

"Life is one crisis after another"
Richard M. Nixon

1. CE ESTE CRIZA

Se poate spune ca noi traim astazi intr-o societate globala, plina de evenimente generatoare de crize de tot felul atat la nivel social, cat si la nivel familial sau individual. Episoadele de criza au devenit situatia prevalenta in lumea de astazi. Din punct de vedere epistemologic evolutia fenomenelor de astazi, fie ele sociale, economice, politice nu mai este liniara ci se realizeaza printr-o succesiune de crize. Insa teoria evolutionista postuleaza ca trecerea de la un nivel la altul al evolutiei unui fenomen, de la un ciclu la altul, s-a facut si se face in continuare printr-un proces cataclismic, prin crize care au rolul de a segrega si purifica o variabila adaptativa fata de balastul nefolositor.

Milioane de oameni se confrunta zilnic cu evenimente care nu le pot face fata cu capacitatile proprii, fie ele dezastre naturale, foamete, seceta, probleme financiare, somaj, incertitudini politice, revolte sociale sau cel mai des, crize personale. Despre acestea din urma va fi vorba in aceasta carte.

Dictionarul Oxford da urmatoarea definitie a "crizei": un moment de dificultate intensa sau pericol; un moment cand o dificultate sau o decizie importanta trebuie sa fie facuta; un punct de cotitura a evolutiei unei boli, cand se produce o schimbare importanta indicand fie recuperarea, fie moartea.

Dictionarul explicativ al limbii romane da urmatoarele definitii ale crizei:

1. Manifestare a unor dificultati (economice, politice, sociale etc.); perioadă de tensiune, de tulburare, de incercari (adesea decisive) care se manifesta in societate; 2. Moment critic, culminant, in evolutia care preceda vindecarea sau agravarea unei boli; declansare brusca a unei boli sau aparitia unui acces brusc in cursul unei boli cornice; 3. Tensiune, moment de mare presiune sufleteasca, zbucium.

Exista mai mult cuvinte care oamenii le folosesc pentru a descrie evenimente negative de viata, precum stres, nechez, urgenta sau criza si uneori acestea se folosesc impropriu, lucru ce genereaza confuzie sau o suprapunere de semnificatii. Stresul nu este criza, este un eveniment care declanseaza o reactie nespecifica de aparare a organismului

fata de o agent/situatie amenintatoare, necazul este o situatie neplacuta, perceputa ca periculoasa sau jenanta, iar urgenta este o combinatie de circumstante care solicita actiune imediata. Necazul sau urgenta conduc la stres si stresul in sine are potentialul de a deveni o “criza”. Daca necazurile sau stresurile devin crize depinde de abilitatea fiecaruia de a trata astfel de circumstante ale vietii (Hoff, 1978). “*Finalmente, criza nu este o tulburare mentala sau emotionala. Criza poate fi definite ca o situatie serioasa sau un punct de cotitura generat de un pericol sau de o oportunitate*” (Hoff, 1995).

Ca si construct conceptual de criza nu are un inteles foarte bine conturat sau o baza teoretica formala (Auerbach si Kilmann, 1977). Korchin (1976) spunea ca “in acest moment, conceptual de criza este mai mult o orientare si un mod de gandire decat o teorie”. Cu toate acestea, de-a lungul anilor acest concept a devenit din ce in ce mai popular si a condus la formularea, organizarea si dezvoltarea de programe de interventie la nivelul serviciilor de sanatate mentala comunitara. Ulterior teoria crizei si a interventiei in criza a capatat mai mult consistenta si astazi exista o literatură întreaga care abordeaza aceasta problema si aproape ca nu exista comunitate din tarile vestice care sa nu aiba organizata o structura de raspuns si preventie la situatiile de criza.

Cuvintul “criza” derivat de la grecescul κρίσις (*krisis*) care inseamna decizie sau “punct de cotitura”. El a fost introdus in domeniul sanatatii mentale de Erik Lindemann (1944) descriind reactia de doliu la pierderile suferite dupa un incendiu petrecut intr-o discoteca si ulterior de Gerald Caplan (1964) si echipa lui de la Universitatea Harvard care au studiat reactia familiilor de emigranti evrei in Israel imediat dupa cel de al II-lea razboi mondial. Lindemann descrie reactia de doliu la familiile celor decedati in incediul de la Boston's Coconut Grove Club in 1942, reactie acuta si constanta la toti cei examinati de el si care se caracteriza prin tulburari somatice, preocupare cu imaginea celui decedat, vinovatie, reactii ostile si manifestari comportamentale disfunctionale. Readaptarea dupa reactia la doliu a condus la formarea de noi relatii cu cei din jur si astfel el a pus bazele teoretice ale crizei si a rezolvarii ei.

Caplan concepea criza ca un raspuns scurt la un stres sever, raspuns care nu are structura unei boli dar care tradeza dezechilibrul mecanismelor individuale “homeostatice”. Dupa el organismul se lupta sa mentina o balanta homeostatica cu ambianta exterioara, balanta care este continuu amenintata de stimuli fiziologici si

psihologici. Cand aceasta balanta este dezechilibrata, individual se angajeaza in activitati destinate sa o restaureze si astfel criza este definita ca o dezechilibrare temporara a echilibrului psihologic si fiziologic individual. Caplan considera ca criza apare cand o persoana se confrunta cu o problema pentru care nu are o solutie imediata si care pe moment pare de nedepasit. El spunea: *“O criza apare atunci cand o persoana se confrunta cu un obstacol important de viata si care pare pentru un timp insurmontabil prin utilizarea metodelor obisnuite de rezolvare a problemelor”* (Caplan, 1964). Aceasta stare se releva ca o tulburare emotionala, tensiune psihica, anxietate si inabilitate de functionare normala ceea ce conduce individul sa se adreseze structurilor de ingrijire psihiatrica/psihologica. Dupa Caplan starea de criza are trei caracteristici importante: i) dezechilibrul homeostaziei psihologice; ii) mecanismele uzuale de coping sunt depasite; iii) exista evidenta unui reactii sau disfunctii emotionale negative. Dupa Talpin (1971) conceptia lui Caplan asupra crizei este limitata pentru ca el vede individul doar ca un “reactor” si ignora faptul ca sunt si dezechilibre adaptative ale homeostaziei. Ideile lui despre criza au fost influentate de teoriile timpului, precum psihanaliza si teoria generala a sistemelor, de la care a imprumutat conceptele de “homeostazie” si de “echilibrul” al organismului. Astazi, teoria homeostaziei pare reductionista pentru ca nu permite incorporarea altor aspect comportamentale din criza si post-criza precum cresterea, dezvoltarea, schimbarea si actualizarea. Halpern (1973) merge mai departe si introduce si o interpretare cognitivista afirmand ca criza este data de o interpretare eronata, amenintatoare, a unui eveniment si de credinta incapacitatii personale de a depasi acest eveniment.

Luarea in considerare a reactivitatii individuale fata de evenimentele declansatoare ale crizei a ramas pana astazi ca un pilon al definitiei actuale a situatiei de criza. In felul acesta se recunoaste ca situatia ce genereaza criza este subiectiva si diferit definita si interpretata de la individ la individ (Hoff, 1995).

Parad (1966) si France (1982) continua ideile lui Lindemann si Caplan la care adauga rolul important pe care-l joaca perceptia individuala asupra factorilor stresanti. Astfel, principalele caracteristici ale crizei ar fi: 1. un eveniment declansator specific si identificabil; 2. perceptia ca situatia este stressanta si amenintatoare; 3. credinta in incapacitatea personala de depasire a evenimentului; 4. experinta unei stari emotionale de

discomfort caracterizata in principal prin frica, anxietate, tensiune si confuzie; 5. functionare deficitara.

Pentru a preveni unele confuzii, stresul nu trebuie asimilat cu criza pentru ca criza creiaza totdeauna stres, dar stresul nu creiaza totdeauna o situatie de criza. Fiecare persoana interpreteaza evenimentele stresante si situatia de criza in felul sau propriu, in functie de schemele cognitive, experienta anterioara, capacitatea de coping, resursele individuale si suportului proximal, etc. Exemple de situatii care conduc pe unii indivizi la declansarea unei crize ar fi: pierderea serviciului, separarea sau divortul, conflictele familiale sau munca, moartea unei persoane apropiate, pierderi financiare, probleme legale, etc. Prezenta unui eveniment stresant bine definit este ceea ce diferentiaza criza de alte feluri de reactii stresante maladaptative (de exemplu reactii post-traumatice de stress, stari disociative, etc.). O alta dificultate exista in a discrimina o criza de o trauma. O criza este diferita de o trauma prin timpul scurt de aparitie si cat de repede este rezolvata. Multe din crize devin traume si invers, multe trauma devin crize. Totusi criza nu apare in izolare fata de stres, trauma sau boala ci intr-o relatie dinamica cu acestea, relatie determinata de canavaua culturala pe care se sprijina.

Pentru Carkhuff si Berenson (1977) criza apare atunci cand raspunsul individual la o situatie este inadecvat, pentru Belkin (1984) criza este o dificultate sau situatie personala care imobilizeaza sau stopeaza individual in controlul constient al situatiei de viata, iar pentru Brammer (1985) criza este o stare de dezorganizare in care indivizii se confrunta cu o profunda disolutie a capacitatii de coping in situatii care afecteaza realizarea unor importante scopuri personale.

Roberts (2000) defineste criza ca o perioada de dezechilibru psihologic ca rezultat a unui eveniment sau situatie perceptuta ca periculoasa si care nu poate fi remediata prin folosirea strategiilor familiare de coping. Ulterior, Roberts defineste criza astfel: *“O disruptie acuta a homeostaziei psihologice fata de care mecanismele usuale de coping nu pot face fata si care conduce la distress si afectare a functionarii. Reactia subiectiva la experienta de viata stressnata cuprinde atat stabilitatea cat si abilitatea de coping si de functionare. Cauza majora a unei crize este impactul cu un eveniment stressant, traumatic sau hazardos care trebuie sa implineasca doua conditii necesare: 1) individual trebuie sa perceapa evenimentul ca si cauza a necazului si 2) individual nu este capabil*

sa rezolve acest necaz prin mecanismele uzuale de coping. Criza are in mod obisnuit cinci faze: actiunea evenimentului hazardos, o stare vulnerabila sau de dezechilibru, un factor precipitant, o stare activ de criza bazata pe perceptia individului fata de ce se petrece si o faza de rezolutie a crizei” (Roberts, 2005, p.778).

O definitie care sa subsumeze toate cele de mai sus ar fi cea a lui James si Gilliland (2005): *“Criza este o perceptie sau traire a unui eveniment sau situatie ca intolerabil de dificila si care depaseste resursele curente si mecanismele de coping”.*

Definitii succesive ale crizei si teoriile care au stat la baza lor nu fac altceva decat sa reproduse evolutia teoriilor generale folosite in alte discipline precum in epidemiologie, etiopatogenie sau psihopatologie. Ele au condus la o asa-zisa teorie largita a crizei care isi are originea in teoria psihanalitica, teoria sistemelor, teoriile ecologist-adaptationiste si teoria interpersonală rogeriana. Astfel, conform teoriei psihanalitice, criza poate fi inteleasa prin apelarea la inconstientul individului si a experientelor lui emotionale trecute, la fixatiile din copilarie si la modul prin care individual isi construiește “insight-ul” pe baza dinamicii acestei istorii personale. Conform teoriei sistemelor criza nu mai este o problema doar a individului ci si a ambiantei sociale si ambientale, toate subsistemele participante sunt intercorelate si schimabrea intr-unul se reflecta si la celelalte; acesta optica s-a reflectat ulterior in raspunsul conjugat din interventional in criza (James and Gilliland, 2005). Teoria adaptationista afirma ca persoana in criza isi va reveni cand comportamentele maladptative de coping vor fi inlocuite de altele potrivite situatiei. Aceasta inseamna promovarea unor scheme cognitive si a unor comportamente pozitive care sa conduca la cresterea rezilientei si la o functionare adecvata a individului. Teoria largita a crizei imprumuta de la teoria interpersonală rogeriana ideea ca stima de sine, deschiderea, increderea, impartasirea, siguranta, empatia si naturalitatea sunt trasaturile care il fac pe un individ sa depaseasca usor stuatii de criza prin capacitatea lui de a se valida, auto-actualiza si auto-evalua (Raskin si Rogers, 1995).

Dar exista si o definitie laica a crizei, dupa care oamenii se simt indreptatiti sa apeleze sau nu la un program de criza in anume ipostaza a vietii lor sau a altora. Pentru oamenii de rand o “criza” este orice situatie pe care nu o poate depasi, atat din cauza afectarii echilibrului biologic sau psihologic individual cat si/sau din necunoasterea modului de raspuns la o situatie neasteptata si amenintatoare. Astfel un individ care nu

poate sa rezolve problema adapostului peste noapte, care nu are ce manca sau a unui adolescent care a fugit de acasa pot constitui tot atatea situatii de criza din cauza ca acesti indivizi nu pot rezolva situatia punctuala in care se afla, cunosc unde sa se adreseze pentru indrumare, nu cunosc resursele comunitatii sau pentru ca sunt straini de locul in care se afla. Asta nu inseamna ca un individ se simte indreptatit sa apeleze la criza doar pentru ca nu cunoaste mersul trenurilor sau a autobuzelor, dar poate cere o indrumare depre unde este localizat un adapost sau a cantina de ajutor popular.

Pentru mine, elementele cele mai importante in definirea unei crize sunt perceptia individuala asupra evenimentului declansator si pereceptia asupra capacitatii proprii de depasire sau rezolvare a situatiei de criza. Alaturi de acestea trebuie discutat si faptul ca declansarea unei crize nu este o situatie liniara ci se poate produce prin actiunea unor evenimente ce pot actiona secvential sau conjugat, actiune care submineaza progresiv competenta de coping a individului si care intra in criza doar la actiunea ultimului eveniment, chiar daca acesta, teoretic ar fi fost usor depasit in alte circumstante. Nu este vorba de actiunea cumulative a unor factori stresanti ci mai mult de deteriorarea progresiva, cumulative a capacitatii individuale de coping, de reactivare a unor scheme maladaptative cognitive care il conduc pe individ la fixatie intr-o ipostaza de incertitudine, negativista, si defetista; factorii cognitivi precum atributiile, expectatiile, credintele, atitudinile joaca un rol esential la fe ca si situarea locusului de control, inafara sau inaintu subiectului.

Teoria largita a crizei a condus si la conturarea unui deznodamant pozitiv al crizei. Confruntarea cu un eveniment declansator al unei crize si cu derularea ei cu toate costurile pe care le incumba nu rezulta numai intr-un dezechilibru psihologic ci poate conduce si la cresterea capacitatii de coping, dobandirea unor abilitati noi si in final la cresterea rezilientei individuale. In acest fel criza poate fi privita ca si o oportunitate de unde si sloganul lucratorilor de criza care spune ca *“in fiecare criza exista un sambure al dezvoltarii personale”*. Aici trebuie amintit ca traducerea in chineza a cuvintului criza se face prin doua cuvinte care in mod paradoxal inseamna in mod separat pericol si oportunitate (Green si altii, 2000).

2. ISTORICUL CONCEPTULUI DE CRIZA

Criza, ca și experiența de viață, există de la începuturile istoriei umane recunoscându-se astfel doza de hazard ce presupune o existență normală. Ca și concept utilizat de profesioniștii sănătății mentale, criza a apărut destul de târziu. Până în 1969, când a apărut prima carte referitoare la criza și la corolarul ei, intervenția în criza, se considera că criza este o problemă a fiecărui individ în parte și nu o disciplină particulară care să colecteze ceea ce este comun tuturor experiențelor individuale. Larga audiență a teoriei psihodinamice freudiene, descoperirea neurolepticelor în anii '50 ai secolului trecut și pierderile umane ale celui de al 2-lea război mondial au condus la acumularea unor cunoștințe specifice care s-au constituit ulterior într-o disciplină aparte. Interesant este că la început literatura despre criza se găsea în revistele de psihologie, asistență socială sau nursing și se vorbea de criza ca despre un incident experimentat de-a lungul cursului unei vieți normale, în timp ce psihiatria de urgență nu vorbea de loc de "criza".

Ulterior criza și intervenția în criza au fost identificate cu prevenția suicidului. Suicidul era considerat sinonim cu criza și Farberow (1974) spunea că "*suicidul este un epitom al crizei, cel mai bun exemplu de urgență psihiatrică supraincarcată de emoții și care arată de fapt că viața este un risc*". Primele servicii de prevenție a suicidului au apărut în 1968 pe lângă spitalul de copii din Los Angeles iar în 1972 erau deja 185 de astfel de centre pe teritoriul SUA. Majoritatea acestor centre erau încadrate cu voluntari fără o pregătire specifică și cele mai multe din aceste centre furnizau doar informații sau legătura cu instituții medicale specializate. Contactul cu clientul se făcea mai mult la telefon și mult mai rar direct, față în față. Nu exista un model uniform de activitate în aceste centre și astfel era destul de greu să se facă considerații teoretice pe baza datelor culese de acestea. Totuși ele au contribuit încă de la început la implicarea comunității în răspunsul la suicid și la situațiile de criza în general (Auerbach, 1977).

În 1944 Lindemann publică rezultatele observațiilor și evaluărilor longitudinale făcute asupra a 101 indivizii care și-au pierdut un membru de familie drag în incendiul de la Coconut Grove Club din Boston sau în războiul mondial în curs la acea dată și care au experimentat reacții acute la doliu (Lindemann, 1944). Lindemann a putut să constate rolul important jucat de personalul de îngrijire a acestor persoane în depășirea durerii și

doliului provocat de teribila pierdere. El spunea ca *“un management adecvat al reactiilor de doliu poate preveni perturbările prelungite și severe ale adaptării sociale, precum și tulburările mentale consecutive”*. Ulterior, Lindemann a dezvoltat conceptual de criza emotionala exemplificat de reactiile de doliu sau de reactia indivizilor fata de situatii neasteptate și amenintatoare. El considera ca desi acest fel de situatii genereaza stres la toti cei expusi, numai unii din acestia dezvoltă crize emotionale și aceasta in functie de particularitatile lor de personalitate, experientele anterioare sau alti factori care îi vulnerabilizează in fata noilor circumstante; se poate spune ca acesti indivizi au resurse adaptative limitate, așa cum se poate spune ca cei care nu dezvoltă crize sunt persoane reziliente sau cu capacitate mare de coping. El a conturat cinci faze prin care trec persoanele care experimentează doliul: tulburari somatice, retrairia imaginii celui decedat, vinovatie, reactii ostile, pierderea modelelor comportamentale. Bazat pe aceasta experienta, autorul a dezvoltat ulterior programe comunitare de sanatate mentala care sa raspunda la astfel de situatii de criza.

O alta contributie hotaratoare in dezvoltarea conceptului de criza o are Erik Erikson care alaturi de binecunoscuta lui teorie a dezvoltării individuale introduce și ideea ca criza este un aspect normal al dezvoltării umane și ca o rezolutie efectiva a acesteia contribuie la prevenirea unor tulburari de lung parcurs ale dezvoltării individuale (Erikson, 1956; Pitcher și Poland, 1992).

Un alt moment de cotitura in istoria teoriei și practicii interventiei in criza il reprezinta lucrarile de psihiatrie preventiva ale lui Gerald Caplan de la Universitatea Harvard, Massachusetts. El a fost și un pionier al programelor de sanatate mentala in comunitate. In tratatul lui de psihiatrie preventiva afirma: *“termenul de psihiatrie preventiva se refera la cunostintele profesionale, atat practice cat și teoretice, care pot fi utilizate pentru a planifica și desfășura programe pentru reducerea: (1) incidentei tulburarilor mentale de toate tipurile din comunitate; (2) a duratei acestor boli și (3) a afectării care poate rezulta dupa aceste boli”*. (Caplan, 1964). Aceste consideratii au fundamentat ulterior teoria și practica interventiei in criza și a delimitat aceasta activitate ca o disciplina distincta in peisajul programelor și interventiilor de sanatate mentala in comunitate. Dupa Caplan, individul este vazut intr-un continuum echilibru emotional și principalul scop al mecanismelor de adaptare este sa-l conserve ca atare. Cand propriile

strategii de coping sau de rezolvare a problemelor sunt depasite de un eveniment, echilibrul se deterioreaza si apare o stare de criza manifestata printr anxietate, incertitudine, confuzie sau dezorganizare. Dupa el, mentinerea starii de echilibru sau de sanatate mentala depinde de stadiul maturarii ego-ului, ce s-ar traduce prin capacitatea persoanei de a face fata stresului sau anxietatii, gradul de recunoastere a realitatii si repertoriul mecanismelor de coping. El descrie patru stadii ale reactiei la criza: cresterea tensiunii emotionale, perturbarea rutinei zilnice, aparitia depresiei si perturbarea homeostaziei mentale sau rezolvarea crizei prin metode de coping.

In anii '60 ai secolului XX apar si primele centre de interventie in criza incluzand linii telefonice de criza, centre de raspuns la criza sau centre de preventie de criza in scoli (Slaikou, 1990). Acum se implementeaza primele programe de sanatate mentala ca raspuns la interventia presedintelui JF Kennedy din "Message on Mental Illness and Mental Retardation" catre Congresul SUA si a directivelor din "Community Mental Health Centers Act" din 1963 care spunea printre altele ca: "*Congruent cu scopul serviciilor de sanatate mentala in comunitate este si accentual pe interventia timpurie cu scopul de a face ca probleme minore sa nu se transforme intr-o patologie severa*" (citata dupa Annandale, 2006). Serviciile de interventie in criza incep sa fie considerate ca parte integranta a oricarui program de sanatate mentala (Slaikou, 1990). Tot acum apar si primele publicatii despre programul de criza, precum cele ale lui Parad (1965), Aguilera si colab.(1970) sau Halpern (1973).

Primele unitati care au gestionat crizele emotionale au fost spitalele de zi, apoi au aparut si structuri independente ca parte a sistemului psihiatric comunitar. De fapt, programele de criza s-au dezvoltat in paralel cu dezvoltarea psihiatriei comunitare si cu procesul de dezinstitutionalizare. Programul de interventie in criza a fost conceput inca din anii 60 ai secolului trecut ca o alternativa la spitalizare si ca un mod de a rezolva problemele legate de scaderea numarului de paturi in institutiile psihiatrice. Interesant este ca in acel timp interventia in criza a fost dedicate mai ales persoanelor cu un statut economic precar.

Interdisciplinaritatea a fost o trasatura constanta a echipei programului de interventie in criza, asa-zisa linie fierbinte (hotline) cu functionare de 24 ore si 7 zile pe saptamana. Ulterior, furnizarea de suport la telefon a persoanelor in criza a devenit o

parte importanta a oricarui program de interventie in criza. Astazi exista o gama diversa de servicii in criza precum servicii de criza la telefon, servicii de criza “on-line”, care furnizeaza suport prin internet, servicii mobile de criza care se deplaseaza la locul “victimei” sau servicii specializate de criza, precum cele pentru persoane suidare sau victime ale abuzurilor (violenta familiala, copilul abuzat. abuz sexual). Ca un numitor comun al tuturor acestor programe sau structuri organizatorice este faptul ca ele sunt receptacolele problemelor persoanelor care cauta un ajutor si cele care aduc resursele comunitare cat mai aproape de cei care au urgent nevoie de ele.

Cu un oarecare decalaj in timp, programele de interventie in criza s-au raspandit apoi si in Europa, mai intai in Anglia si tarile nordice ca mai apoi sa devina comune in tot vestul continentului. Fie ca functioneaza independent sau ca sunt integrate intr-o retea de sanatate mentala comunitara, ele si-au dovedit pe deplin eficienta si valabilitatea prin raspunsul personalizat si rapid pe care-l ofera ori de cate ori este nevoie, de la crize individuale pana la suportul in dezastre naturale, conflicte armate, luare de ostateci sau acte de terorism.

3. MODUL DE APARITIE SI DE DEZVOLTARE A CRIZEI

In general se considera ca criza este data de aparitia brusca, neasteptata a unui eveniment de viata care intereseaza si afecteaza subiectul si care genereaza o situatie critica de incertitudine referitor la capacitatea proprie de a-l depasi si astfel de a se reintoarce la situatia anterioara, cea de echilibru emotional si fizic si de liniste sufleteasca. De cele mai multe ori acest eveniment declansator este exterior subiectului, adica el este atribuit de subiect unor circumstante, factori sau conditii care au fost in afara abilitatii lui de ai prezice sau anticipa in forma sau intensitatea sub care au aparut in existanta subiectului respectiv. De aici vine calitatea specifica a evenimentului declansator al crizei, cea de eveniment de viata cu aparitie abrupta si neanticipata. Exemple de astfel de evenimente generatoare de criza sunt: pierderi financiare neasteptate, decesul brusc al unei persoane apropiate, accidente variate, boli amenintatoare, schimbari la locul de munca, separari bruste de persoane dragi, divort, schimbare rapida de statut si rol social, etc.

Deși conform definiției clasice a crizei în categoria factorilor declanșatori ai crizei nu intra condițiile interne ale subiectului, precum simptome sau tulburări psihice, indivizii care au astfel de probleme și care punctual nu pot să le depășească cu resursele proprii, obișnuiesc să se adreseze centrelor de intervenție în criza. Astfel, putem spune că în definiția extinsă a crizei, alături de factorii exteriori subiectului, pot participa la apariția crizei și factori emoționali, psihologici sau psihopatologici, ca în cazul sentimentelor de singurătate, respingere, de vinovăție, frică, deznădejde, panică, tristețe, suspiciozitate, idei paranoide, etc. (vezi Tabelul Nr. 1). Astfel, criza se definește ca o disrupție a homeostaziei psihologice a individului provocată de factori neașteptați, externi sau interni, pe care individul nu-i poate înțelege, accepta, sau depăși prin mecanismele și strategiile obișnuite lui.

Există o confuzie semnificativă între criza, stres, tulburarea acută de stres, traumă, tulburarea posttraumatică de stres, situație dificilă și situație de urgență. În puține cuvinte se poate spune că stresul psihic se manifestă ca o tensiune, presiune sau încordare apărută în condițiile adaptării la un agent stresant intern sau extern. Această reacție adaptativă soliciită din plin sistemul nervos vegetativ, sistemul endocrin și cel imunitar. În funcție de durată, intensitatea și răspunsul la un stres, reacția de stres poate fi adaptativă sau dezadaptativă, pozitivă sau negativă pentru homeostazia organismului. Situația dificilă este o situație neplăcută, periculoasă sau grea, iar urgența este o combinație de circumstanțe care necesită o acțiune imediată (Hoff, 1995).

DOMENIUL	
Sanatate	Apariția neașteptată a unei boli sau dobândirea unui diagnostic de boală amenințătoare de viață
	Lipsa de acces la îngrijirea sănătății proprii sau pentru un membru de familie
	Lipsa medicamentelor necesare pentru îngrijirea sănătății
	Îngrijirea unui membru de familie grav bolnav
	Spitalizare îndelungată care afectează individul sau familia proximală
Factori emoționali/psihologici	Depresie, tristețe, lipsa de speranță
	Anxietate, panică, fobii
	Iritabilitate, manie, agresivitate
	Instabilitate emoțională
	Incapacitate de control al impulsurilor
	Diferite simptome psihice greu de controlat într-un anumit moment de viață
	Distress provocat de boli psihice existente
Suicid/automutilare/heteroagresiune	Prezența gândurilor și dorințe de suicidare
	Planuri și intenții de suicidare

	Impulsuri de automutilare
	Impulsuri de a lovi/vatama pe altii
Victimizare	Viol
	Violenta domestica
	Violenta la locul de munca
	Jaf, hotie
	Lovituri in urma unui conflict fizic
	Martor la scene de violenta extrema/accidente
Tulburari comportamentale	Automutilare/tentative de suicid
	Agresivitate/violenta fizica fata de ceilalti
	Acte antisociale
	Agresiuni sexuale
	Ofense la adresa bunelor moravuri sau pace sociala
Factori ce afecteaza copii/adolescenti	Bascalie la scoala
	Violenta la scoala
	Pierderea prestigiului personal
	Suspendare/exmatriculare
	Despartire/separare de persoana iubita
	Divortul/separarea parintilor
	Abuz fizic/emotional al parintilor
	Abuz sexual
Factori legali	Divort/separare
	Disputa asupra custodiei copiilor
	Raspuneri civile/penale severe
	Accidente de circulatie si daune consecutive
	Dispute financiare
	Disputa asupra proprietatii, mosteniri, faliment
Dezastre naturale/sociale	Inundatii, furtuni, tornade
	Cutremure
	Incendii
	Seceta
	Foamete
	Conflicte armate
	Luarea de ostateci
	Acte de terorism
Factori familiali	Divort/separare
	Infidelitate
	Plecarea copilului de acasa
	Boala/decesul unei persoane dragi
	Violenta domestica
	Disputa au conflict, abuz emotional
	Modificarea brusca a statutului/rolului familial
Factori legati de ciclurile vietii	Adolescenta
	Climacteriu
	Batranete
	Mutarea intr-o institutie de ingrijiri pentru batrani
Factori personali	Abuz asupra imaginii proprii/stima de sine
	Pierderea unei persoane de atasament
	Trecerea dintr-un ciclu de viata intr-altul
	Conflicte interpersonale
	Violente interpersonale
	Pierderea autonomiei
	Disfunctionalitati si dizabilitati si limitari in functionare

Factori vocationali	Pierderea locului de munca
	Conflicte la locul de munca
	Incapacitate de acomodare cu cerintele noi ale locului de munca
	Incapacitate de a-si gasi un nou loc de munca
	Incapacitate de a achizitiona noi deprinderi profesionale
	Incapacitatea de a continua educatia profesionala

Tabelul Nr. 1: Lista cu factori, evenimente sau circumstante declansatoare de crize

Criza este descrisa ca o schimbare rapida a starii functionale a individului, de cele mai multe ori survenita intr-o situatie contextuala neobisnuita pentru persoana care o traieste si care se manifesta in plan emotional sau comportamental. Ea se traduce printr-o reactie subiectiva, emotionala, la evenimentul declansator care compromite stabilitatea si abilitatea individului de coping si de functionare (Yeager si Roberts, 2003). Evenimentele psihosociale sunt cele mai intalnite cauze ce declanseaza situatii de criza, precum pierderea unei persoane dragi, schimbarea brusca a rolului social, situatii amenintatoare privind homeostazia psihosociala a individului (vezi Tabelul Nr. 1). In schimb, tulburarea acuta de stress se caracterizeaza prin simptome de anxietate, dissociative si altele consecutive unei expuneri la un stresor extrem, simptome care pot sa apara pana intr-o luna de la actiunea agentului traumatizant. Individual cu tulburare acuta de stress prezinta o scadere a modului de raspuns emotional facandu-l incapabil de a trai placerea in activitati altadata atractive si astfel determinandu-l sa aibe sentimente de vinovatie si esec.

Trauma psihologica se refera la o reactie caracteristic umana data de supraexpunerea la agent amenintator care duce la blocarea modalitatilor de adaptare si aparitia unei stari de hipervigilenta, frica, vinovatie, rusine, izolare, anxietate generate de retrairea evenimentului amenintator, cosmaruri (Roberets, 2003). Persistenta hiperevigilantii, ca expresie a blocarii mecanismelor de adaptare, conduce la o continua rememorare a situatiei traumatice care se stocheaza difuz si se recheama haotic din variate circuite ale memoriei subiectului. Un eveniment traumatic este un eveniment extrem, sever, puternic, daunator sau amenintator care solicita un efort considerabil de coping, el este trait ca real si nu imaginat (Meichenbaum, 1994). O amenintare la integritatea corporala sau viata unui individ, daune fizice severe, moartea violenta a cuiva drag sunt exemple de astfel de traume. Astfel de evenimente sunt perceptute de subiect ca

extreme de amenintatoare pentru ca el se simte in fata lor neputincios, fara ajutor, infricosat, socat, oripilat in functie de experientele lui anterioare, de schemele lui cognitive, de imaginarul colectiv, de credintele culturale locale. Trauma rupe ancorele psihologice care fixeaza subiectul intr-o zona de siguranta. Numitorul comun al evenimentelor traumatica este ca ele creeaza subiectului un sentiment de frica intensa, lipsa de ajutor, lipsa de control si teama de fi anihilat.

Tulburarea post-traumatica de stress (TPTS) este constituita dintr-un set de simptome care se dezvoltă după ce un individ a fost implicat sau a fost martor a actiunii unui eveniment traumatic stresant extrem, precum o crima, viol, accident, dezastru natural, razboi, etc. TPTS este o tulburare psihica complexa, cu evolutie cronic interminenta, profund dizabilitanta, facand frecvent comorbiditate cu diverse alte tulburari psihiatrice precum depresia, anxietatea, panica, abuzul de alcool si alte substante, sau tulburarea borderline a personalitatii. Printre cele mai frecvente simptome sunt: sentimente de frica, deznadejdie si oroare, tulburari de somn, hipervigilenta, persistenta reamintire/retraire a evenimentului stressant, ganduri intruzive referitor la acest eveniment si consecintele lui si frecvente incercari nereusite de a evita si a se elibera de sub influenta acestor rememorari.

Bazati pe teoria generala a reactiei de adaptare la stres, Burgess si Roberts (2005) dezvoltă teoria unui continuum între stress, criza si trauma. Acest model sugerează un proces interactiv continuu între ambiata stresanta si individ, proces cu trei componente: evenimentul activator, reactia si consecinta. In functie de calitatea si intensitatea evenimentului activator, o situatie sau conditie poate deveni stresanta sau traumatica iar reactia, in functie de modul de recrutare a axei hipotalamo-hipofizaro-suprarenaliene, a zonelor limbice, amgdaliene si a celor prefrontale, deci in functie de implicarea endocrina, vegetativ, afectiva si cognitiva a subiectului, poate conduce la criza, reactie la stress, sau tulburare post-traumatica de stress; subiectul poate dezvoltă diverse aspecte, variante sau severitati ale reactiei la stres, dar elementele crizei raman constante de-a lungul acestui continuum (vezi Tabelul Nr. 2).

Dezvoltarea unei crize. Evolutia unei crize se poate stadializa in felul urmator:

1. Aparitia evenimentului: Odata evenimentul stresant aparut cascada de reactii de adaptare se declansează rapid. In aceasta prima etapa caracteristicile evenimentului sunt

foarte importante. Astfel, bruscheta aparitiei evenimentului, hazardul sau amenintarea pe care o anunta evenimentul, neanticiparea lui in nici o ipostaza, timpul de contact cu subiectul, respectiv persistenta evenimentului, sunt factori importanti in declansarea ulterioara a unei crize. La toate acestea se pot adauga aspectele cumulative rezultate din expunerea subiectului la diferiti alti factori care au actionat anterior si care au solicitat intens capacitatea de coping a subiectului si care l-au vulnerabilizat pentru agresiunile ulterioare.

2. Rezilienta subiectului: In contact cu evenimentul stresant subiectul raspunde cat poate de prompt cu metodele de coping aflate la indemana, respectiv cele mai uzitate si slefuite in timp. Daca balanta homeostatica este in continuare amenintata, lucru care tradeaza ineficienta primei linii de aparare, subiectul mobilizeaza si resurse aflate in rezerva, respectiv modalitati mai ample de coping si mai putin solicitate in trecut. Daca subiectul este déjà intr-un proces de adaptare cu evenimente aparute anterior iar evenimentul curent se subsumeaza celor anterioare, resursele lui sunt intinse la maximum si se poate spune ca subiectul este pe cale de a fi depasit iar el este intr-o faza vulnerabila.

NIVEL	TIP	INTERVENTIE
Nivelul 1 si 2	Distress sau criza tranzitorie situationala	Interventie in criza, ingrijire medicala la nivelul primar
Nivelul 3	Criza traumatica la stress	Terapie individuala sau de grup orientate pe trauma
Nivelul 4	Criza familiala	Terapie familiala sau de cuplu, management de caz, interventie in criza
Nivelul 5	Persoana in criza cu tulburari psihice	Interventie in criza, evaluare si urmarire ambulatorie psihiatrica, farmacoterapie,
Nivelul 6	Urgenta psihiatrica	Interventie in criza pentru stabilizare, tratament ambulator sau spitalizare psihiatrica
Nivelul 7	Crizele traumatice la catastrofe sau stressuri extreme si prelungite	Implicarea intervedntiilor multiple ca raspuns la trauma (interventia in criza, spitalizare sau ambulatory psihiatric, farmacoterapie, psihoterapie)

Tabelul Nr. 2: Continuum stress-criza-trauma (adaptat dupa Roberts si Yeager, 2009)

Daca subiectul este antrenat in a face fata la situatii neasteptate, amenintatoare, daca el are resurse construite in timp, ridicate pe o baza cognitive-emotionala solida si intarita de o retea sociala proximala de incredere, el va face fata cu succes si lovitura

evenimentului stresant diminuează treptat în învelișul de amortizare pe care subiectul îl posedă deja. Astfel, una este să divorțezi și ai mulți prieteni și altceva este când ești singur; într-un fel vei vedea lucrurile când ești religios și altfel când nu ești și te apasă singurătatea și sentimente de neajutorare sau când ți-a murit cineva drag.

3. Factorii precipitanți se pot interpune și ei pe lanțul declanșării crizei. Ei se pot adăuga evenimentului declanșant, loviturii principale, pentru a crea o stare de dezechilibru ce conduce la tensiune și anxietate a subiectului la apogeu. Factorii predispozanți pot coincide cu evenimentul perceput de subiect ca declanșator, or pot fi doar factori cumulativi, neglijabili luați individual, dar a căror apariție într-un anumit moment poate conduce la supraîncărcare și deteriorare a echilibrului delicat al subiectului. Astfel, a avea rate la bancă face mai amenințătoare situația de a pierde serviciul.

4. Starea de criza activă este starea subiectivă pe care un subiect o descrie când mecanismele lui de menținere a homeostaziei emotionale sunt ineficiente, depășite sau deteriorate sub acțiunea factorilor declanșatori. Aceasta duce la eliberarea unei reacții emotionale cu caracter exploziv și subiectul este proiectat într-o situație de soc, incapabil de reacție, autoevaluare și mobilizare. Este faza în care subiectul se simte dator să caute ajutor și se adresează instanțelor exterioare într-o ierarhie în funcție de disponibilitate, cunoaștere a resurselor comunitare, păstrării anonimatului, prezervării stimei de sine sau a menținerii integrității fizice și psihologice a persoanei. Astfel, un subiect în criza poate lua în calcul să se adreseze pentru ajutor familiei, unui prieten apropiat, vecinilor, medicului de familie, camerei de gardă a unui spital sau programului de criza. Starea de criza activă se instalează parcurgând ea însăși unele stadii: i) creșterea rapidă a tensiunii interne, când subiectul se simte bruscat sub presiunea stimulului neașteptat, socat și dezorientat, stare care duce rapid la dezorganizare comportamentală, afectivă și cognitivă; ii) menținerea în platou a acestei dezorganizări, în care subiectul se simte anxios, inefectiv, haotic, cu încercări repetate de rezolvare a problemei și creșterea progresivă a nevoii de împărtășire și ajutor exterior; iii) este faza în care subiectul încearcă să recruteze toate capacitățile proprii, resurse interne și externe, de rezolvare a crizei, pe baze creșterii vigilenței, a suportului energetic și a capacităților cognitive emotionale, etapa care poate duce la clarificarea situației sau la confuzie și încercări

haotice de eliberare. Menținerea dezorganizării și epuizarea mentală generate de multiple încercări de evadare din criză poate conduce la apariția de stări psihotice, tendințe suicidare sau homicidare.

5. Rezoluția crizei sau rezolvarea crizei se poate face atunci când, sub diferite forme, echilibrul emoțional al subiectului se restabilește iar o recuperare a încrederii în abilitatea proprie de a face față este dobândită parțial sau total sau când subiectul a găsit suficiente resurse externe sau interne care să contribuie la restabilirea competenței de coping și a reușit să reformuleze pozitiv cauzalitatea, atribuțiile, responsabilitatea și încadrarea temporală a situației critice. Stingerea crizei se poate face tot atât de repede pe cât a apărut sau treptat într-un proces de revigorare. O situație de criză apărută la un subiect aflat într-o aglomerație și care declanșează un atac de panică trece destul de repede dacă el știe sau este ajutat să utilizeze metode eficiente de cupare a atacului, pe când o criză legată de plecarea unicului copil într-un alt oraș trece treptat pe măsura ce comunicarea afectivă cu el se restabilește iar subiectul înțelege că maturarea copilului înseamnă și desprinderea de cuibul originar. Dacă în cele mai multe cazuri rezoluția crizei poate duce subiectul la stadiul pre-criză, există și situații în care stingerea crizei se face prin trecerea ei într-un model cronic în care tulburările emoționale și comportamentale au tendința de a apărea din ce în ce mai ușor și mai frecvent, după mici frustrări sau conflicte, altădată ușor de depășit sau se trece la alt nivel diferit calitativ, de tulburare psihiatrică clinic bine conturată.

6. Reintegrarea de după criză presupune ca subiectul să recapăteze statutul psihic afectiv avut anterior. Aceasta se poate face cu diferite “costuri” la care subiectul a fost supus de-a lungul desfășurării procesului de rezoluție. Dar există și cealaltă față, când subiectul a dobândit noi abilități și cunoștințe și astfel, o situație similară viitoare va fi tratată diferit, cu competență și eficacitate. Aceasta presupune ca subiectul să dobândească o percepție cognitivă corectă a situației de criză și a elementelor ei componente, să învețe să identifice emoțiile proprii, să le denumească, să le accepte, să le încorporeze în narativele proprii și să le administreze adecvat și nu în ultimul rând să învețe abilități constructive de coping pe baza resurselor individuale. Acesta este deznodământul dorit al unei crize, privită ca oportunitate și parte integrantă a unui proces continuu de dezvoltare. Există și

eventualitatea nedorita ca rezolutia crizei sa se termine cu invatarea sentimentului de neajutorare, de lipsa de speranta si neincredere in propriile virtuti si capacitati. Subiectul devine mai vulnerabil la viitoare confruntari cu evenimente negative de viata si se constituie astfel premisele instalarii unei situatii de criza existentiala continua, de depresie, senzitivitate la incertitudine si cautarea externa a ajutorului pentru orisice.

Cum se manifesta o criza? In general nu exista un tablou tipic al unei persoane aflate in criza. Prezentare unui individ in criza depinde de factori multipli, de la varsta, sex, pana la factori educationali si culturali. In tabelul Nr. 3 se face un inventar al reactiilor fizice si psihice obisnuite ale unui individ in criza cu mentiunea ca nici unul din ele nu este mai caracteristic ca altul ci doar aparitia brutala a unui manunchi de reactii care exprima dezordinea emotionala pe care o traieste un individ expus la un eveniment pe care nu-l poate depasi mental, fizic, social sau spiritual. Trebuie spus ca nu se poate vorbi de simptome in criza, toate manifestarile unei crize sunt expresia unei hiperalerte a sistemului vegetative, al unui dezechilibru emotional si posibil exacebarea unor tulburari psihopatologice preexistente aparitiei crizei.

Cat dureaza o criza? O criza nu poate dura indefinit, insasi numele ei arata ca este vorba de o stare tranzitorie. Individul nu poate tolera prea mult timp nivelul ridicat al emotiilor negative, anxietatea extrema, incertitudinea, tensiunea neurovegetativa sau dezorientarea comportamentala, individul realizeaza ca este pe o panta a epuizarii si de aceea, instinctiv, cauta o rezolutie a crizei, ori care ar fi ea. Durata unei crize poate sa se intinda de la cateva ore la cateva zile. Daca dureaza mai mult asistam la pasajul crizei intr-o alta forma de pe continuumul criza-trauma-tulburare psihica.

Oboseala	Izolare, restragere sociale
Tulburari de somn	Sentimente de vinovatie, auto-blamare
Cosmaruri	Sentimente de lipsa de ajutor si deznadejde
Reactie de speriere	Confuzie emotionala
Dificultati de concentrare	Senzitivitate extrema
Dificultati de rezolvare a problemelor	Tulburari de memorie
Dificultati de luarea deciziilor	Anxietate, incertitudine, panica
Pierderea apetitului	Hipervigilenta si insomnie
Probleme digestive, greata, crampe, diaree	Sentiment de persecutie si suspiciozitate
Tensiune musculara	Tristete si idei suicidare
Cefalee	Explozii de manie
Ameteala, tulburari de echilibru	Agresivitate, iritabilitate
Instabilitate emotionala	Tendinta de externalizare, blamare a altora

Tabelul Nr. 3: Inventar cu reactii comune din timpul crizelor (adaptat dupa Roberts si Yeager, 2009)

Se intampla uneori ca in perioada de efort de coping fata de situatia critica sa apara un alt eveniment negativ caruia individual trebuie sa-i faca fata. In aceasta situatie se poate ca subiectul sa inceapa sa ignore inconstient situatia anterioara si sa se focalizeze pe cea curenta, privita ca o prioritate. Nerezolvarea crizei anterioare se subsumeaza inconstient la cea actuala si reactiile emotionale si comportamentale se transfera pe situatia curenta si devin mai ample si de lunga durata; nu e vorba aici de o suma ci de aparitia unei crize calitativ diferita. De exemplu, durerea nerezolvata provocata de accidentarea copilului intr-un accident de circulatie se poate transfera in mania fata de alta situatie care are putina legatura cu criza anterioara precum un conflict la locul de munca pe care individual il traieste ca excesiv. Aceasta situatie se numeste “*stare de transcriza*”, situatie in care elemente ale crizei nerezolvate anterior se adauga inconstient si in mod diferit crizei actuale generand aspecte particulare celei din urma. Starea de transcriza se rezolva doar atunci cand subiectul ajunge sa constientizeze contributia lucrurilor anterioare ramase nerezolvate la situatia critica actuala.

Nu trebuie uitat ca in cazul in care reactiile emotionale si tulburarile comportamentale dureaza mai mult de o luna dupa actiunea agentului traumatic, atunci se indeplineste unul din criteriile de diagnostic pentru tulburarea post-traumatica de stres.

De ce fac doar unii oameni crize? Prin definitie, oamenii in timpul crizei sunt foarte emotionali si incapabili sa-si rezolve problemele in mod usual. Se poate spune ca majoritatea oamenilor au capacitatea de a-si controla emotiile, necazul si de a depasi situatiile dificile pe care le intalnesc. Dar la fel se poate accepta ca exista un prag mai jos au mai sus al situatiilor de viata negative dincolo de care orice om poate face o criza si ca in fata aceluiasi tip de eveniment oamenii vor face o criza mai scurta sau mai lunga, mai usoara sau mai severa in functie de variabile individuale. Autorii sunt de acord in a considera ca nu exista o relatie liniara de cauzalitate intre eveniment si criza datorita multitudinii de variabile individuale si de moduri de interconexiune a acestora. Pe de alta parte, functioneaza si ideea ca exista puncte de vulnerabilitate de-a lungul vietii si o criza se produce atunci cand se intalnesc intr-un anumit moment evenimentul psiho-social declansator cu vulnerabilitatea circumstantiala. Pentru Shulberg si Sheldon (1968) probabilitatea de a face o criza este o functie a interactiunii dintre un eveniment hazardos, timpul de expunere la acest eveniment si vulnerabilitatea individului in acel moment.

Hansell (1976) descrie sapte caracteristici care fac un individ resilient la neazarurile vietii (Tabelul nr. 4), iar Roberts si Yeager (2009) fac o lista cu 12 caracteristici a persoanelor inclinate sa faca crize (Tabelul Nr. 5). Cel mai comun este sa se considere ca bunastarea individuala, existanta unei retele sociale suportive robuste (familie, prieteni, colegi), un eu puternic, intarit de un bun sens al stime de sine, reusita sociala si profesionala, sensul apartenentei la un grup sau comunitate, nivel ridicat de religiozitate/spiritualitate si lipsa unei istorii personale de pierderi si abuzuri, fac ca un individ sa fie resilient in fata adversitatilor vietii.

1. Satisfacerea nevoilor bazale ale vietii (hidratare, nutritie, habitat)
2. Puternic sens al identitatii
3. Relatie suportiva puternica cu cel putin o persoana
4. Acceptat ca membru in cel putin un grup
5. Unul sau mai multe roluri sociale care furnizeaza stima de sine
6. Securitate financiara
7. Un set de valori care furnizeaza un sens al scopului personal si intelegerea sensului vietii

Tabelul Nr. 4: Factorii de protectie fata de criza (dupa Hansell, 1976)

Felurile crizelor. Desi fiecare om, situatie si criza este diferita, exista totusi dorinta de a clasifica crizele si mai multe clasificari sunt in uz. Cea mai utilizata clasificare a crizelor este cea a lui Erikson (1956) care le imparte in crize situationale, cand individual se confrunta cu situatii neasteptate, inafara controlului propriu si crize de dezvoltare in care individual se confrunta cu provocari generate de parcursul dezvoltarii individuale. Rapaport (1967, 1970) clasifica crizele in trei categorii diferite: crize de dezvoltare (de natura biopsihosociala), crize accidentale (sub actiunea unui agent hazardos) si crize ale tranzitiei de rol (trecerea la alt rol, de ex. pensionare). Halper si Peterson (1982) ia in considerare doar doua tipuri de crize: crizele asteptate, ca parte a procesului normal de viata si crizele neasteptate, ca cele dupa dezastre, accidente, pierderi si decese nastepate (citati de Poal, 1990).

Baldwin (1978) clasifica crizele in sase tipuri: i) crizele dispozitionale care sunt date de o situatie problematica care poate fi remediata usor (informatie, indrumare, administrare); ii) crizele de tranzitie in viata care reflecta tranzitiile normale fata de care omul nu are suficient control; iii) crizele dupa evenimente traumatice, factori stresanti sau situatii neasteptate care impovareaza emotional subiectul; iv) crize de maturare care rezulta din situatii interpersonale care reflecta probleme interne nerezolvate (crize de adolescenta, crize la menopauza/adropauza); v) crize reflectand tulburari psihopatologice preexistente (depresie, anxietate, etc.); vi) crize care reprezinta urgente psihiatrice in care functionarea subiectului este profund perturbata.

1. Incapacitate de a intretine relatii sociale (de ex. singuraticul, suspiciosul)
2. O istorie de una sau mai multe tulburari psihice sau perioade de instabilitate cand persoana a trebuit sa ia medicatie
3. Inclinatie de a se simti stresat sau impovarat
4. Lipsa unei retele de suport (familie, prieteni, grup)
5. Istorie de episoade acute de criza care nu au fost pe deplin rezolvate
6. Inclinatie de a folosi aceleasi strategii esuate de coping
7. Stima de sine scazuta
8. Impulsivitate, manie, probleme de control al impulsurilor
9. Perioade de depresie, deznadejdie, iritabilitate, tulburari de somn, schimbari de Appetit
10. Istorie de probleme maritale si tulburari sexuale
11. Utilizare abuziva de alcool si alte substante, tulburari addictive
12. Istorie haotica de munca, perioade de somaj

Tabelul Nr. 5: Indicatori ai persoanelor inclinate sa dezvolte crize (dupa Roberts si Yeager, 2009)

James si Gilliland (1995) clasifica crizele in: i) crize de dezvoltare (situatii quasi-normale ale cursului vietii care se petrec cand factorii cauzali au o aparitie brusca si o intensitate mare, de exemplu crizele care apar la schimbarile aparute la nasterea unui copil, la schimbarile responsabilitatilor vocationale sau datorate procesului de imbatranire); ii) crize situationale (care apar brusc consecutive unui eveniment extraordinar pe care subiectul nu-l poate controla sau anticipa, ce de exemplu crize dupa

atacuri teroriste, rapiri de persoane, accidente de circulatie, viol, jaf, etc.); iii) crize existentiale care includ conflictele interne si anxietatile ce acompaniaza motivele si scopurile existentei umane precum responsabilitate, autonomie, libertate sau angajament si iv) crizele ambientale care se petrec datorita cauzelor naturale precum furtuni, tornade, inundatii, cutremure, etc. sau umane si politice precum incendii, foamete, revolutii, razboaie, epurari etnice, etc.

Roberts si Yeager (2009) fac o altfel de clasificare a crizelor in functie de modul de expunere a individului la agentul traumatizant. Astfel ei deosebesc crize aparute dupa o singura expunere la agentul declansator, precum crizele dupa dezastre naturale, accidente, crime, decese, pierderi, criza in care agentul este usor identificabil si care temporal actioneaza doar odata. Alt tip de criza ar fi cea cu expunere multipla si cumulative in care evenimente stresante se stocheaza, cumuleaza si ajung in anume punct cand reusesc sa depaseasca capacitatea de coping a individului, precum crizele familiale sau de cuplu, conflicte vocationale, etc. Al treilea tip de crize sunt cele deliberat cumulative si cu expunere repetata cand evenimentul se repeat continuu sau se acumuleaza prin actiunea deliberate a altcuiva. Exemple de acest tip ar fi violenta domestica sau abuzul sexual sau abuzul copilului de orice tip ar fi.

O alta clasificare facuta acesti autori pune accentul pe natura agentului traumatizant si astfel ei deosebesc mai multe feluri de crize, clasificare utilizata cel mai mult de programele de criza pentru ca genereaza tipuri diferite de raspuns:

- *Criza se stres tranzitoriu si distres somatic*, criza care rezulta din tulburari medicale sau simptome psihiatrice minore; astfel de crize cuprind pe cele determinate de diagnostice somatice severe precum cancer, accident vascular cerebral, diabet, etc sau cele concurente cu simptome prihiatrice precum anxietatea, depresia, fobia, somatizarea. Aici etiologia crizei este bio-medicala.
- *Criza de stress traumatic* este atunci cand o persoana traieste sau este martora unui eveniment necontrolabil, neasteptat si amenintator de viata, precum crime, violente, abuzuri sexuale, luare de ostateci, dezastre naturale, accidente de circulatie, decesul neasteptat al unei persoane dragi.
- *Criza familiala* se petrece in timpul certurilor familiale, dificultati financiare, somaj, probleme emotionale severe.

- *Criza data de boli psihiatrice serioase* cand tulburarea psihiatrica interfera cu capacitatea de coping a individului; crize care se petrec mai ale la debutul sau recaderea unei tulburari psihiatrice ce afecteaza functionarea individului, precum in episoade maniacale/hipomaniacale, episoade depresive severe, episoade psihotice, atacuri de panica.
- *Criza date de urgente psihiatrice*, cand functionarea individului este profund perturbata de o tulburare psihiatrica severe subjacentă și care creiază pericolozitate pentru individ sau persoanele din jur.

Aceasta din urma clasificare este mai aproape de realitatea cu care se confrunta profesionistul din programul de interventie in criza in practica de toate zilele.

Indiferent de tipologia adoptata, exista anumite caracteristici ale crizelor care sunt comune oricarui tip luat in considerare. Aceste caracteristici comune stau la baza teoriei crizelor si la formularea interventiei in criza. Ele sunt prezentate in tabelul Nr. 6.

Criza este un pericol dar si o oportunitate	Criza este un pericol pentru ca depaseste capacitatile de coping ale individului dar este si o oportunitate pentru ca il face pe individ sa caute si sa solicite ajutor si il invata noi metode de coping capabile sa-l oteleasca pentru viitoare crize
Criza are un aspect clinic complex	Criza se prezinta sunt forma unui tablou clinic polimorf si necaracteristic, dominat de elemente afective si comportamentale instabile in timp, fara a evoca vreo entitate clinica anume
Criza contine samburele dezvoltarii si a schimbarii	Criza conduce la dezvoltare personala prin mobilizarea resurselor existente si construirea altora noi pe parcursul rezolvarii ei si individual care a depasit o criza nu va mai fi niciodata ca inaintea ei
Criza nu are panacee sau interventii standardizate	Criza nu se rezolva dupa retete prestabilite, ea conduce la un raspuns unic, irepetabil pentru o situatie unica si irepetabila in detaliile ei
Criza reprezinta o necesitate de schimbare	Criza apare pe fundalul stagnarii, a imobilitatii proprii, inflexibilitatii in fata situatiilor de viata
Criza este universala	Criza este univesala pentru ca este imanenta existentei umane si ea este prezenta in toate culturile

Tabelul Nr. 6: Caracteristicile commune ale crizelor

Bibliografie:

Aguilera DC, Messick JM, Farrell MS (1970): *Crisis Intervention: Theory and Methodology*, The C.V. Mosby Company, St. Louis.

Annandale NO (2006): *States school crisis planning materials: an analysis of cross-cultural considerations and sensitivity to student diversity*, Dissertation PhD, Brigham Young University, Rexburg, Idaho

Auerbach SM, Kilmann PR (1977): *Crisis Intervention: A Review of Outcome Research*, *Psychological Bulletin*, 84 (6): 1189-1217.

Baldwin BA (1978): *A paradigm for the classification of emotional crises: implications for crisis intervention*, *American Journal of Orthopsychiatry* 48 (3):538-551.

Belkin GS (1984): *Introduction to counseling* (2nd ed.). Dubuque, IA: William C. Brown.

Brammer LM (1985): *The helping relationship: Process and skills* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Burgess AW, Roberts AR (2005): *Crisis intervention for persons diagnosed with clinical disorders based on the stress-crisis continuum*, in AR Roberts (Ed.) *Crisis Intervention Handbook*, New York: Oxford

Caplan G (1964): *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Carkhuff RR, Berenson BG (1977): *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Erikson ER (1956): *Growth and crisis of the healthy personality*, in C.Kluckhoh and NH.

Farberow NL (1974): *Suicide*. Morristown, N.J.: General Learning Press, 1974.

France K (1982): *Crisis Intervention*, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois

Greene GJ, Lee M, Trask R, Rheinscheld J (2000): *How to work with clients' strengths in crisis intervention*. In AR Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research*, Oxford, UK: Oxford University Press.

Halpern HA (1973): *Crisis theory: a definitional study*, *Community Mental Health Journal* 9 (4): 342-349.

Hansell N (1976): *The Person in Distress*, New York: Human Services Press

Hoff, LA (1978): *People in crisis: understanding and helping*, Addison-Wesley Pub. Co., Medical/Nursing Division, Menlo Park: CA

Hoff, LA (1995): *People in crisis: understanding and helping*, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

James RK, Gilliland BE (2005): *Crisis Intervention Strategies*, 5th Ed. Thomson/Cole: Belmont, CA

Korchin S (1976): *Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community*. New York: Basic Books.

Lindemann E (1944): *Symptomatology and management of acute grief*, *American Journal of Psychiatry*, 101; 141 -148.

Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post traumatic stress disorder*. Waterloo, Ontario: Institute Press.

Murray (Eds), *Personality in nature, society and culture*, Alfred Knopf, New York

Parad HJ (1965): *Preventive casework: Problems and implications*, in HJ Parad (ed.), *Crisis Intervention: Selected readings*, Family Service Association of America, New York.

Poal P (1990): *Introduction to the theory and practice of crisis intervention*, *Quaderns de Psicologia*, 10:121-140.

Pitcher G, Poland S (1992): *Crisis intervention in the schools*. New York: Guilford Press.

Rapaport L(1970): *Crisis Intervention as a mode of brief treatment*, in RW Roberts and RH Nee (Eds.): *Theories of Social Casework*, The University of Chicago Press, Chicago.

Raskin NJ, Rogers CR (1995): *Person-centered therapy*. In RJ Corsini & D Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Roberts AR (Ed.). (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press.

Roberts AR (2003): *Assessment, crisis intervention and trauma treatment: The integrative ACT intervention model*, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2: 1-21.

Roberts AR (2005): *Bridging the past and the present to the future of crisis intervention and crisis management*, in AR Roberts (Ed.) *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.), New York: Oxford University Press.

Roberts AR, Yeager KR (2009): *Pocket guide to crisis intervention*, Oxford University Press, New York.

Schulberg HC, Sheldon A (1968): The probability of crisis and strategies for preventive intervention, Archives of General Psychiatry 18 (9): 553-558.

Slaikau KA (1990): Crisis intervention: A handbook for research and practice (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Talpin JR (1971): Crisis Theory: critique and reformulation, Community, Mental Health Journal, 7 (1): 13-23.

Yeager KR, Roberts AR (2003): Differentiating among stress, acute stress disorder, crisis episodes, trauma, and PTSD: Paradigm and treatment goals, Brief Treatment and Crisis Intervention, 3:3-25.