující průběžně vyhodnocuje a aktualizuje své porozumění situaci na základě nově získaných informací a změn v prožívání druhé osoby.

V rámci triáže se zvažuje zejména:

- míra aktuálního ohrožení zdraví či života,
- časová naléhavost situace,
- schopnost osoby v krizi zvládat situaci vlastními silami,
- dostupnost a funkčnost podpůrných zdrojů,
- širší kontext situace,
- možnost intervence v rámci dané služby.

Na základě tohoto posouzení pak intervenující činí klíčová rozhodnutí, která určují další směřování intervence. Intervenující například rozhoduje, zda:

- je možné situaci stabilizovat v rámci krizové intervence,
- je nutné bezodkladně zapojit další složky (např. zdravotnickou záchrannou službu, policii),
- nebo je vhodné osobu v krizi nasměrovat do jiné formy odborné péče.

Triáž tak tvoří základní osu rozhodování v krizové intervenci a zásadně ovlivňuje její efektivitu i bezpečnost. Nesprávné vyhodnocení situace může vést k podcenění rizika nebo naopak k neadekvátně intenzivní intervenci, proto je tato kompetence považována za jednu z klíčových odborných dovedností při práci s osobami v krizi (Myer & Conte, 2006).

Současně má triáž výrazný etický rozměr. Intervenující se často pohybují mezi respektem k autonomii druhého člověka a nutností zasáhnout v situacích, kdy je ohrožen jeho život či zdraví. Rozhodování v rámci triáže tak není pouze technickou dovedností, ale komplexním procesem, který zahrnuje odborný úsudek, zkušenost i etickou reflexi.

Kognitivní trojúhelník v krizové intervenci

Další z kompetencí intervenujících je rychle se zorientovat v tom, co se v kontaktu odehrává a na co zaměřit svou pozornost. A to nejen na úrovni situační (tomu se budeme věnovat později v kapitole věnované nástroji *Zorientování se v situaci*) ale také na úrovni toho, jak druhý člověk sám situaci aktuálně vnímá a symbolizuje.

Pro popis této kompetence se nám jeví užitečným tzv. kognitivní trojúhelník. Tento model pomáhá strukturovat pohled na lidské prožívání tím, že upozorňuje na tři vzájemně propojené oblasti – myšlení, emoce a chování. V kontextu krizové intervence neslouží primárně k hlubší analýze či změně vzorců, jako je tomu v terapii, ale především jako praktická orientační mapa, která umožňuje zachytit dominantní složku reakce druhé strany a přizpůsobit jí další postup intervence.

Někteří lidé jsou při prvním kontaktu zaplavení silnými emocemi a pláčem. Jiní naopak působí až chladně racionálně, „prahnou“ po řešení a vypadá to, jako by se jich situace nijak emočně nedotýkala. A pak je tu skupina lidí, kteří jsou doslova zacyklení ve svých myšlenkách – stále dokola si přehrávají, co se stalo, vyčítají si chyby či se ptají: „Proč zrovna já?“

Pro snadnou ilustraci těchto reakcí nám může posloužit právě diagram (obr. 1) znázorňující kognitivní trojúhelník. Tento jednoduchý model používaný zejména v kognitivně behaviorální terapii (KBT) nám ukazuje, že naše prožívání stojí na třech propojených pilířích, tedy myšlenkách, emocích a chování.

Zatímco v terapii slouží model k pochopení a změně vzorců, v krizové intervenci se podobný trojúhelník používá ke znázornění možných reakcí na krizi. Nicméně za tímto trojúhelníkem se v kontextu krizové intervence skrývá velmi strukturovaný nástroj, a to trojrozměrný model hodnocení krizí (Triage Assessment System, TAS).

TAS byl vytvořen pro klinickou práci za účelem rychlého posouzení stavu člověka v krizi a navržení správného postupu intervence. Ačkoliv TAS sdílí s KBT tvar rovnostranného trojúhelníka (afektivní, behaviorální a kognitivní doména), jeho teoretické ukotvení je širší a vychází z eklektického přístupu:

1. **Afektivní doména (Emoce):** Na základě výzkumů primárních emocí v krizi model sleduje, zda převažuje **hněv/nepřátelství**, **úzkost/strach** nebo **smutek/melancholie**.
2. **Behaviorální doména (Chování):** Tato část vychází z evolučně podmíněných reakcí na ohrožení. Model rozlišuje tři základní reakce: **přiblížení se** (snaha situaci aktivně řešit), **vyhýbání se** (útěk, popření) a **nehybnost** (paralyzující reakce, zamrznutí).

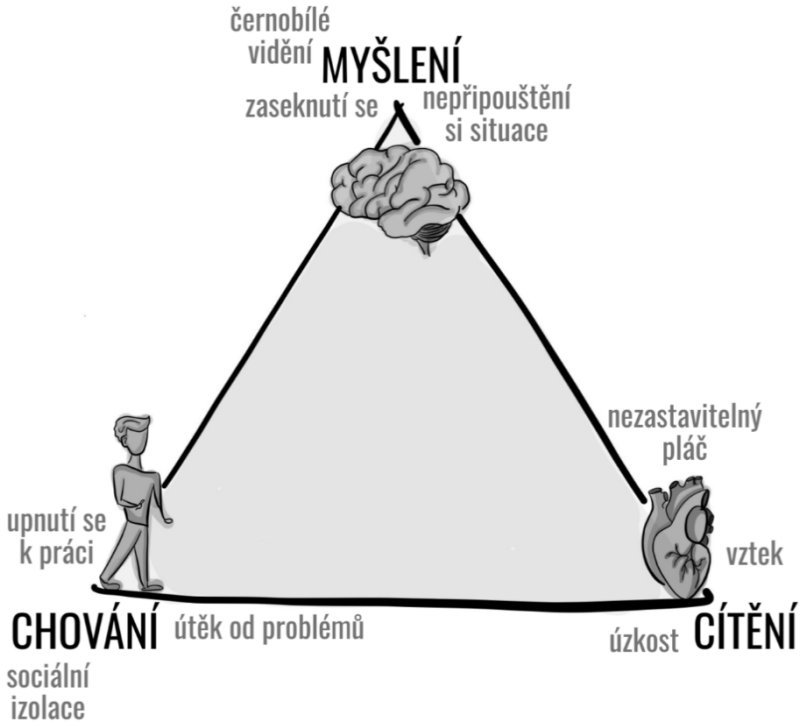
3 **Kognitivní doména (Myšlení):** Zde TAS staví na teorii stresu a zvládání Richarda Lazara (1993). Hodnotí se vnímání krizové události v čase: jako **přestupek** (událost odehrávající se převážně v přítomnosti), **hrozbu** (potenciální ohrožení v budoucnosti) nebo **ztrátu** (událost, k níž došlo v minulosti a je nevratná).

Kognitivní domény mohou na člověka dopadat ve fyzické, psychologické, sociální či spirituální rovině. Intervenující prostřednictvím formuláře hodnotí závažnost reakce na stupnici od 1 do 10 (Myer & Conte, 2006; Myer et al., 1992).

Je třeba zmínit, že samotný nástroj TAS není v běžné české praxi tak široce známý a využívaný v jeho plné, strukturované formě. Je těžké rozlišit, zda se v krizové intervenci setkáváme s „trojúhelníkem“ odvozeným přímo z TAS nebo spíše se zjednodušenou adaptací terapeutických modelů. Každopádně znalost nástroje TAS může být pro intervenující cenná. I bez nutnosti bodování na škále nám tento model nabízí užitečnou mapu oblastí, kterých je nutné si všímat. Trojúhelník afektu, chování a kognice nám ilustruje, jakým dynamickým dějem krize je.

Obrázek 1

Kognitivní trojúhelník



Poznámka. Autorkou grafického zpracování je E. Tupá

3. Modely krizové intervence a další metody práce s krizí využívané v zahraničí

Záměrem této kapitoly je přinést inspiraci ze současné zahraniční praxe. Představujeme zde přehled aktuálně využívaných a v literatuře popisovaných přístupů a modelů krizové intervence ve všech jejích modalitách (terénní, tváří v tvář, distanční) a dalších technik a přístupů při práci s akutní krizí. Kapitola čerpá z obsáhlé rešerše systematických přehledů, výzkumných zpráv a kontrolovaných studií i konkrétních výcvikových manuálů publikovaných v období 2015–2025. Dílčími cíli původní rešerše bylo zjistit, jaké metody a modely krizové intervence se v zahraničí používají, kde a jak se intervenující učí poskytovat krizovou intervenci, identifikovat klíčové kompetence a nástroje.

Během rešerše jsme narazili na problém s dohledáním konkrétních modelů a postupů. Objevují se četné studie zaměřené na výzkum efektivity krizové intervence, ale je k dispozici velmi málo zdrojů zabývajících se přímo metodou krizové intervence. Jako konkrétní příklad metody přinášíme komunikační model dánské krizové linky Startlijnen (https://startlinjen.dk/), s nímž jsme měli možnost se seznámit díky výměnné stáži v rámci projektu Erasmus+. V rámci stáže nás dánské kolegyně mj. seznámily s probíhajícím výzkumem zaměřeným na potřeby dlouhodobě opakovaně volajících a na efektivitu služeb krizové intervence u této cílové skupiny v rámci projektu RADVILD, o kterém se zmíníme dále podrobněji. Výsledky výzkumu dánského týmu budou k dispozici v roce 2027. Závěr kapitoly se také věnuje nejdiskutovanějším omezením dosavadních výzkumů v oblasti aplikace krizové intervence v praxi.

3.1 Porovnání modelů krizové intervence používaných v Česku a v zahraničí

Krizová intervence jako odborná metoda je založena na strukturovaném postupu, jehož cílem je stabilizace, podpora orientace v situaci a tím umožnění dalších kroků ke zvládnutí krize. Tento postup vychází z řady teoretických modelů, které představíme níže.
Základním principem strukturovaného přístupu je etapovitost, tedy sled jasně vymezených kroků od začátku intervence přes její průběh až po ukončení a zajištění následné péče.
Tabulka níže ukazuje jednotlivé modely práce s krizí. Modely se liší v počtu a pojmenování fází, společně však sdílejí obecné cíle krizové intervence, tj. obnovení psychosociální rovnováhy, posílení schopnosti zvládat stresové situace a zároveň pružně reagovat na individuální potřeby osoby v krizi prostřednictvím cílené podpory.

Tabulka1
Modely práce s krizí

Model	Etapy/fáze krizové intervence
Šestistupňový model krizové intervence podle Jamese a Gillilanda (2013)	• **Definice problému.** • **Zajištění bezpečnosti.**

	• **Poskytování podpory.** • **Zkoumání alternativ.** • **Vytvoření akčního plánu.** • **Zajištění následné péče (follow-up).**
SSCIM - Robertsův sedmistupňový model (Roberts, 2005)	• **Posouzení situace a stanovení bezpečnosti.** • **Navázání psychologického kontaktu.** • **Zjištění hlavního problému.** • **Poskytování emoční podpory.** • **Hledání alternativního řešení.** • **Vytvoření akčního plánu.** • **Dohodnutí návazné péče.**
RAPID Model (PFA) (Everly et al., 2012)	• **R – Reflective Listening (Reach out / Rapport**): oslovení a navázání kontaktu, naslouchání a vytvoření podpůrného vztahu. • **A – Assessment (Assess needs):** zjištění potřeb, posouzení bezpečí, závažnosti situace a rizik. • **P – Prioritization:** určení toho, co je pro druhého člověka právě teď nejdůležitější (prioritizace potřeb a problémů). • **I – Intervention**: psychologická stabilizace, podpora zvládání, nabídka informací a normalizace situace. • **D – Disposition (Determine follow-up / Debriefing):** stanovení dalšího postupu, zajištění následné péče, předání kontaktů nebo odkaz na další odborné služby.
ABC Model (Kanel, 2015)	• **Navázání kontaktu.** • **Identifikace problému.** • **Zvládání/řešení.**
Krizová intervence (Baštecká, 2005)	• **Posouzení (Assessment):** zmapování situace, dostupných zdrojů, potřeb a rizik a rámcová dohoda o cíli spolupráce.

	• **Plánování:** stanovení konkrétních, dosažitelných kroků a cílů v souladu s hodnotami a možnostmi klienta. • **Provedení:** aktivní realizace plánu, podpora, řešení praktických i emočních úkolů, podpora zdrojů. • **Vyhodnocení:** zhodnocení intervence, doporučení dalšího postupu či návazné péče.
Krizová intervence (Špatenková a kol., 2017)	• **Úvodní fáze**: navázání kontaktu a vytvoření bezpečí. • **Střední fáze:** práce s emocemi, analýza situace, hledání řešení. • **Závěrečná fáze:** reflexe, dohoda na dalším postupu, ukončení intervence.
Krizová intervence (Vodáčková a kol., 2020)	• **Zahájení:** navázání kontaktu, vytvoření důvěry a bezpečného prostředí, zhodnocení rizik. • **Průběh intervence:** práce s aktuální situací, identifikace spouštěče, zvládání emocí, aktivace podpory a copingových strategií. • **Ukončení:** shrnutí, naplánování dalšího postupu a posílení stability a kompetence.

V této publikaci nahlížíme tyto modely optikou tří základních funkcí krizové intervence: regulace, orientace a posun. Úvodní fáze modelů typicky směřují k vytvoření kontaktu, bezpečí a stabilizaci; střední fáze k porozumění situaci a rozšíření možností; závěrečné fáze k formulaci konkrétního dalšího kroku a návazné péči.

3.2 Distanční krizová pomoc v zahraničním kontextu

Krizové linky — telefonické, chatové i textové — poskytují okamžitě dostupnou podporu lidem v akutní psychické tísni a v celosvětovém měřítku tvoří významnou součást systému krizové pomoci i prevence sebevražd. Zajímalo nás, jaké výsledky přinášejí aktuální zahraniční výzkumy efektivity tohoto typu intervencí a jak se můžeme zahraniční praxí inspirovat.

Zahraniční studie efektivity distanční krizové intervence

Výzkumy telefonických krizových služeb ukazují, že u části volajících dochází již v průběhu hovoru ke snížení zmatenosti, bezmoci, beznaděje a dalších projevů krizového stavu. Mishara et al. ve studii tichého monitorování hovorů na síti 1-800-SUICIDE sledovali 2 611 hovorů na 14 linkách a u analyzovaných krizových hovorů popsali významné krátkodobé změny směrem k větší rozhodnosti, zdrojovosti a naději. Za prvky spojené s lepšími výsledky označili zejména

empatii, respekt, podpůrný přístup, dobrý kontakt a kolaborativní řešení problému (Mishara et al., 2007).
Metaanalýza Hoffberga et al. (2020) zkoumala modely služeb krizových linek ve 33 studiích publikovaných v letech 1990 až 2018 z hlediska prokázané účinnosti. Ve většině případů byly prezentovány závěry týkající se pouze krizových hovorů. Většina studií na krizových linkách ukázala okamžitý pozitivní efekt. Avšak u 80 % studií bylo z různých důvodů zjištěno vysoké riziko zkreslení, tedy celková síla důkazů pro výsledky měřící účinnost krizových linek byla stanovena jako nízká. Hoffberg dále upozorňuje na nedostatek výzkumů sledujících dlouhodobé dopady kontaktu s krizovou službou. Přesto celkové výsledky tyto služby podporují. V diskusích přehledových studií je často doporučováno do designu výzkumů více zapojit osoby s vlastní zkušeností se službou (Hoffberg et al., 2020).

3.2.1 Příklad zahraniční praxe - dánský konverzační model

V této části kapitoly podrobněji představíme konverzační model, který byl vyvinut na dánské krizové lince Startlijnen.
Hlavní motivací pro vývoj tohoto komunikačního modelu byla snaha najít způsob, jak zvýšit poměr prvovolajících a snížit množství času, po který je linka vytížena hovory s dlouhodobě opakovaně volajícími. Současně šlo o to, jak zajistit, že hovory s dlouhodobě opakovaně volajícími budou pro tento typ klientů efektivní a povedou k rozvoji jejich adaptivních strategií zvládání, nikoliv k budování závislosti na službě.

Model, viz obr. 2, je vizuálně koncipován s důrazem na komplexnost. Jeho jádrem je „Přítomnost“, připomínající nutnost neustálého zaměření pozornosti na volající, aby nejzásadnějším prvkem v hovoru zůstal lidský kontakt. Celý proces je rámován pojmy „Zdroje“ a „Vztahy“, které je nutné reflektovat v jakékoli fázi rozhovoru. Struktura hovoru má jasný úvod (zjištění potřeb) a závěr (reflexe přínosu hovoru). Samotný proces se pak pohybuje ve čtyřech klíčových doménách, přičemž intervenující nemají zůstávat pouze v první z nich:

1. **Co je obtížné:** V této fázi dostává volající prostor pro sdílení svého příběhu a ventilaci emocí. Úkolem intervenujících je poskytnout bezpečí a klid, ale zároveň hlídat, aby se druhý člověk v potížích „neutápěl“, a bylo možné jej citlivě posunout k dalším doménám.
2. **Vypořádání se s obtížemi:** Zde dochází k mapování dosavadních strategií zvládání. Tato část rozhovoru zkoumá, zda reakce na situaci podporuje nebo brání cílům dané osoby a zda krátkodobá úleva nevede k dlouhodobým potížím. Cílem je identifikovat, co je třeba dělat jinak, méně nebo více.
3. **Hodnoty:** Tato doména slouží jako kompas pro změnu. Jelikož lidé často snáze definují to, co nechtějí, než to, co si přejí, intervenující napomáhají uvědomění si vlastních životních hodnot. Právě ty mohou motivovat k posunu směrem k životu, který si volající přeje žít.
4. **Další kroky:** V poslední doméně se hovor stáčí ke konkrétním, byť třeba drobným krokům, které lze podniknout. Tempo určuje volající a není nutné, aby každý hovor

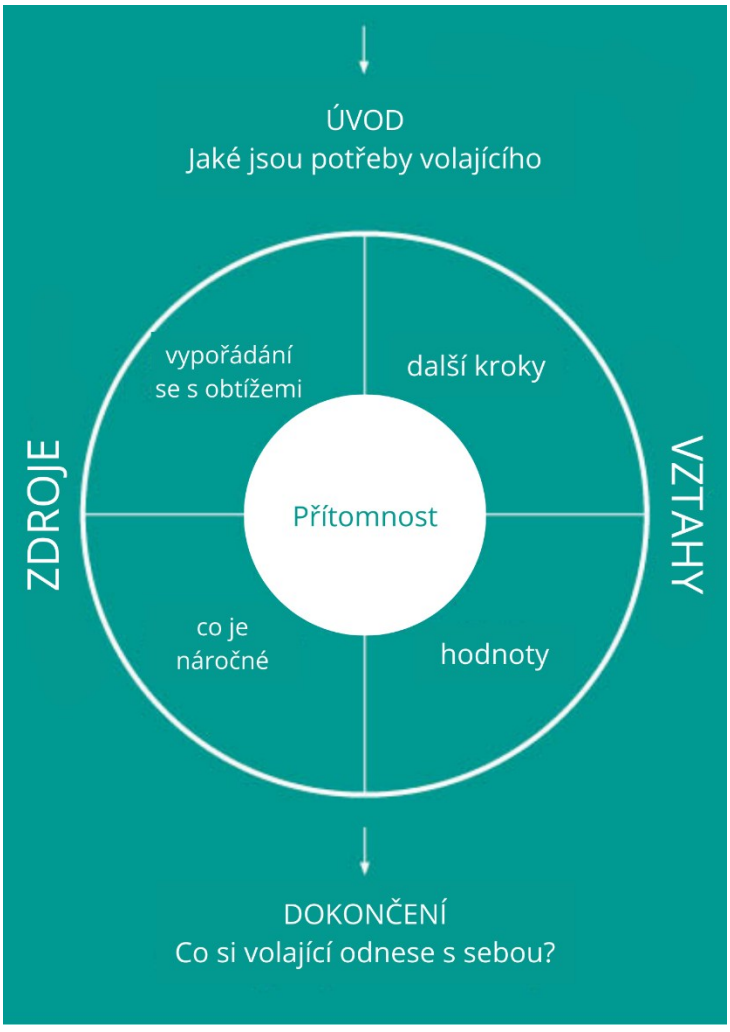
skončil akčním plánem. Pro mnohé je úlevné už jen prozkoumání možností a vhled do vlastních vzorců chování, což může přirozeně vyústit v touhu jednat.

Základní rámec služby Startlinjen

Odborný přístup Startlinjen je inspirován zejména přístupem kognitivně-behaviorální terapie ACT (Acceptance and Commitment Therapy) a tedy i teoretickým základem, z něhož ACT vychází, tedy RFT (Relational Frame Theory) (Startlinjen, 2024).
Přístup krizové linky Startlinjen k volajícím je postaven na několika základních hodnotách: všichni jsme schopni jednat a činit ve svém životě změny, bolest patří k životu (a někdy je důležité nezaměřovat se na ni, ale na to, co dává životu smysl), k volajícím přistupujeme s opravdovým zájmem a respektem k jejich jedinečné hodnotě jako lidské bytosti.
Zásadním směřováním každého hovoru je tedy cesta ke změně (prožitku, náhledu) či změna praktická. Tato změna musí být v souladu s vědomými hodnotami volajících a jejich přáními do budoucna (Startlinjen, n.d.).

Konverzační model je znázorněn následujícím diagramem:

Obrázek 2
Konverzační model



Zdroj: Startlinjen. (2024). Překlad Eliška Tupá.

Všichni intervenující mají během hovoru na paměti nejen základní principy a hodnoty služby, ale také 6 cílů intervence směrem k volajícím:

1. Získání nového (sebe)náhledu nebo znalostí v souvislosti s problémem, s nímž se volající na službu obrací.
2. Uvědomění si své hodnoty a přání do budoucna.
3. Objevení svých vlastních silných stránek a kompetencí, které mohou pomoci s dosažením žádané změny.
4. Získání náhledu na vhodné strategie řešení situace.
5. Poskytnutí prostoru k zamyšlení se nad vlastním řešením vztahů.
6. Dodání naděje a odvahy k podniknutí kroků vedoucích ke změně krizové životní situace.

V závěru hovoru dostane volající prostor ke shrnutí a reflexi hovoru. Intervenující se ptá, co si druhý člověk z rozhovoru odnesl.

Výzkumný projekt RÅDVILD v Dánsku

V roce 2023 byl zahájen výzkumný projekt RÅDVILD s participací tří subjektů - Center for Digital Pædagogik (Aarhus University) a RådgivningsDanmark (asociace neziskových organizací poskytujících bezplatné psychosociální poradenství). Celkově je do projektu zapojeno 10 poradenských linek a jedna poradenská služba provozovaná obcí. Projekt zahrnuje několik cílů:
1) Získat detailní porozumění, jak a proč se někteří lidé stávají pravidelnými uživateli a uživatelkami poradenských služeb a kdy tyto služby kontaktují často a bez známek pokroku.
2) Identifikovat, kdy je pravidelné užívání služby vnímáno jako problematické intervenujícími a/nebo lidmi tyto služby užívajícími.
3) Vyvinout komunikační postupy a opatření, které budou reagovat na problematické pravidelné užívání služby novým konstruktivním způsobem (Velux Fonden, 2023).

3.3 Další metody akutní stabilizace při krizových a mimořádných událostech

V této části představujeme vybrané přístupy a krátké stabilizační protokoly, které se v zahraniční praxi využívají při práci s lidmi zasaženými akutní krizí, mimořádnou událostí nebo potenciálně traumatickou zkušeností. Nejde o plnohodnotné alternativy ke krizové intervenci. Jde spíše o konkrétní přístupy zaměřené na to, jak v časné fázi podpořit bezpečí, snížit akutní stresovou aktivaci, zasaženou osobu stabilizovat a propojit ji s další pomocí. Jednotlivé přístupy se liší mírou strukturovanosti, požadavky na výcvik i silou empirické opory. Uvádíme je především jako inspiraci pro další studium a rozšíření profesních kompetencí.

3.3.1 Psychological First Aid

Psychological First Aid (PFA), česky *První psychická pomoc,* je standardizovaný přístup poskytující okamžitou, citlivou a praktickou podporu osobám v akutní krizi. Je to metoda,

kterou WHO doporučuje jako základní přístup všem, kteří poskytují podporu lidem v krizi. Na webových stránkách WHO (2011) jsou k dispozici průvodce a facilitátorské manuály ve více než 20 jazycích vč. češtiny.

PFA je flexibilní model, který doporučuje efektivně přizpůsobovat opatření podle potřeb dotčených osob. Standardní protokoly založené na příručkách a objektivní dokumentace intervence mohou být však i kontraindikované. Jsou zapotřebí flexibilní přístupy, které zohledňují celkový rámec PFA, ale zároveň umožňují individuální rozmanitost činností a výsledků (Hermosilla et al., 2023).

Rámce PFA se rychle rozšiřují a vzniká stále více modelů, které je možné použít u stále širšího spektra cílových skupin (Shultz & Forbes, 2014).

Cílem metody je stabilizovat člověka, chránit před dalším akutním nebezpečím, posílit pocit bezpečí, navázat na další zdroje pomoci a posílit vlastní zvládací mechanismy.
K zásadám první psychické pomoci patří: nedirektivní respektující přístup, normalizace reakcí, ochrana zdraví, soukromí a důstojnosti, přizpůsobení kulturnímu kontextu.

Metoda první psychické pomoci sestává ze 3 kroků (tzv. “3 L”):

LOOK – Sleduj
Zmapuj situaci: možné ohrožení, akutní potřeby daného člověka, možnosti, kde zajistit bezpečí.
Sleduj fyzický i psychický stav člověka.
Identifikuj zranitelné skupiny (děti, staří lidé, osoby se zdravotním omezením).
LISTEN – Naslouchej
Představ se, vysvětli, kdo jsi, nabídni kontakt, dej prostor k vyjádření.
Aktivně naslouchej, potvrzuj, že slyšíš a chápeš, respektuj mlčení.
Nebagatelizuj, neptej se příliš podrobně na trauma. Nevytvářej nereálné naděje.
LINK – Propoj
Nabídni praktické informace a podporu, kontakty na další služby (zdravotní, sociální, krizové).
Podporuj využití vlastních zdrojů a podpůrné sítě, nabídni propojení s blízkou osobou.

Silné stránky: Základní orientační výcvik lze realizovat v krátkém rozsahu, například formou půldenního školení podle facilitátorského manuálu WHO. Je obecně dobře přijímána a je dobře aplikovatelná v praxi hromadných neštěstí.
Omezení: Přestože existuje řada vědeckých studií i metaanalýz, ze kterých vyplývají dílčí pozitivní výsledky užití metody u zasažených osob, doposud chybí šířeji aplikovatelné vědecké důkazy o účinnosti metody.

3.3.2 Emotion-Aid®

Emotion Aid® je metoda o 5 krocích, zaměřená na práci s akutními emocemi. Jde o krátký somaticky orientovaný stabilizační protokol, který pracuje s tělesnými projevy stresové reakce a se seberegulací.

Program je sestaven pro osoby, které pracují ve stresových situacích, ale může ho využívat i široká veřejnost. Dá se předat také lidem v krizi, kteří se k metodě mohou vracet, kdykoliv se potřebují psychicky zklidnit a stabilizovat (Emotion Aid, n.d.).

Silné stránky: Podle výcvikových materiálů metody jsou její výhodou jednoduchost, přenositelnost a možnost využití individuálně i skupinově (jsou dokumentovány příklady administrace u skupin s více než stovkami osob).
Omezení: Jedná se pouze o emergentní část práce s krizí zasaženými osobami s cílem snížit stresovou odpověď organismu. Nezávislá empirická opora metody je zatím omezená.

3.3.3 ASSYST

Metoda ASSYST (Acute Stress Syndrome Stabilization) představuje strukturovaný intervenční model na základě modelu adaptivního zpracování informací (AIP) z terapie EMDR (Shapiro, 2025; Jarero, 2025). Tato metoda je koncipována jako včasná intervence v prvních hodinách, dnech a týdnech po potenciálně traumatické či vysoce stresující události. Jejím primárním cílem je akutní redukce stresu, stabilizace autonomního nervového systému a prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a úzkostně-depresivní symptomatiky (Jarero, 2025; Shapiro, 2025).

Svým časovým zařazením i cílem zaplňuje ASSYST prostor mezi první psychickou pomocí a plnohodnotnou traumaterapeutickou léčbou. V praxi může probíhat paralelně s krizovou intervencí nebo jí předcházet a vytvářet podmínky pro její účinnější využití (Jarero, 2025).

Metoda vychází z poznatků neurobiologie traumatu, podle nichž akutní stresová reakce aktivuje autonomní nervový systém a může podporovat fixaci traumatických vzpomínek. V praxi se pracuje přesně podle daného protokolu, jehož výhodou je minimální zaměření na vyprávění traumatu nebo verbální zpracování minulosti. V centru pozornosti stojí smyslové, emoční a tělesné složky vtíravých vzpomínek, jež jsou klíčové pro akutní stresovou reakci a rozvoj PTSD symptomatiky (Shapiro, 2025). Metoda ASSYST předpokládá, že právě tyto fragmenty vzpomínek aktivují poplachový systém mozku a udržují organismus ve stavu ohrožení (Shapiro, 2025).

Praktická práce probíhá v opakujících se cyklech, v nichž se střídají tři kroky. První krok se zaměřuje na fragment tělesně prožívané zátěže spojený se vzpomínkou. Následuje fáze bilaterální stimulace – nejčastěji formou „motýlího objetí“ nebo jiného rytmického střídání pravé a levé strany těla. Po této fázi je zhodnocena aktuální míra zátěže, kterou subjektivně hodnotí člověk, na něhož byla metoda aplikována. Tento cyklus se opakuje, čímž se podporuje přirozená schopnost nervového systému postupně snižovat aktivaci a umožnit adaptivní “dozpracování” informace (Jarero, 2025).

Silné stránky: metoda umožňuje přímý, neinvazivní fyziologický kontakt s patogenní vzpomínkou bez nutnosti jejího detailního sdílení, což je významné zejména v akutní fázi, kdy často není možné traumatickou zkušenost verbalizovat (Jarero, 2022). Výhodou metody je rovněž její rychlá aplikovatelnost v individuální, skupinové i online formě, a to i v podmínkách krizové intervence mimo rámec specializované terapie.

Omezení: Metoda ASSYST obecně nemá mnoho kontraindikací; tempo bilaterální stimulace určuje klientstvo, čímž zároveň určuje i tempo vlastního zpracování a metodu může kdykoliv přerušit, přičemž intervenující toto rozhodnutí plně respektuje. Její použití je vždy podmíněno informovaným souhlasem. Dále je nutné vzít v úvahu další obecné podmínky, kterými jsou bezpečí (akutní ohrožení je kontraindikací použití metody), schopnost

porozumět a schopnost následovat verbální instrukci (ta může být limitována například kognitivním deficitem). Pro využití metody je nutný kontakt s realitou u zasažené osoby; nelze ji tedy použít například při výrazné disociaci, psychotickém stavu nebo akutní intoxikaci.

Výše uvedené přístupy se orientují na časnou stabilizaci, snížení akutní stresové aktivace a podporu bezpečí. Navzájem se od sebe liší rozsahem, cílovou skupinou, požadavky na výcvik i sílou empirické opory.
Pro krizovou intervenci z toho vyplývá důležité rozlišení: některé postupy lze chápat jako obecný rámec první podpory po mimořádné události, jiné jako úzce zaměřené stabilizační protokoly. Tyto postupy mohou krizové intervenci předcházet, nebo ji doplňovat, ale nemají ji nahrazovat.

3.4 Interdisciplinární výjezdní týmy (MCT)

MCT (*Mobile Crisis Teams*) jsou interdisciplinární krizové týmy působící v terénu. Představují model krizové péče, který propojuje prvky krizové intervence, komunitní psychiatrie a sociální podpory. Na rozdíl od distančních služeb nebo krátkých stabilizačních protokolů poskytují pomoc přímo v přirozeném prostředí a zaměřují se na zvládnutí akutní krize, pokud možno bez nutnosti hospitalizace.

MCT nelze chápat jako samostatnou techniku krizové intervence. Jde o organizační a systémový model krizové péče, v jehož rámci mohou jednotliví členové a členky týmu využívat nástroje a techniky krizové intervence. Složení týmu se liší podle země, systému a financování; typicky může zahrnovat klinickou pracovnici nebo pracovníka, sociální pracovnici nebo pracovníka, psychiatrického bratra nebo psychiatrickou sestru, peer konzultanta či peer konzultantku, případně psychiatričku nebo psychiatra nebo jiný zdravotní personál. V systému koordinované krizové péče představují MCT zejména prvek „někdo, kdo zareaguje“ (*someone to respond*) – tedy službu, která může být aktivována ve chvíli, kdy telefonická nebo online podpora nestačí a je potřeba rychlá pomoc v místě, kde se člověk v krizi nachází (NRI, 2025).

Z pohledu procesu krizové intervence plní MCT zejména funkci:

- **regulace** – stabilizace osoby v akutní fázi krize, včetně stabilizace případného psychiatrického onemocnění;
- **orientace** – porozumění situaci v kontextu přirozeného prostředí osoby v krizi;
- **posunu** – nastavení další péče, často v návaznosti na komunitní služby nebo ambulantní léčbu.

Výzkumy ukazují, že MCT mohou snižovat počet hospitalizací, návštěv pohotovostí a zapojení represivních složek, a podporovat tak setrvání člověka v komunitě. Současně však systematické přehledy upozorňují na výraznou variabilitu mezi jednotlivými týmy, rozdílnou kvalitu implementace a omezenou jistotu ohledně toho, které konkrétní prvky modelu jsou pro jeho účinnost rozhodující (Wheeler et al., 2015; Peters et al., 2026). Report americké agentury NRI shrnuje dostupnou praxi a vývoj MCT v USA a popisuje je jako klíčovou složku kontinuální péče o duševní zdraví, zejména v návaznosti na širší systém krizové odpovědi (NRI, 2025).

Silné stránky: Spolupráce více odborností v zájmu jedné osoby podporuje komplexní posouzení situace, propojení zdravotní, psychosociální a komunitní podpory a může snížit potřebu hospitalizace nebo zásahu represivních složek.

Omezení: Limitem tohoto modelu jsou jeho organizační náročnost, nerovnoměrná dostupnost a závislost na kvalitě lokální implementace. Spolupráci mohou bránit komunikační bariéry, nejasné kompetence a systémová omezení. Ne všechny situace je možné zvládnout v domácím prostředí a v některých případech zůstává hospitalizace nezbytná. Z hlediska krizové intervence je důležité rozlišovat mezi krátkodobou stabilizací, kterou MCT poskytují v akutní fázi, a dlouhodobější léčbou či sociální podporou, na niž mají osobu v krizi dále napojit.

3.5 Krátké strukturované online intervence

V posledních letech se v celosvětovém měřítku rozvíjejí různé formy krizové a podpůrné práce v online prostředí. Vedle telefonických a chatových krizových služeb se objevují také strukturované online programy a krátké terapeuticky zaměřené intervence, které reagují na krizová témata, jako jsou katastrofy, trauma nebo suicidální riziko. Systematický přehled da Silvy, Siegmunda a Bredemeiera (2015) identifikoval 17 empirických studií online krizových intervencí a popsal tři hlavní oblasti jejich využití: katastrofy, prevence suicidia a trauma. V přehledu převažovaly programy vycházející z kognitivně-behaviorálních principů, často s důrazem na psychoedukaci, dostupnost a snížení bariér při vyhledání pomoci.

Tyto intervence je však třeba odlišovat od běžné krizové linky nebo chatu. Často nejde o jednorázový krizový kontakt, ale o krátký strukturovaný program nebo terapeuticky vedenou intervenci, která může být poskytována asynchronně, formou textových úkolů, e-mailů či uzavřených online skupin nebo synchronně prostřednictvím videohovoru. V některých programech je současně připravena možnost přesměrování na akutní osobní pomoc v případě bezprostředního ohrožení.

Specifickým příkladem je krátká kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na prevenci suicidia (BCBT-SP) poskytovaná prostřednictvím telemedicíny (*video telehealth*). Rojas et al. (2022) popsali kazuistický příklad využití BCBT-SP u veterána po nedávném suicidálním pokusu, u něhož autorstvo sledovalo přijatelnost, proveditelnost a změny symptomů během intervence. Tento zdroj proto nelze chápat jako obecný důkaz účinnosti online krizových intervencí, ale jako ilustraci možnosti adaptace strukturovaného suicidálně zaměřeného protokolu do online prostředí. Silnější oporu přináší novější randomizovaná studie Baker et al. (2024), podle níž může být BCBT poskytovaná přes video telehealth účinná ve snižování suicidálních pokusů u dospělých osob s recentními suicidálními myšlenkami nebo chováním. V průběhu 12měsíčního sledování vykazovali účastníci a účastnice v BCBT skupině významně nižší počet suicidálních pokusů než kontrolní skupina, což odpovídalo přibližně 41% snížení rizika.

Silné stránky:
Zvyšují dostupnost pomoci pro osoby, které se nemohou nebo nechtějí dostavit osobně. Mohou snižovat stigma a bariéry při vyhledání podpory. Umožňují strukturovanou práci s

konkrétním rizikem, například suicidálním jednáním. Mohou doplňovat krizovou intervenci tam, kde je potřeba návaznější a cílenější práce než jednorázový (anonymní) kontakt.

Omezení:
Výzkumná evidence je nerovnoměrná, část zdrojů popisuje proveditelnost nebo krátkodobý efekt, nikoli dlouhodobou účinnost. Některé protokoly předpokládají konkrétní terapeutické vzdělání a mají úzce specializované zaměření.

3.6 Krátké strukturované protokoly

V zahraniční praxi se v rámci krizové intervence tváří v tvář i distančně používají standardizované přístupy pro tvorbu bezpečnostního plánu či uzavírání no-harm kontraktu. Tyto přístupy nejčastěji vycházejí z praxe kognitivně-behaviorální terapie či dialekticko-behaviorální terapie.
Bryan a kol. (2017) porovnávali 3 standardizované přístupy: přístup CRP a jeho rozšířenou verzi (E-CRP) s přístupem označovaným jako TAU (Treatment as Usual – běžná praxe), který zahrnoval standardní hodnocení rizika, podpůrný rozhovor, doporučení následné péče a často i dohodu o neublížení si.
Přístup CRP je podrobnější, podporuje větší angažovanost a spoluodpovědnost za změnu, zaměřuje se na konkrétní, osobou v krizi spolu-vytvářené kroky, jak zvládat krizovou situaci – od rozpoznání varovných signálů přes aktivaci copingových strategií po vyhledání sociální a odborné podpory. Výsledky ukázaly, že CRP lépe redukuje riziko sebevražedného chování a podporuje rychlejší ústup krizových myšlenek.
Rozšířená verze CRP (E-CRP) je doplněna o zdroje motivace – životní smysl a významné hodnoty. Dle výzkumů může být vhodná tam, kde je potřeba posílit motivaci zvládnout náročné emoce a včas vyhledat pomoc v případě výskytu suicidálních myšlenek.

Závěr

Primárním cílem této publikace bylo představit krizovou intervenci jako ucelenou odbornou metodu založenou na jasně definovaných principech. Věříme, že tento vytvořený rámec přispěje k lepšímu pochopení toho, co krizoví interventi během krizového kontaktu skutečně dělají, proč volí konkrétní postupy a jak tyto intervence spolupůsobí při podpoře stabilizace člověka v krizi.

V této práci vidíme obrovský smysl, a proto ji vnímáme jako základní stavební kámen pro další rozvoj oboru. Do budoucna je naším přáním i nadále pracovat na pevném metodickém ukotvování krizové intervence. Doufáme, že na tento teoretický základ brzy naváže další praktický nástroj, který detailně rozpracuje i konkrétní techniky krizové intervence, a poskytne tak interventům ještě hlubší oporu v jejich náročné praxi.

Tato metodická publikace vznikla díky úzké spolupráci mnoha odborníků a institucí, kterým bychom rády upřímně poděkovaly. Velké poděkování patří kolegyním a kolegům z dánské krizové linky Startlinjen za jejich otevřenost při sdílení zkušeností, inspirativní odborné diskuse a možnost seznámit se s jejich unikátním konverzačním modelem. Děkujeme také všem členům našeho týmu, kteří se podíleli na rozvoji metodiky a její každodenní aplikaci v praxi, recenzentce publikace za cenné odborné připomínky i všem dalším kolegům a spolupracovníkům, kteří přispěli k jejímu vzniku.

Významné poděkování patří programu Erasmus+, Evropské unii a Domu zahraniční spolupráce. Jejich podpora a odborné konzultace umožnily realizaci mezinárodní stáže a spolupráce, která se stala klíčovým impulsem pro vznik celého tohoto materiálu.

Závěrem bychom chtěly vyjádřit naši nejhlubší vděčnost všem lidem v krizi, které jsme měly tu čest doprovázet během našich profesních kariér. Jejich osobní příběhy, neuvěřitelná odvaha vyhledat pomoc a důvěra, kterou do nás vložili v jedněch z nejtěžších okamžiků svého života, jsou pro nás tím největším zdrojem poznání. Naučily nás víc, než by kdy dokázala jakákoliv učebnice. Bez nich by tato publikace nikdy nevznikla.

Krizová intervence je především o lidech. Tato kniha je věnována jim

Literatura

Baker, J. C., Starkey, A., Ammendola, E., et al. (2024). Telehealth brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(11), e2445913. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.45913

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160.

Baštecká, B. (2005). *Krizová intervence*. Portál.

Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Grada.

Bonini, L., Rotunno, C., Arcuri, E., & Gallese, V. (2022). Mirror neurons 30 years later: Implications and applications. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(9), 767–781. https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.06.003

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.

da Silva, J. A. M., Siegmund, G., & Bredemeier, J. (2015). Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 171–182. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0026

Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., & Bridge, J. A. (2020). Effectiveness of emergency department–based interventions for youth suicide prevention: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 76(1), 71–86. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.02.012

Emotion Aid. (n.d.). *Emoční první pomoc pro práci se stresem: Pět jednoduchých kroků ke snížení stresu a napětí*. https://emotionaid.cz

Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2008). *Integrative crisis intervention and disaster mental health*. Chevron Publishing.

Everly, G. S., Barnett, D. J., & Links, J. M. (2012). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Johns Hopkins University Press.

Hermanová, J. L. (2024). *Trauma a uzdravení: jak se vypořádat s traumatem*. Překlad Jarmila Doubravová. Noxi.

Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. https://doi.org/10.1002/jts.22888

Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The effectiveness of crisis line services: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 7, 399. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399

James, R. K., & Gilliland, B. E. (2013). *Crisis intervention strategies* (7th ed.). Cengage Learning.

Jarero, I. N. (2025). *ASSYST treatment interventions explanation* (Technical report). https://www.researchgate.net/publication/351384089_ASSYST_TREATMENT_INTERVENTIONS_EXPLANATION

Kanel, K. (2015). *A guide to crisis intervention* (5th ed.). Cengage Learning.

Kleibl, T., Chaloupková, M., & Pešek, R. (2021). *Krizová intervence: v praxi i v teorii*. Portál.

Kocourková, J. (2015). *Krizová intervence: Práce s klienty v akutní krizi*. Portál.

Kopřivová, J., & Fleková, J. (2021). *Krizová intervence: Teorie a praxe*. Grada Publishing.

Koucká, M. (2018). *Krizová intervence v sociální práci*. Portál.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141–148. https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141

Lukasová, H. (2014). *Psychologie pro pomáhající profese*. Grada.

McFarlane, A. C., & Bryant, R. A. (2007). Post-traumatic stress disorder in adults: An overview. *UpToDate.*

Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1–800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308–321. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308

Myer, R. A., & Conte, C. (2006). Assessment for crisis intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 959–970. https://doi.org/10.1002/jclp.20282

Myer, R. A., Williams, R. C., Ottens, A. J., & Schmidt, A. E. (1992). Crisis assessment: A three-dimensional model for triage. *Journal of Mental Health Counseling*, 14(2), 137–148.

Najavits, L. M. (2020). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press.

NRI - NASMHPD Research Institute. (2025). *Mobile crisis teams, 2024: NRI's 2024–2025 state profiles*. https://nri-inc.org/our-work/nri-reports/mobile-crisis-teams-2024/

Nuij, C., van Ballegooijen, W., Ruwaard, J., de Beurs, D., Mokkenstorm, J., van Duijn, E., de Winter, R., & Kerkhof, A. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419–426. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.103

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton.

Peters, R. L., Fine, J., Newton, H., Dalack, G. W., Watson, A., & Hassmiller Lich, K. (2026). Mobile crisis effectiveness: A systematic review and associated functions and forms framework. *BMC Health Services Research*, 26, 60. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13806-2

Polyvagální Institut CZ. (2024). *Tři hlavní principy polyvagální teorie* [online]. https://polyvagalniteorie.cz/tri-principy-polyvagalni-teorie/

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.* W. W. Norton.

Porges, S. W. (2024). *Náš polyvagální svět: jak nás pocit bezpečí a trauma mění*. Maitrea.

Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.). Oxford University Press.

Roberts, A. R. (2005). Seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329–339. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. https://doi.org/10.1037/h0045357

Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A. (2022). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (BCBT-SP) via video telehealth: A case example during the COVID-19 outbreak. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 446–453. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.001

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associates.

Shapiro, F. (2025). *Terapie EMDR: Desenzibilizace a znovuzpracování pomocí očních pohybů*. Triton.

Shultz, J. M., & Forbes, D. (2014). Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*, 2(1), 3–12. https://doi.org/10.4161/dish.26006

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press.

Startlinjen. (n.d.). *Startlinjens formål, mission og vision* [Účel, poslání a vize Startlinjen]. Dostupné z https://startlinjen.dk/formaal-mission-og-vision

Startlinjen. (2024). *Startlinjens: kvalitetsbeskrivelse* [Startlinjens: popis kvality]. Interní metodika poskytnutá v rámci stáže. Kodaň, duben 2025.

Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.

Špatenková, N. (2017). *Krizová intervence*. Grada.

van der Kolk, B. A. (2021). *Tělo sčítá rány: Jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit.* Překlad Monika Martinková. Jan Melvil Publishing.

Velux Fonden. (2023). *Bewildered? Radvild intervention study: Frequent users of communication in social counseling*. https://veluxfonden.dk/en/projekt/bewildered-radvild-intervention-study-frequent-users-communication-social-counseling

Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence*. Portál.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné z https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., et al. (2015). Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x

WHO. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108