

JAK MŮŽEME POMOCI LIDEM V PSYCHICKÉ KRIZI

MUDr. Ivan Peška

Psychiatrická klinika FN Brno

Psychická krize je definována jako reakce na vnější události, kdy je jedinec neschopen tyto události zvládnout, čelit jim s uplatněním svých obvyklých adaptačních mechanismů a dřívějších zkušeností. Cílem pomoci v krizi je podpora autonomních schopností jedince, mobilizace jeho vlastních zdrojů pro zvládnutí krize, dále pak uplatnění možností, kterými disponuje okolí postiženého. Vlastní profesionální krizová intervence pak představuje odbornou formu pomoci. Autor ve svém sdělení věnuje pozornost neformálním možnostem pomoci v krizových situacích (svěpomoc a laická vzájemná pomoc), následně pak shrnuje východiska a pracovní postupy krizové intervence.

Klíčová slova: duševní krize, teorie krize, typy krizí, neformální způsoby pomoci, krizová intervence.

HOW CAN WE HELP PEOPLE IN PSYCHIC CRISIS

A psychic crisis is defined as a response to external events when an individual is unable to cope with these events, to face them by means of his/her usual adaptive mechanisms and earlier experiences. The aim of help in crisis is to support individual's autonomous capacities, to mobilize his/her own sources for managing the crisis, to apply possibilities possessed by the environment of the affected person. Professional crisis intervention itself represents skilled form of help. In his report, the author has paid attention to informal possibilities of help in crisis situations (self-help and laical reciprocal help), and has summed up sources and working methods of crisis intervention.

Key words: psychic crisis, crisis theory, types of crisis, informal sorts of help, crisis intervention.

Pojem „duševní krize“

„Duševní krize“ je nejen obecně známý pojem, ale pro většinu z nás i stav, který jsme zažili sami takřkajíc na vlastní kůži nebo s nímž jsme byli konfrontováni u někoho z našich nejbližších. Duševní krize patří neodmyslitelně k lidskému životu.

Gerald Caplan (1), jeden z pionýrů teorie psychosociální krize, uvádí následující definici: *„Krise vzniká, když se člověk na cestě za důležitými životními cíli setká s takovou překážkou, kterou v určitém čase není schopen překonat obvyklými metodami řešení problémů. Pak nastane období dezorganizace a zmatku s mnohými a marnými pokusy o řešení“.*

Kolitzus a Feuerlein (2) uvádějí následující definici krize: *„Krise je...v krátkém čase se vyostřující situace, v níž postižený již není schopen překonat a pomocí vlastní strategie zvládnout vnější nebo vnitřní zátěže“.*

Lze uvést ještě některé další formulace:

„Krise je pramenem podnětů pro náš další duševní a duchovní vývoj, je to překážka, kterou musíme překonat, abychom se na cestě životem posunuli dál.“

„Krise je vývojovou možností, kterou může postižený využít pro další osobnostní růst, nebo ji může promeškat.“

„Krise znamená, že si člověk začne klást otázky, které mu pomohou rozhodnout, co je pro něj pravdivé.“

„Krise v sobě skrývá riziko; není-li zvládnuta, může vyústit v rozvoj nemoci.“

„Krise není choroba – stává se nicméně, že je jako choroba diagnostikována s dalšími negativními důsledky pro jedince.“

„Krise je stavem, pro jehož zvládnutí člověk mnohdy nevystačí s vlastními silami a možnostmi a je nutná pomocná ruka druhých.“

K pramenům pojmu „duševní krize“, teorie krize

Pojem „krize“ byl do psychiatrické literatury uveden, když v roce 1944 Erik Lindemann popsal reakce zármutku u pozůstalých po katastrofálním požáru v nočním klubu Cocoanut Grove v Bostonu (3). Své zkušenosti z práce s takto postiženými pak zobecnil a definoval **syndrom ztráty blízké osoby**. Ten začleňuje následující příznaky:

- pocity tělesné slabosti a únavy
- stálé nebo periodické zabývání se vzpomínkami na zemřelého a představami o něm
- pocity viny („viny za přežití“ nebo viny za to, že nedokázal zabránit tragédii)
- hostilita, hněv, agresivita vůči druhým
- zásadní změny v chování (stažení se, tendence izolovat se, vyhýbání se sociálním kontaktům)

Na Lindemannovu práci navázal Američan německého původu Gerald Caplan, který zformuloval tzv. **krizovou teorii**. (4) Psychosociální krize se dle Caplana vyvíjí ve čtyřech na sebe navazujících fázích:

Fáze „srážky“, expozice – Osoba je konfrontována s okolnostmi nepředvídanými nebo

se skutečností sice předvídanými, ale nezvládnutelnými jejími adaptačními možnostmi.

Převládá přesvědčení, že situace je neřešitelná, že ji jedinec není schopen zvládnout.

Narůstá napětí, úzkost, pocit selhání, bezmoci, mohou se projevit některé somatické obtíže, pro něž postižený již v této fázi může vyhledat medicínskou pomoc (obvykle pomoc praktického lékaře).

Fáze pokusných řešení – Postižený se sám pokouší vzdorovat situaci, hledat a ověřovat cesty zvládnutí obtíží. Již v této fázi vzniká nebezpečí chronifikace stavu, zejména tehdy, jestliže zvolená řešení nejsou úspěšná, nevedou k efektivní adaptaci a neúspěchy krizi fixují. Kromě svěpomoci vyhledává jedinec také laickou pomoc blízkých osob, může ovšem kontaktovat také jak praktického lékaře, tak i specializovaná střediska pomoci v krizových situacích – např. krizové centrum. K riziku chronifikace krize přispívají i volby nevhodných pomocných prostředků – alkohol, nealkoholové drogy či jiná krátkozraká pseudořešení.

Fáze mobilizace vnitřních a vnějších zdrojů – vrchol krize může být překročen, jestliže se daří uskutečňovat konstruktivní kroky, které nejsou v rozporu s objektivní realitou života postiženého. Narůstá pocit uvolnění, ustupuje tíseň a pocity bezmoci, zesiluje přesvědčení o vlastní kompetenci a pozvolna se rozšiřuje prožitkový obzor. Jedinec si uvědomuje, že získal cenné nové poznatky a vhledy do svých problémů.

Pokud se však nezdaří touto fází úspěšně projít, dochází k prohloubení pocitů ochromení, k rezignaci, a hrozí nejen vývoj do chronicity a morbidity, ale jedinec může i jako projev vzdoru vůči nepřízní osudu volit sebevražedné řešení.

Pokud se zdaří mobilizovat vnitřní a využít vnější zdroje reparace, probíhá poslední **fáze rezoluce** již asymptomaticky. Krize je překonána, vnitřní rovnováha je opět nastolena. Vytváří se nový pohled, nová orientace, jsou hodnoceny ztráty a zisky a proběhlá krize může být přehodnocena jako pozitivní životní zkušenost.

Základní typy psychosociálních krizí

Z hlediska vlivů, které jsou schopny krizi aktivizovat, bývají běžně rozlišovány dva základní typy krizí (5, 6):

- traumatické krize
- krize z životních změn (krize vývojové)

Traumatické krize jsou důsledky náhle přicházejících situací ponejvíce bolestivého charakteru, které ohrožují (mnohdy současně) psychickou existenci, sociální identitu a jistotu nebo uspokojení základních životních potřeb jedince. Traumatická krize může vznikat v souvislosti s úmrtím blízké osoby, může být reakcí na odhalenou nevěru manželského partnera, psychickou odpovědí na sdělení diagnózy fatálního onemocnění, může souviset s výpovědí ze zaměstnání, s ekonomickým kolapsem rodiny, ale může být třeba i reakcí na sociální příkoří a ostrakizaci jedince. Lze se setkávat i se situacemi, kdy je vznik duševní krize asociován s vnějšími událostmi, které obecně patří k životu a jsou spíše chápány jako skutečnosti pozitivního rázu (např. sňatek, extrémní výhra v loterii).

Krize z životních změn (krize vývojové) jsou vázány na události, s nimiž je v průběhu života konfrontován každý člověk. Pravidelně se vyskytují v určitém životním období – když člověk dospívá, opouští rodičovský dům, vstupuje do manželství, když se narodí děti, když děti odcházejí z domu (tzv. syndrom prázdného hnízda), když jedinec dospěje do pozdních středních let, do věku bilancování úspěšnosti/neúspěšnosti svého života (tzv. „krize středního věku“), když je penzionován nebo když je konfrontován s vlastní smrtí a umíráním.

Jinou možnost dělení krizí skýtá posouzení, v jaké míře si jedinec existenci krize uvědomuje a připouští. Z tohoto aspektu **krize manifestní** jsou ty, které jsou rozpoznávány a uvědomovány. Tato skutečnost pak může přispět k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. **Krize latentní** zůstávají skryty, jejich existenci si jedinec nepřipouští resp. odmítá připustit, jejich význam zůstává nerozpoznán. Neznamená to ovšem, že nemají vliv na prožívání a chování postiženého.

Latentní krize se mohou projevovat přítomností neurotického chování, permanentní podrážděností, nespokojeností, přítomností funkčních somatických obtíží, vedením jednostranného, stereotypního života, v němž jedinec postrádá pocit spokojenosti a smysluplnosti, a kde je naopak příliš prostoru pro různé formy poruchového chování včetně úniků k abúzu alkoholu, drog, k hráčským vášním nebo k přemíře nefunkční pracovní aktivity.

Krize je konečně možné dělit na **akutní**, nápadné, bouřlivě probíhající stavy, nasedající na předchozí zjevnou závažnou traumatizující událost. Takto postižení lidé se často sami nebo z podnětu svých blízkých obražejí již v akutní fázi na telefonické linky důvěry či na krizová centra. Tyto formy krizí mohou mít relativně krátkodobý průběh a v ohraničeném čase mohou být efektivně řešeny. Může ovšem také dojít k nepříznivým vývojem či k chronifikaci.

Krize chronické bývají svým začátkem a průběhem málo nápadné, trvají však dlouho, často nebývají adekvátně léčeny (ať již proto, že osoba patřícnou pomoc nevyhledá nebo povaha stavu není správně rozpoznána). Fixovaná chronická krize svou symptomatologií (v oblasti psychické i somatické) imponuje často jako chronicky probíhající neurotická porucha.

Psychopatologie krize

Jedinec pohlcený traumatizující událostí reaguje úzkostí, depresivní náladou, vystupňovaným emočním napětím, případně četnými a různorodými vegetativními a somatickými obtížemi. Lze vymezovat (7) tři skupiny typických symptomů, s nimiž se u traumatických krizí setkáváme:

1. symptomy zvýšeného vnitřního napětí – poruchy spánku, narušení koncentrace pozornosti, vzrušenost, neklid, úlevové reakce, bolesti hlavy, zvýšení svalového napětí, zvýšený krevní tlak aj.
2. symptomy úzkosti (strachu) – tachykardie, dušnost, globus v hrdle, motorický neklid, nutkavá pracovní aktivita, nechutenství aj.
3. symptomy depresivního ladění – dysforická nálada, adynamie, pasivita, ztráta schopnosti vnímat radost a potěšení, pocity viny, stěhovavé bolesti, dysurie, obstrukce aj.

Somatické symptomy jsou velmi nespecifické, mohou existovat paralelně vedle symptomů skutečných somatických onemocnění, což může přinášet diagnostické a terapeutické problémy.

Pomoc v krizi

Dle Klimpla (2) a Janíka (8) je možné rozlišit několik stupňů, na nichž lze pomoc v krizi realizovat.

- svépomoc
- vzájemná pomoc
- odborná pomoc – krizová intervence

Svépomoc v krizi

Jedinec postižený stavem duševní krize disponuje v různé míře vytvořenými a rozvinutými vnitřními zdroji zvládání (tzv. coping) tíživé situace. U svépomocných řešení jsou uplatňovány zkušenosti z překonávání podobných situací v minulosti, jedinec testuje již preformované modely odpovědí, pokouší se ale vytvářet i formy nové. Některé volby mají svůj adaptivní potenciál a mohou přispět k nalezení cesty ven z pomyslného bludiště krize, jiné jsou jen slepými rameny, jimiž postižený bloudí a zhoršuje svou situaci. V inventáři svépomocných řešení můžeme nalézt:

- zaměření se na náhradní aktivity – úniky do horečné pracovní činnosti, promiskuitní chování
- změny prostředí – cestování, změny pracoviště, bydliště, emigrace
- osamělé toxikomanické praktiky – nárazový abúzus alkoholu, psychofarmak, v nichž hledají lidé trankvilaci, anestezii či navození abundantního spánku v důsledku regresivních (a agresivních) tendencí
- různé formy naturální léčby – tělesná cvičení, jóga, diety apod.
- magické praktiky spojené s fantazijním spoléháním se na zásah zvenčí – situační náboženská konverze, přilnutí k sektě, preferování pověrečného myšlení, pěstování denního snění a jeho zaměňování za frustrující realitu
- vědomé (suprese) nebo nevědomé (represe) potlačení vzpomínek, od vytvoření „skotomu“ až po vznik disociačních fenoménů

Při snaze zvládnout krizi vlastními silami postižení mobilizují četné obranné mechanismy: popření, vytěsnění, bagatelizaci, racionalizaci, intelektualizaci, únik do nemoci. Mimořádnou úlohu v tomto spektru hrají tendence regresivní a agresivní (auto- i heteroagresivní).

Riziko takovýchto izolovaných snah spočívá v jejich malé efektivnosti, dočasnosti a někdy i škodlivosti. Mylné zhodnocení situace v důsledku „skotomového vidění“ může vést ke zkratovému, ale i „promyšlenému“ (pseudobilančnímu) suicidálnímu jednání. Suicidální pokus se pak mnohdy stává prvním prostředkem, jímž je navazován kontakt se sociálním prostředím a případně i s odbornou formou pomoci.

Vzájemná pomoc

Kromě osob nejbližších (členů rodiny) se zde uplatňují i další osoby z okolí postiženého (přátelé, známí, sousedé, spolupracovníci).

Tyto osoby mohou poskytnout akceptující prostředí a přijetí. Postižený může pozitivně vnímat skutečnost, že se svými tíživými pocity nezůstává nadále sám, ale že vznikla možnost o nich hovořit, svěřovat se. Tento potenciál, obsažený ve vzájemné pomoci je nepochybným kladem, stejně jako vnímání opravdového zájmu o postiženého ze strany pomáhajících blízkých osob. Vzájemná pomoc však často operuje povrchními přístupy, doporučeními a řešeními, které situaci pro postiženého často spíše komplikují. Pomáhající laici se ve svém přístupu dopouštějí nevhodných bagatelizací, neodůvodněných generalizací, časté jsou tendence ke zjednodušeným zkratovým řešením („musíš se rozvést“, „musíš podat výpověď“). Intervence mají mnohdy sugestivní, direktivní až persuazivní povahu. A řešení, plynoucí z těchto „dobře míněných“ rad bývají pak nepřirozená, maladaptivní nebo i poškozující. Vzájemná laická pomoc má nicméně ještě jeden další pozitivní aspekt – za předpokladu, že je poskytovateli chápána jako předstupeň pomoci odborné! – totiž vytváří pro postiženého přechodné první přístavy, v němž může se všemi svými bolestmi zakotvit. Závisí pak m.j. i na moudrosti pomáhajících, zda pomohou zajistit svému bližnímu další odbornou pomoc.

Odborná pomoc – krizová intervence

Cullberg (5) a Sonneck (9) vymezují některé typické obsahy a cíle terapie u osob postižených traumatickou krizí:

Obecné cíle:

- Základním cílem každé krizové terapie je podpora vlastních terapeutických snah postiženého jedince.
- Úkolem terapeuta (pomáhajícího) není postiženému nahradit utrpěné ztráty nebo mu pomáhat popřít bolestnou realitu, nýbrž jej opatrně a kontinuálně podpořovat a podpořit jej v nutné konfrontaci s realitou. Je důležité zajistit také, aby ze strany postiženého nedocházelo k unikům od reality nebo ke škodlivým deformacím reality s maladaptivními důsledky.

Praktické cíle:

- Nesmírně důležitým počátečním cílem je navázat nosný kontakt postižený – pomáhající v rovině člověk – člověk (pomáhající by se měl oprostit od mnohdy uplatňované paternalistické role onipotentního experta).
- Dosáhnout uvolnění, které umožní další práci. To je možné realizovat také tím, že terapeut (jímž může být praktický lékař, zdravotní sestra, psychiatr, psycholog, ale jsou možné další alternativy) pomáhá klientovi plynule v tom, aby byl schopen

volně vyjadřovat své pocity smutku, žalu, bolesti, viny a hněvu. Tím je možné, mimo jiné, dosáhnout toho, že klient přestane své pocity prožívat jako něco nepatřičného nebo chorobného (a je velmi snadné nesprávným způsobem v postiženém fixovat přesvědčení, že o chorobné pocity jde).

- Úkolem pomáhajícího profesionála je zrcadlit postiženému perspektivu naděje: Pomáhající představuje zástupnou naději, nikoliv na to, že utrpěné ztráty lze plně reparovat, ale na to, že je možno je zpracovat, asimilovat a žít s nimi.
- Definovat jasně pro oba účastníky hlavní problém (fokalizace).
- Určit a prokonzultovat možná řešení.
- Určit (zvolit) optimální strategii pro blízké období.
- Organizovat následnou péči.
- Po celou dobu pomoci pamatovat na to, že krizová intervence je „pomocí pro svépomoc“, kdy pomáhající by měl svou pomoc zaměřit na to, aby:
 - podpořil postiženého k aktivnějším, konstruktivnějším a kreativnějším řešením
 - aby mu poskytl oporu pro samostatnější rozhodování (nikoliv aby rozhodoval za něj) – zde platí pravidlo – čím jsem aktivnější v přímém pomáhaní klientovi a v řešení problémů za něj, tím větší míru závislosti u něj vytvářím
 - aby se pokud možno vyvaroval destruktivních pseudořešení (alkohol, léky, suicidální aktivity).

V průběhu krizové terapie mohou vzniknout jak na straně postiženého (klienta), tak na straně pomáhajícího některé problémy, představující značnou překážku v dosažení terapeutického úspěchu (7):

a) problémy na straně klienta:

- neschopnost vytvořit terapeutický vztah
- omezení schopnosti přijmout pomoc
- omezené schopnosti kooperace

b) problémy na straně pomáhajícího

- nedostatečná trpělivost
- nedostatečné časové možnosti
- nepřipravenost nést zátěž, kterou klient ohrožuje pomáhajícího
- nedostatečná schopnost terapeuta uchránit klienta před vlastní „toxickou myslí“
- nedostatečná schopnost (dovednost) mít pod kontrolou své pocity a reakce vůči postiženému (tj. kontrolovat svůj protipřenos)
- vnímání a uvědomování si svých vlastních pocitů v práci s klientem je základem pro kontrolu vlastních projevů (slovních i mimoslovních) vůči postiženému, ale dává mi také velmi důležité informace o tom, jak asi klient v krizi (případně i mimo ni)

„zachází se svým okolím“ a jak na něj pak okolí reaguje:

tj. „co se mnou klient dělá = jaké pocity (pozitivní i negativní) ve mně navozuje – to také může dělat s jinými pro něj významnými lidmi svého okolí“ a ti na něj reagují (já nyní mám možnost reagovat stejně – třeba jako jeho otec, mohu ale reagovat i jinak a umožnit mu získání korektivní zkušenosti : „ne všichni muži v roli autority se chovají stejně“)

- paternalistické postoje (nerespektování základního pravidla: „krizová intervence je pomocí pro svépomoc“)
 - samaritánské postoje – neakceptování skutečnosti, že naše možnosti poskytovat druhým pomoc jsou omezeny
- Z uvedeného mohou vyplynout některé cenné **radly pro pomáhající** (7):

- Nevím, co se ve skutečnosti stalo, vím jen to, co mi postižený říká. Takto jej akceptuji a s vědomím této skutečnosti k němu přistupuji.
- Dotazuji se, ale nevyslýchám. Důležitější je často to, co mi spontánně sdělí, než odpovědi na mé dotazy, lze také říci: „podněcují klienta ke spontánnímu sdělování“.
- Probírám situaci, která mi byla popsána. Mohu se k ní vyjadřovat, ale nedávám žádné rady, žádná doporučení, co by měl dělat. Najít cestu je jeho úkolem.
- Výjimečně mohu dát radu, co by neměl dělat (resp. kdy by měl své jednání odložit na pozdější dobu).
- Přes případné (slovní) agresivní projevy se snažím chovat se vůči postiženému pozitivně.
- Svou otevřeností nabízím vytvoření terapeutického vztahu.
- Jsem si vědom, že postižený obvykle přecení mé možnosti intervence.
- Víím, že jsem pro klienta nadějí do budoucna, neměl bych jej zklamat (jsem si nicméně vědom svých reálných možností a v klientovi dopředu nepodporuji představy o mé onnipotenci).

Co by pomáhající neměl nikdy dělat:

- Apelovat na vůli klienta („měl byste se vzchopit“, „neříkejte, že v sobě nenajdete trochu vůle, abyste...“).
- Bagatelizovat, zevšeobecňovat a falešně utěšovat.
- Srovnávat jeho osud s osudy jiných lidí (kteří byli v podobné situaci a dopadli dobře nebo špatně).
- Udělovat rady (až na výjimky).
- Posuzovat chování postiženého v kategoriích „dobré – špatné“.
- Nepřiměřeně se vyptávat.

- Srovnávat klientovo jednání se svým vlastním jednáním v podobné situaci.
- Mentorsky klienta poučovat.
- Kritizovat jej za to, že se dopustil chyb.
- Jednat za klienta v situaci, v níž by měl mít zodpovědnost a jednat sám (nechovat se samaritánsky).
- Zapomínat, že pokud vyřeším za klienta to, co by byl schopen vyřešit on sám, prokáži mu „medvědí službu“.

Závěrem několik poznámek k **farmakoterapii** v rámci pomoci v krizi (10):

Užití psychofarmak v krizové intervenci naráží na základní představu formulovanou na začátku sdělení: **Psychická krize není nemocí, může se však nemocí stát, může být jako nemoc diagnostikována a nesprávný přístup v zacházení s krizí může přispět k tomu, že do nemoci vyústí.**

Z uvedeného by mělo vyplynout vysvětlení opatrného přístupu k farmakům, podávaným v rámci krizové intervence. Nabízí se

zde určitá analogie s bolestí. Ta, z evolučního hlediska, má zejména signální charakter a v mnohých případech je problematické, ba nežádoucí ji potlačovat. Obvykle je však potřebné podat nemocnému analgetikum tehdy, jestliže je pro něj bolest těžko snesitelná. Podobně lze jako signální jevy chápat mnohé prožitky a projevy osob v psychické krizi. Úzkost, smutek, depresivní nálada, pláč, neklid, agrese, nespavost aj. signalizují stav duševní tísně. Zasáhneme-li farmakologicky nevhodně, můžeme sice postiženému přivodit subjektivní úlevu, sami však ztratíme cenný zdroj informací o tom, co jedinec prožívá, co je součástí krize. A nejen to. Jemu samotnému nevhodně „darujeme“ úlevu, již by měl dosáhnout ve značné míře také svým vlastním přispěním, svou vlastní aktivní prací na krizi.

V jakých situacích je tedy podávat farmaka v rámci odborné pomoci v krizi?

- Je-li nezbytné tlumit silnější vzrušení, neklid, potlačit silnou úzkost, která klienta pohlcuje a brání realizaci psychoterapie.

- Je-li to nutné v zájmu zabránění agrese vůči okolí nebo vůči sobě samému.
- Je-li třeba předejít vyčerpání postiženého ustavičným pláčem nebo déletrvajícím nespavostí.
- V případech, kdy je součástí obrazu krize výrazná deprese, může být potřebné ji ovlivnit psychofarmaky (což má nemalý význam i v prevenci suicidálního jednání).
- Farmaka lze užít jako pomocného prostředku k zábraně nepříznivého vývoje krize, tj. její chronifikace, neurotického vývoje, suicidálního vývoje nebo vývoje do psychózy.

Literatura

1. Caplan G. Duševní zdraví v rodině a společnosti. Bratislava: SAV 1970; 224 s.
2. Klimpl P. Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Grada Publishing 1998; 167s.
3. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Am.J.Psychiat., 1944; 101: 141–148.
4. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 1964.
5. Cullberg J, Saltsjö-Boo. Krisen und Krisenterapie. Psychiat. Praxis 1978; 5: 25–34.
6. Vymětal J. Duševní krize a psychoterapie. Konfrontace 1995; 88 s.
7. Horlacher M, Reimer Ch. Krisenintervention. Teil I: Ätiologie, Formen, Symptome und Verlauf von Krisen. DIA-GM, 1992; 7: 603–611.
8. Janík A. K problematice intervence v krizových situacích. Bratislav.lék. Listy, 1978; 69, 3: 250–255.
9. Sonneck G. Krisenintervention in der Psychiatrie. Münchener. Med. Wschr. 1995; 137, 11: 163–166.
10. Peška I. Užití psychofarmak v krizové intervenci. Ami-report, 1994; 7–8: 23–24.