

2. Evaluarea in criza

Evaluarea persoanelor in criza este un proces dificil care rezida din insasi dificultatea definirii crizei. Astfel ne-am putea intreba pe drept cuvânt: *“Cum sa recunosc o persoana in criza? Cum sa deosebesc o persoana in criza de una care este afectata psihic dar nu este in criza? Cum sa aflu ce se intampla realmente cu o persoana in criza daca ea este atat de tulburata? Ce pot sa-i spun aui sa intreb o persoana aflata in criza?”*.

Interesant de subliniat este ca limbajul crizei este unul obisnuit, comun, in aceasta comunicare nu exista limbaj tehnic pentru ca atat persoana in criza cat si cea care asculta sau evalueaza utilizeaza un vocabular uzual pentru ca numai asa se pot transmite si recepta mesajele de compasiune, comuniune si ajutor.

Indiferent cat de emotional sau dramatic ar fi modul de prezentare a crizei, lucratorul din criza trebuie sa raspunda la mai multe intrebari: Cat de severa este criza si care este nivelul de urgenta si nivelul de interventie? Este subiectul in pericol sa comita un suicide? Trebuie spitalizat? Ce resurse sunt disponibile si adecvate situatiei subiectului? Dar intrebarile care au prioritate sunt cele legate de urgenta raspunsului in criza, respectiv care este nivelul sigurantei persoanei in cauza si a altora din jur si daca functionarea persoanei nu pune in pericol integritatea subiectului sau a celor din jur. Astfel, tinta principala a evaluarii trebuie sa fie identificarea rapida pericolul pe care subiectul il reprezinta pentru el insusi sau pentru altii si cat de deteriorata este functionarea subiectului fata de nivelul anterior (Hoff, 1995). Aceste doua raspunsuri vor dirija directia si magnitudinea interventiei in criza.

De acuratetea si rapiditatea evaluarii in criza depinde eficacitatea interventiei. Astfel procesul de evaluare nu se oprezete la primul contact cu subiectul, el trebuie sa fie generalizat, intentional si continuu pe tot parcursul activitatii lucratorului in criza, cu alte cuvinte, procesul de evaluare nu se opreste nici atunci cand se furnizeaza interventia activa in criza. Dupa Gilliland si James (1996) acest proces de evaluarea este continuu si generalizat pentru ca cuprinde toate aspectele vietii personale si sociale ale subiectului, ceea ce permite lucratorului in criza: i) sa determine nivelul de letalitate (pericolul pentru

subiect si/sau pentru altii); ii) sa determine severitatea crizei; iii) sa determine stabilitatea emotionala si toleranta la distress a subiectului si iv) sa determine capacitatea de coping a subiectului, reseaua de suport, functionalitatea si alternativele disponibile. In Tabelul Nr. 1 se prezinta succinct scopurile evaluarii in criza.

Informatiile necesare evaluarii crizei.

1. Se solicita individului sa descrie evenimentul declansator al crizei;
2. Se determina cand s-a produs (secventa temporala a crizei);
3. Se evalueaza potentialul de suicide si/sau homicid, existenta planului sau a intentiei in acest sens;
4. Se evalueaza starea mentala si fizica a subiectului, functionarea generala in ariile domestica, sociala si vocationala;
5. Se evalueaza consumul de alcool/substante, actual si in trecut;
6. Se evalueaza daca subiectul a experimentat acest stressor si cu alta ocazie si ce metode de coping a utilizat;
7. Se determina ce capacitate de coping are actualmente subiectul; daca a incercat vreo metoda de a iesi din criza si ce rezultat a avut;
8. Se solicita individului sa precizeze care este perceptia proprie despre criza, severitatea ei, existenta resurselor proprii (calitati, abilitati, experienta, trasaturi de caracter/personalitate, etc.)
9. Se determina accesul la reseaua proximala de support (familie, prieteni, colegi, etc.);
10. Se determina nivelul de functionare in pre-criza;
11. Se stabileste aderenta subiectului la mijloacele sau metodele exterioare disponibile de ajutor.

Tabelul Nr. 1: Tintele de urmarit in timpul evaluarii crizei

De multe ori lucratorul in criza trebuie sa faca evaluarea in cateva minute si apoi sa initieze fara intarziere interventia specifica insa acuratea si confidenta nu trebuie sa sufere. Aceasta este una din principalele diferente fata de modelul de abordare a unui subiect in terapie. Prezentare secventia a evaluarii in criza si compararea acesteia cu modelul terapeutic obisnuit este infatisata in Tabelul Nr. 2.

Instrumentele evaluarii in criza:

Succesul evaluarii in criza se bazeaza pe modul in care informatiile sunt culese.

Aceste date pot fi culese prin:

- interviu structurat sau nestructurat;
- administrarea unor instrumente standardizate specifice evaluarii crizei, precum fise sau scale de evaluare a crizei sau triajului;
- instrumente standardizate non-specifice crizei dar specifice unor aspecte psihopatologice sau comportamentale intalnite la oamenii in criza.

Fiecare din aceste proceduri are calitatile si minusurile ei insa alegerea uneia sau alteia tine de particularitatile subiectului si a crizei de evaluat, de timpul alocat evaluarii si de familiarizarea clinicianului cu aceste instrumente.

Interviul nestructurat are avantajul ca este flexibil adaptandu-se rapid naratiunii subiectului dar are inconvenientul este lung si furnizeaza doar o istorie cronologica a situatiei si a functionarii subiectului si nu lasa prea mult loc identificarii consecintelor crizei asupra cognitiei si afectivitatiei subiectului in mod organizat asa cum o face interviurile sau scalele structurate. Astfel, in cazul unui subiect suicidal este imperios necesar aplicarea unui instrument specific de evaluare care extrage toate elementele de risc si severitatea ideatiei suicidare si face ca evaluarea sa fie confidenta. Desigur ca experienta profesionala a lucratorului in criza are un cuvânt greu de spus in alegerea tehnicii de evaluare insa nu trebuie neglijat faptul ca orice evaluare se stocheaza electronic sau pe hartie in dosarul clientului si reprezinta o piesa importanta in judecarea ulterioara a succesului sau esecului interventiei in criza si in transferul responsabilitatii atunci cand un subiect vazut in criza este ulterior mutat spre ingrijire intr-un alt serviciu. La fel, factorul timp este un alt factor care determina alegerea, interviul nestructurat putand fi foarte scurt sau foarte lung. pe cand administrarea unor instrumente standardizate cere un anumit timp pentru fiecare din ele. Interviurile structurate implica administrarea unui set de intrebari predeterminate, unele din ele fiind nepotrivite pentru situatia specifica sau apartenenta culturala in cazul particular al unui subiect. Avantajul instrumentelor standardizate si structurate este ca nu se uita nici un aspect al evaluarii, inclinatia teoretica a profesionistului este minimalizata, iar datele se pot inregistra mai usor spre deosebire de interviul obisnuit care lasa in urma doar o poveste la indemana calitatilor narrative/literare ale intervievatorului.

Evaluarea in criza	Evaluarea in terapie
Importanta evaluarii	
Fara evaluarea nu se poate identifica felul interventiei; de acuratetea evaluarii depinde siguranta subiectului si celor din jur si eficacitatea raspunsului la criza;	Evaluarea se refera la identificarea simptomelor si a severitatii lor, lucru important pentru formularea diagnosticului si alegerea terapiei;
Culegerea datelor la prezentare	
Clientul poate sa fie incapabil sa furnizeze informatii datorita starii disfunctionale in care se afla, instabilitatii emotionale sau presiunii timpului;	Clientul este stabil si furnizeaza date confidente, timpul nu este o constrangere;
Timpul alocat:	
Exista presiune a timpului si uneori nu se pot administra instrumente standardizate; evaluarea se poate baza pe contactul verbal si pe observatia clientului; dureaza in medie 5-15 minute	Terapistul are tot timpul necesar sa administreze interviuri sau instrumente standardizate conform algoritmului de evaluare si supozitiei diagnostice; dureaza in medie 30-60 minute;
Scopul evaluarii	
Identificarea rapida a pericolozitatii, a gradului de functionare, a resurselor de coping a individului si a persistentei agentului traumatizant	identificarea perturbarilor homeostaziei psiho-fiziologice a subiectului si legitimarea statutului de bolnav a subiectului;
Evaluarea pericolozitatii:	
Evaluarea suicidalitatii/homicidalitatii sau a altor pericole iminente ale subiectului sau a altora este prima prioritate a evaluarii;	Evaluarea suicidalitatii sau a amenintarii altora nu este prima prioritate in terapie;
Evaluarea functionarii cognitive, emotionale si comportamentele:	
Reprezinta evaluarea contactului cu realitatea, abilitatea de a gandi clar si logic, abilitatea de a identifica emotiile si de a controla si tolera emotiile negative si distress; abilitatea de a controla impulsurile si a functiona adecvat;	Terapistul considera ca clientul este in contact cu realitatea si nu o evalueaza decat daca existe indici care sa justifice aceasta (de ex. indici de psihoza);

Tabelul Nr. 2: Secventa si caracteristicile diferentiale ale evaluarii in criza si in terapie.

Exista si instrumente de evaluare specifice destinate anume pentru situatii particulare de criza. Aplicarea lor tine de contextual tipic al unor crize, mai ales la copii si adolescenti si astfel evaluarea este tintita si individualizata. Profesionistul trebuie sa fie suficient de experimentat si flexibil in a alege cea mai buna tehnica de evaluare in favoarea clientului si nu a simplificarii activitatii proprii. Indiferent de ce metoda se aplica, datele esentiale trebuie culese adecvat: factorii declansatori si favorizanti ai crizei, siguranta subiectului si a celor din jur (letalitatea), felul cum traieste subiectul criza in registrul afectiv, cognitiv si comportamental, felul cum se repercuta ea asupra functionarii lui domestice, sociale si vocationale, nivelul competentei lui de coping, planul lui de depasirea crizei, existenta resursele disponibile de depasire a crizei (suportul social proximal).

Mai departe in acest capitol se vor prezenta detaliat diferite metode de evaluare in functie de modelul teoretic de evaluare iar alte instrumente de evaluare se vor prezenta in capitolul destinate interventiei in situatii specifice de criza, precum metodele de evaluare pentru copii si adolescenti sau evaluarea clientului suicidar.

Modelele evaluarii in criza:

Cum se repeata mereu, evaluarea este elemental cheie a oricarei interventii in criza. In mod tipic, aceasta evaluare poate fi facuta rapid, in primele 5-15 minute ale contactului cu subiectul in criza si o buna comunicare si ascultare atenta pot fi suficiente. Exista si cazuri cand evaluarea este mai laborioasa atunci cand identificarea elementelor relevante este esentiala atat pentru interventie dar si pentru consecintele ulterioare ale crizei, precum in cazul tentativelor de suicide, violentei familiale, copilului abuzat, etc. In plus, acuratetea evaluarii este importanta si pentru responsabilitatea profesionala a lucratorului in criza, lucru deloc de neglijat, rapunsul la criza putand sa atraga rapunderi pe linie profesionala si/sau legala.

Pentru a raspunde la aceste cerinte, lucratorul in criza trebuie sa stapaneasca diferite modele de evaluare in culegerea datelor necesare formularii unui plan de interventie si a desfasurarii lui cu success. Oricare ar fi modelul de evaluare, el trebuie sa indeplineasca urmatoarele criterii (Myer, 2000):

1. modelul de evaluare trebuie sa fie parcimonios si prietenos in sensul ca el trebuie sa fie scurt, clar, usor de folosit, neofensiv pentru subiectul in criza;

2. modelul trebuie sa poata fi adaptabil pentru diferitele situatii de criza, sa permita culegerea de informatii indiferent de natura crizei;
3. modelul trebuie sa fie holistic in sensul ca trebuie sa culeaza informatii in diferite arii de functionare a subiectului in care el experimenteaza criza;
4. modelul trebuie sa fie adaptat caracteristicii temporale a crizei si ghidat spre procesul de interventie, uneori totusi lucratorul in criza este preocupat prea mult de interventie si poate ignora informatii care ulterior se pot dovedi a fi esentiale;
5. modelul trebuie sa ia in considerare apartenenta culturala diferita a subiectului,
6. evaluarea trebuie sa fie fluida si continua chiar si in timpul interventie si sa permita culegerea datelor istorice.

In cele ce urmeaza se vor prezenta diferite modele de evaluare cu partile pozitive si negative ale lor.

Modelul Hoff (1995) este un model simplu cu urmatoarele caracteristici:

- se bazeaza pe conceptual vulnerabilitatii postuland existenta unui agent hazardos, neasteptat si brutal, care vulnerabilizeaza persoana si a unui eveniment declansator care poate fi minor ca intensitate dar care reprezinta "ultima picatura" care face ca abilitatile de coping ale persoanei sa fie depasite;
- modelul presupune evaluarea a doua nivele: evaluarea letalitatii (periculozitatii fata de propria persoana si fata de altii) si evaluarea functionarii persoanei;
- evaluarea conduce implicit la descrierea reactiilor subiectului pe mai multe paliere: comportamentul suicidar/homicidar, modul de expresie a emotiilor si controlul lor, consumul de alcool si alte substante, problemele legale si modul de utilizare a resurselor disponibile de ajutor;
- modelul cuprinde si evaluarea factorilor socio-economic si culturali care au impact in situatia de criza;
- modul de evaluare este comprehensiv cuprinzand o secventa logica, usor de urmarit a culegerii de informatii; Hoff furnizeaza cateva instrumente de evaluare precum fisa de contact initial; fisa de evaluare comprehensive a starii mentale care culege de date de la subiect si de la alti informanti si evaluarea lucratorului de criza pe urmatoarele domenii: starea fizica, evaluarea globala a persoanei, letalitatea, functionarea ocupationala, familia, consumul de substante, probleme legale si

- folosirea resurselor de ajutor; fisa de auto-evaluare a subiectului pe aceleasi domenii iar intrebarile si raspunsul lor este evaluat pe o scala de severitate cu cinci nivele; in anexele Nr. 1 si 2 se prezinta modelul formularului de contact initial cu subiectul in criza si formularul de auto-evaluare a clientului;
- calitatile modelului Hoff sunt: i) modul de evaluare este non-specific si poate fi valabil pentru un larg spectru de crize, ii) evaluarea este comprehensive si permite formularea de intrebari la latitudinea lucratorului in criza, iii) modelul evalueaza si factorii culturali si impactul lor asupra crizei;
 - minusurile modelului Hoff sunt: i) evaluarea este nestructurata si oarecum redundanta ceea ce face ca sa fie dificil sa se construiasca o secventa temporala a crizei, ii) modelul nu este orientat spre formularea unei interventii specifice.

Modelul Slaikou (1990) este un alt model de evaluare care are urmatoarele caracteristici:

- evaluarea se face pe doua paliere: evaluarea necesitatii “primului ajutor psihologic” si evaluarea necesitatii terapiei crizei;
- primul ajutor psihologic reprezinta o interventie rapida care are scopul de a restabili capacitatea de coping a individului, punerea lui in afara pericolului de suicid si conectarea lui cu suportul necesar;
- terapia crizei reprezinta un process mai elaborat care are ca scop sprijinirea subiectului in a trece prin criza, de a face schimbarile necesare si de a-si reconstrui viata la nivelul functional anterior;
- autorul propune o evaluare multidimensionala subsumata acronimului BASIC: (B) reprezinta evaluarea comportamentala si a suicidalitatii subiectului; (A) reprezinta evaluarea afectivitatiei, a emotiilor care sustin dezordinea comportamentala sau gandurile suicidare si legatura lor cu evenimentele ce au declansat criza; (S) implica evaluarea somatica generala a functionarii corporale si decelarea simptomelor fizice; (I) presupune cercetarea relatiilor interumane ale subiectului precum stilul, natura, frecventa si calitatea lor; (C) se refera la aspectele cognitive ale subiectului precum nararea evenimentelor, formularea presupunerilor si credintelor subiectului, concordanta lor cu realitatea;

- autorul propune un formular cu 12 pagini care permite culegerea structurata a datelor evaluand situatia subiectului comparativ in pre-criza si in criza prin extragerea datelor de la subiect si de la diferiti alti informanti: la care se adauga informatii privind factorii declansanti si precipitanti;
- modelul este holistic, adaptabil la o varietate larga de crize si permite monitorizarea progreselor subiectului dar pe de alta parte evaluarea este laborioasa si se pierde mult timp cu inregistrarea datelor in defavoarea contactului empatic cu subiectul.

Modelul lui Hendricks si McKean (1995) este un model destinat lucratorilor din “linia intai” de raspuns la criza, fiind astfel un mod rapid si simplu de evaluare.

Caracteristicile lui sunt:

- evaluarea presupune doua fatete: evaluarea “scenariului” crizei si evaluarea persoanei in criza;
- lucratorul in criza este incurajat sa stranga informatii atunci cand vede subiectul in situatia de criza, precum pe strada, la locul de munca, la domiciliu, etc. formuland intrebari precum: “*cine, ce, cand, unde si de ce*” construind astfel scena crizei;
- prima grija trebuie sa fie legata de evaluarea sigurantei subiectului precum prezenta gandurilor suicidare/homicidare, a comportamentului violent si existenta armelor sau a altor obiecte periculoase si sa determine injuriile déjà existente;
- evaluarea persoanei este pasul urmator si cuprinde exminarea statutului mental al subiectului: aparenta, orientarea, comportamentul, perceptia, emotiile si expresia lor, comunicarea, judecata, strategiile de coping, insight-ul si sa determine nivelul general de functionare a subiectului in timp real;
- al treilea pas este determinarea daca subiectul este sub influenta consumului de alcool si/sau droguri;
- partile lui pozitive sunt: modelul este holistic permitand evaluarea subiectului si a ambiantei crizei, punand accentul asupra circumstantelor crizei decat asupra sigurantei subiectului, modelul este fluid, permitand culegerea continua a datelor din diverse surse, este simplu, permite un triaj rapid si este orientat spre interventia imediata; partile lui negative sunt legate de faptul ca nu acopera toate felurile de crize si ignora evaluarea apartenentei culturale a subiectului.

Modelul triajului, dezvoltat de Myer și colab. (Triage Assessment Model - TAM, Myer și colab. 1992) este modelul care se va detalia aici pentru că acesta pare să îndeplinească toate dezideratele unei evaluări de calitate.

Modelul lui Myer presupune evaluarea reacțiilor subiectului din criză în trei domenii: afective, cognitive și comportamentale. În acest fel lucrătorul în criză identifică toate vulnerabilitățile subiectului și afectarea funcționării lui pe aceste trei domenii (vezi Fig. Nr. 1). Fiecare domeniu este divizat în trei dimensiuni. Astfel, domeniul afectiv cuprinde dimensiunile manie/ostilitate, anxietate/frică și tristețe/melancolie, dimensiuni care sunt ușor de înțeles și evaluate. Reacțiile din domeniul cognitiv sunt împărțite și ele în trei dimensiuni: transgresiunea (subiectul percepe criza ca pe o violare a intimității și a drepturilor lui), amenințarea și pierderea, iar fiecare din aceste dimensiuni se evaluează pe patru fațete: fizică (sănătate, siguranță și adăpost), psihologică (self, identitate și bunăstare emoțională), relații sociale (familie, prieteni, colegi) și moral/spirituală (integritate personală, valori și credințe). Reacțiile din domeniul comportamental includ dimensiunile: abordarea, evitarea și imobilitatea, ceea ce presupune că subiectul în criză se va plasa pe una din aceste modalități de reacție în încercarea lui de a depăși criza. În anexa Nr. 3 se prezintă formularul de triaj al lui Myer și colab. (2002). Mai jos se vor prezenta pe larg definițiile și treptele de severitate ale fiecărei dimensiuni din cele menționate anterior.

Acest model a fost testat în ceea ce privește validitatea comparativă cu alte moduri de evaluare și confidența intercoteratori pe patru loturi separate de subiecți (Watter, 1997). Rezultatele au arătat că TAM prezintă proprietăți corespunzătoare de validitate și confidență care îl recomandă pentru introducerea în rutina zilnică a activității în criză.

Conform autorilor, alte calități care recomandă acest model ar fi:

- modelul este simplu și ușor de înțeles și utilizat;
- domeniile și dimensiunile lui sunt ușor de ținut minte și astfel lucrătorul în criză nu risca să uite sau să ignore vreo informație;
- modelul este holistic în sensul că acoperă toate reacțiile importante ale subiectului în criză;
- modelul este comprehensiv și permite evaluatorului să înțeleagă subiectul și criza lui în mod intuitiv;

- - modelul este orientat spre interventie si scalele de severitate permit lucratorului in criza sa dimensioneze adecvat raspunsul la criza;
- modelul TAM este fluid pentru ca se poate intinde si in timpul interventiei si rezolutiei crizei.

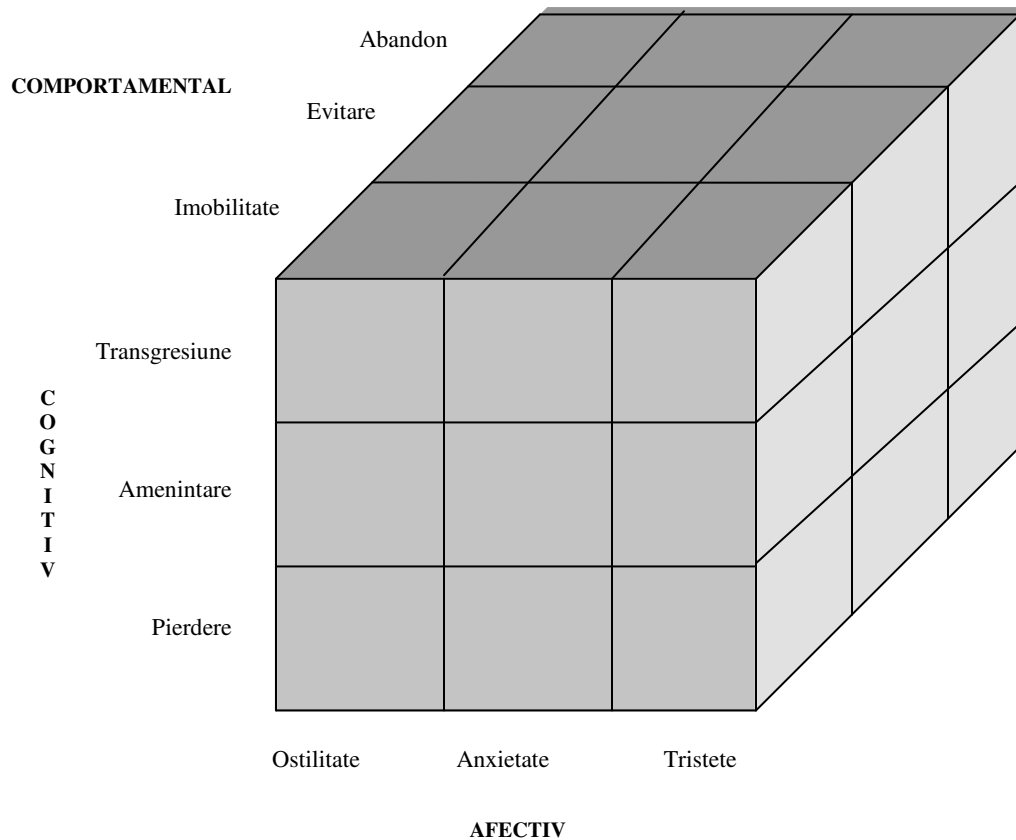


Fig. Nr. 1: Modelul tridimensional ale evaluarii in criza (Myer si colab.1992)

In mod practice, lucratorul in criza va evalua subiectul pe cele trei domenii enumerate mai sus. Se incepe cu evaluarea starii afective pentru ca de cele mai multe ori prezentarea crizei este incercata afectiv si subiectul vocalizeaza sentimentele lui, plange, suspina, tipa, geme, etc. Lucratorul trebuie sa inregistreze afectul subiectului si sa determine daca aceasta nu exprima un pericol pentru subiect si pentru altii. Primul lucru

care lucratorul in criza trebuie sa-l faca este sa-i dea posibilitate subiectului sa-si exprime emotiile si sa-i ofere tot de timpul de care are nevoie pentru a le ventila, el trebuie sa fie atent atat la limbajul corporal cat si la cel verbal al subiectului. In acest moment, ascultarea activa si empatica isi are rolul esential de a impartasi sentimentele subiectului si de a culege datele necesare evaluarii crizei. Lucratorul trebuie sa fie atent si la reactiile emotionale proprii si trebuie sa le gradeze astfel incat sa exprime intelegere si incredere. Abilitatea si calitatea comunicarii cu subiectul in criza este esentiala in evaluarea starii afective si culegerii datelor care se afla in spatele acesteia. Myer (2000) recomanda cateva modalitati de a evalua afectivitatea subiectului in criza:

- in cazul clientului manios, lucratorul trebuie sa valideze sentimentele lui si sa seteze limite ferme in contactul emotional, verbal si comportamental cu subiectul;
- niciodata sa nu atinga un subiect manios;
- intrebarile autentice, clare sunt cele mai indicate cu un subiect manios;
- in cazul subiectului anxios, structura interviului este cea care conduce la reducerea ei;
- mesajele de linistire si protectie sunt eficiente in cazul subiectului anxios;
- in cazul subiectului depresiv lucratorul trebuie sa fie rabdator si suportiv, sa-i ofere timp si empatie pentru a-si expune istoria.

Datele culese prin observarea si comunicarea cu subiectul vor conduce la evaluarea severitatii afectarii emotiilor a individului aflat in criza conform Tabelului Nr. 3 si scalei TAM din Anexa Nr. 3.

Evaluarea afectarii cognitive in criza este problema cea mai dificila in evaluarea crizei datorita faptului ca reactiile cognitive si interpretarea crizei de catre individ se afla in spatele reactiilor lui afective fiind mascata de emotiile care domina expresia exterioara a crizei. Ignorarea acestora poate conduce la mentinerea distorsiunilor cognitive pentru multi ani dupa rezolutia crizei care le-a determinat (Meichenbaum si Fitzpatrick, 1993).

Scor	Categoria	Descrierea	Catacteristici
1	Nici o afectare	Afectivitate stabila cu variatii normale in timpul functionarii zilnice	Clientul identifica si recunoaste emotiile asociate crizei proprii; rutina zilnica nu este afectata de reactiile emotionale
2 & 3	Afectare minima	Dispozitie afectiva conform cu situatia, scurte perioade cu emotii negative cand situatia o cere, emotiile sunt sub controlul subiectului	Reactiile afective ale subiectului nu interfera cu activitatea zilnica a subiectului; subiectul poate prezenta usoara iritabilitate si fluctuatii emotionale dar este capabil sa-si moduleze reactiile emotionale in functie de context
4 & 5	Afectare usoara	Afectivitate conforma cu situatia dar emotiile negative sunt de durata mai lunga, subiectul le percepe inca ca fiind sub controlul propriu	Reactiile subiectului apar in relatie cu situatia; clientul intelege originea emotiilor lui; intensitate si oscilatii emotionale sub control; subiectul si le poate reamintii sau retrai;
6 & 7	Afectare moderata	Afectivitatea nu este congruenta cu situatia; perioada lunga cu emotii negative intense; emotiile sunt mai intense decat o cere situatia; subiectul face eforturi ca sa tina emotiile sub control	Subiectul exprima faptul ca emotiile lui nu sunt in limite normale; emotiile predomina modul in care traieste si exprima criza; emotiile interfera functionarea zilnica si subiectul face eforturi sa le controleze in intensitate, variabilitate sau ciclicitate; clientul nu poate exprima alte emotii decat cele legate de criza;
8 & 9	Afectare marcata	Afectivitate negativa marcata, emotii intense incongruente cu situatia, dispozitie instabila, emotiile sunt percepute ca nefiind sub controlul subiectului	Clientul exprima direct emotiile fara sa fie capabil sa le controleze sau atenueze; reactii afective excesive la orice fel de stimul, chiar in afara crizei; incapabil sa controleze emotiile, se simte dominat de ele si exprima frica de a pierde total propriul control;
10	Afectare severe	Decompensare emotionala evidenta, afectivitate disproportionata si intensa in afara controlului individului	Clientul poate fi in soc, incapabil sa vorbeasca, in stupoare emotionala si comportamentala, incapabil sa exprime vreo emotie sau din contra, apare intr-o expresie emotionala patologica

Tabelul Nr. 3: Scala de severitate a afectarii emotionale in criza (Myer, 2000)

Nu trebuie totusi ignorat faptul ca interpretarea crizei de catre subiect poate fi influentata in diferite grade de tulburarile cognitive preexistente crizei iar lucratorul in criza poate fi derutat de naratiunea subiectului. Iata de ce aceasta se afla intr-o dilema profesionala: sa vada criza prin ochii subiectului sau sa vina cu propria lui interpretare. Dupa Myer (2000) lucratorul in criza poate fi periclitat in diferite moduri datorita acestei dileme:

- i) poate minimaliza sau chiar rejecta felul cum descrie clientul criza considerand ca reactiile subiectului sunt disproportionale fata de evenimentul traumatizant;
- ii) lucratorul isi impune propriile reactii cognitive pentru ca si el, la randul lui, a experimentat astfel de situatii considerand ca propriile experiente sunt mai confidente decat cele ale subiectului aflat in evaluare;
- iii) aplica un sablon tipic pe care l-a construit cu alti subiecti in crize asemanatoare ignorand unicitatea fiecarui subiect in parte.

Conform teoriei lui Myer si colab. (1992) reactiile cognitive ale unui subiect in criza pot fi de trei feluri: amenintare, pierdere si transgresiune. Ele trebuie evaluate separate luand in considerare definitiile lor si gradul de severitate (vezi Tabelul Nr. 4 si Scalei TAM din Anexa Nr. 3). Pierderea si amenintarea sunt cele doua dintre cele mai frecvente perceptii sau interpretarii pe care subiectul le da crizei prin care trece. Amenintarea este vazuta ca o situatie viitoare si se exprima prin propozitii precum: *nu stiu ce se va intampla..., nu stiu daca voi putea indura..., ce ar trebuie sa fac..., unde voi putea gasi ajutor, etc.* pe cand pierderea ca un eveniment care s-a petrecut déjà si se traduce prin: *daca ar fi fost altfel...n-ar fi trebuie sa mi se intample...ma intreb unde am gresit, etc.*

Perceperea crizei ca o amenintare sau ca o pierdere se poate desfasura in diferite ipostaze ale vietii si Myer le etaleaza in patru domenii ale vietii care sunt prezentate in Tabelul Nr. 5. Astfel subiectul poate interpreta criza ca o pierdere sau amenintare atunci cand acestea se petrec in domeniul vietii fizice, psihologice, a relatiilor sociale si in domeniul moral/spiritual. Aceste domenii sunt conceptualizate conform ierarhiei nevoilor lui Maslow (1970). Astfel pierderea locuintei duce la o criza pe care subiectul o evalueaza ca o pierdere sau amenintare in domeniul vietii fizice. La fel, subiectul care a fost tinta unei actiuni dolosive duce la o criza descrisa ca o pierdere sau amenintare a sistemului propriu de valori si a relatiilor sociale.

Scor	Categoria	Descrierea	Catacteristici
1	Nici o afectare	Capacitate de concentrare, rezolvare a problemelor si luarea deciziilor intacta; Perceptia si interpretarea realista a situatiei de criza.	Clientul este capabil sa-si reaminteasca lucrurile fara greutate; capabil sa urmeze directiile indicate; indeplineste sarcinile vietii de zi cu zi; nu solicita ajutor lucratorului de criza;

2 & 3	Afectare minima	Subiectul este preocupat de situatia de criza dar interpretarea ei este realista; procesul de luarea deciziilor si rezolvarea problemelor este afectat minimal.	Clientul capabil sa redea informatii personale dar poate intampina unele greutati in a-si reaminti unele lucruri; capabil sa-si reaminteasca indicatiile primite verbal; indeplineste sarcinile de zi cu zi dar cu oarecare intarziere; subiectul poate cere ajutor de la lucratorul de criza in functie de context
4 & 5	Afectare usoara	Tulburare tranzitorie a concentrarii; partiala lipsa de control asupra gandurilor proprii; dificultati recurente ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor; perceptia si interpretarea crizei poate devia putin de la realitate ei.	Clientul isi aminteste de lucruri atunci cand este intebat; capabil sa urmeze indicatiile verbale dar are dificultati in a-si aminti de acestea; recunoaste nevoia de a face anumite activitati dar le amana din cauza ca este preocupat de situatia de criza; accepta indicatiile si ajutorul lucratorului de criza;
6 & 7	Afectare moderata	Tulburare frecventa a concentrarii; ganduri intrusive despre criza si partiala lipsa de control asupra lor; dificultati ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza; perceptia si interpretarea crizei difera notabil de realitate situatiei.	Client capabil sa-si aminteasca lucruri personale dar altele nu si le aminteste; capabil sa urmeze directiile indicate imediat, cele ulterioare trebuie scrise; indeplineste activitatea zilnica cu efort; urmeaza indicatiile lucratorului in criza pentru a iesi din criza;
8 & 9	Afectare marcata	Subiect afectat de ganduri intrusive despre criza; dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza; dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera substantial de realitate situatiei.	Clientul este capabil sa-si reaminteasca date personale numai cand este ajutat; este capabil sa urmeze indicatiile numai daca sunt simple; clientul poate uita sau ignora sarcini uzuale fiind abrobit de criza actuala; clientul accepta cu bucurie directivele lucratorului in criza;
10	Afectare severe	Incapacitate de a se concentra pe altceva, absorbit total de ganduri despre criza. Perturbare totala a procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera aproape total de realitate situatiei si afecteaza perceperea realitatii.	Client incapabil sa-si reaminteasca date personale; incapabil de a urma indicatiile simple; incapabil de a performa sarcini uzuale simple sau de a-si mentine igiena; accepta indicatiile lucratorului de criza fara comentarii.

Tabelul Nr. 4: Scala de severitate a afectarii cognitive in criza (Myer, 2000)

Dimensiunea	Definitia
Fizica	Aspectele vietii persoanei implicand siguranta si confortul (de ex. alimente, apa, locuinta, securitatea financiara);
Psihologica	Aspectele vietii persoanei implicand elementele interpersonale (de ex. conceptual de sine, bunastarea emotionala, identitate persoanei, stima de sine, auto-eficienta);
Relatiile sociale	Aspecte ale vietii persoanei implicand relatiile sociale precum cele familiale, cu prietenii sau colegii;
Moral/spiritual	Aspectele vietii persoanei care implica sistemul de credinte, valori, convingeri morale si religioase, etc.

Tabelul Nr. 5: Definitiiile dimensiunilor vietii (dupa Myer, 2000)

Transgresiunea este o alta reactie cognitiva la criza si desemneaza perceptia violarii drepturilor individului, incalcarea standardelor si atributelor individuale asa cum sunt ele socialmente postulate (Ellis si Harper, 1975). Astfel, transgresiunea se petrece cand un individ este ofensat in ceea ce-l priveste si atributelor care-l determina. Cel mai adesea este vorba de stima de sine, calitatile lui de parinte, sot, de bun cetatean sau bun vecin. In cazul transgresiunii, evenimentul se petrece chiar acum, in timp real si subiectul exprima interpretarea sa prin propozitii precum: *nimanui nu ar trebui sa i se intample asta...de ce mi s-a intamplat mie..., nu trebuie sa las sa se petreaca astfel de lucruri*, etc. Ca si in cazul amenintarii sau pierderii, transgresiunea, ca o violare a drepturilor si standardelor individuale, se poate petrece in cele patru domenii ale vietii individului si ea trebuie evaluata ca atare.

In vederea evaluarii severitatii afectarii cognitive din timpul crizei, lucratorul in criza trebuie sa determine forma si continutul gandirii subiectului. Cel mai important este sa observe abilitatea clientului de a relata desfasurarea crizei, claritatea, coerenta si logica interna a naratiunii, detaliile, omisiunile, rememorarea si accentele puse pe unele situatii ca mai apoi sa identifice continutul naratiunii, mai ales gandurile suicidare sau homicidare,

calitatea ideatiei, conformitatea cu realitatea, interpretarile aberante, ideile de vinovatie, depresive sau de lipsa de speranta si ajutor. In cazul evaluarii cognitive lucratorul in criza se bazeaza doar pe continutul verbal al comunicarii, observatia subiectului fiindu-i de mai putin folos acum. Obstacolele in calea unei bune evaluari a afectarii cognitive in criza sunt date de omisiunile din relatarea subiectului, inabilitatea clientului de a discuta alte aspecte in afara emotiile lui si disponibilitatea lui redusa de a raspunde adecvat la un interviu structurat.

Evaluarea comportamentului subiectului in criza este un alt punct crucial in evaluare globala a crizei si declansarea unei interventii adecvate. Comportamentul unui individ in criza este variabil si in fata aceleiasi tip de criza indivizii pot avea reactii comportamentale diferite. Acestea pot merge de la a nu face absolute nimic pana la un comportament total periculos pentru individ si pentru altii si dincolo de orice proportie. Se considera ca reactia comportamentala in criza exprima emotionalitatea subiectului si magnitudinea successului sau esecului eforturilor lui de coping. De multe ori comportamentul subiectului in criza este atat de evident incat lucratorul poate face gresala de a considera ca ceea ce vede este suficient scurtand astfel mult din interviul cu subiectul si facand o interpretare prematura a crizei. Aceasta gresala poate fi fatala deznodamantului crizei.

In evaluarea si interpretarea modificarilor comportamentale din timpul crizei, lucratorul in criza trebuie sa se ancoreze intr-un anumit mod de explicare si clasificare a acestora. Astfel exista clasificari care se bazeaza pe tipul reactiei comportamentale, precum cea dezvoltata de Lindemans (1944) care distinge intre reactiile fizice, de evitare sau imobilitate si cele comportamentale precum hiperactivitatea, ostilitatea sau inhibitia sau cea a lui Caplan (1964) care identifica comportamente active (incercari atipice de rezolvare a problemelor) si pasive (imobilitate) la indivizii in criza. Alta clasificare ia in cont doar mecanismele de defensiva precum evitarea, abordarea si imobilitatea ((Dixon, 1979). Mai detaliata este clasificare lui Hobbs (1984) care se bazeaza pe felul mecanismelor de coping pe care le imparte in i) adaptiv si matur, ii) regresiv cu scopul de a scapa prin apel la relatia de dependenta si iii) de negare cu scopul de a scapa prin ignorare. Clasificarea lui Folkman si Lazarus (1988) distinde intre copingul focalizat pe problema cu scopul de a rezolva criza prin schimbarea relatiei obiective dintre persoana si ambianta si copingul focalizat pe

emotie cu scopul de a rezolva criza prin reducerea tensiunii emotionale datorita schimbarii relatiei subiective dintre persoana si ambianta.

Modelul lui Myer (2000) recomanda clasificarea bazata pe abilitatea de a functiona in viata de zi cu zi. Aceasta abordare presupune ca tulburarile comportamentale tradeaza disruptia functionarii zilnice si eforturile de coping consecutive acesteia. La baza acesteia sta asertiunea precum ca abilitatea de a functiona in viata curenta este un semn al intensitatii reactiei la criza. In acest sens, lucratorul in criza trebuie sa evalueze pe baza observatiei si a interviului urmatoarele elemente:

- igiena corporala, imbracamintea si tinuta subiectului;
- capacitatea subiectului de mentine relatiile sociale si profesionale, capacitatea de a indeplinii rolurile si obligatiile uzuale;
- severitatea ideatiei suicidare/homicidare, intentia si planul de suicid, capacitatea de indeplinire a planului si setarea timpului de ducere la indeplinire;
- incercarile de coping care pot si active sau pasive, constructive sau distructive, organizate sau dezorganizate, aducand o povara in plus la criza déjà existenta;
- schimbarile in apetit, alimentatie si somn, ca indicatori ai dezordinii comportamentale.

In mare, reactiile comportamentale pot fi sistematizate ca:

- i) abordare a problemei cu scopul de a o rezolva si depasi;
- ii) evitarea care se defineste ca incercarea subiectului de a fugi de problemele conexe crizei, de a minimaliza sau nega existenta sau consecintele lor;
- iii) imobilitate definita ca lipsa totala de abordare sau evitarea problemelor asociate crizei si dezamorsarea mecanismelor de mitigare a crizei; in acest caz subiectul apare confuz sau cataton.

In tabelul Nr. 6 se arata gradele de severitate a reactiilor comportamentale si caracteristicile acestora iar in Anexa nr. 3 se prezinta scala TAM de evaluare globala a crizei.

Scor	Categoria	Descrierea	Catacteristici
1	Nici o afectare	Comportament de coping adecvat situatiei; subiectul functioneaza normal in viata de zi cu zi	Clientul incearca sa depaseasca criza in mod constructiv; nu prezinta idei suicidare/homicidare; individ cu comportament si tinuta corecta in interrelatie cu altii;
2 & 3	Afectare minima	Ocazional modalitati inadecvate de coping,; subiectul indeplineste sarcinile vietii de zi cu zi dar cu oarecare efort	Incerari obisnuite sau pasive de a depasi criza; daca nu sunt eficace acestea nu produc probleme suplimentare; idei suicidare sau homicidare improbabile sau sunt foarte reduse; uneori tinuta si comportament social cu dificultati; tulburari minore de apetit sau somn;
4 & 5	Afectare usoara	Ocazional modalitati inadecvate de coping, subiectul ignora unele sarcini ale vietii de zi cu zi, face efort sa functioneze adecvat dar exista oarecare scadere in eficacitate	Incerari neplanificate sau dezorganizate de coping; daca acestea sunt ineficace ele nu contribuie la aparitia de probleme aditionale; clientul poate incerca activ sa depaseasca criza; poate avea ideatie suicidara sau homicidara dar nu are vreun plan sau intentie bine stabilita; clientul este neglijent si prezinta un grad de retragere sociala; poate prezenta tulburari de apetit si somn;
6 & 7	Afectare moderata	Modalitati de coping inadecvat si ineficient, indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mod evident	Incerarile subiectului de a depasi criza sunt ineficiente si pot conduce la greutati aditionale daca modalitati constructive de coping nu sunt folosite; daca clientul prezinta idei suicidare/homicidare ele sunt bine conturate dar nu sunt insotite de un plan; clientul apare neglijent si se retrage din contactele sociale; tulburari evidente de apetit si somn;
8 & 9	Afectare marcata	Coping inadecvat care duce la exacerbarea crizei; indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mare masura.	Clientul foloseste metode neeficiente de coping, fie active fie pasive si ele conduc la sporirea crizei sau a problemelor psihologice; clientul poate prezenta idei suicidare/homicidare bine definite cu plan si mod de indeplinire, dar nu e gata sa-l duca la indeplinire; client incapabil de a se ingriji si e retras social; tulburari importante de apetit si somn;
10	Afectare severe	Comportamentul este destructurat total; comportamentul subiectului este periculos pentru sine si/sau pentru altii.	Client se angajeaza in comportamente care nu pot rezolva criza; idei suicidare/homicidare exprimate clar, cu un plan si program bine definit; client incapabil de a se ingriji si de a functiona social, tulburari masive de alimentatie si somn;

Tabelul Nr. 6: Scala de severitate a afectarii comportamentului in criza (Myer, 2000)

Modelul de evaluare a lui Roberts (Roberts, 1991 si 2000; Roberts si Ottens, 2005) este un model cuprinzator de evaluare si interventie in sapte pasi. Partea de evaluare cuprinde trei pasi de evaluare bazati pe ascultarea activa a subiectului si alti patru pasi de interventie precum examinarea alternativelor de raspuns, elaborarea unui plan de actiune si

obtinerea angajamentului subiectului. Cei trei pasi de evaluare sunt: definirea problemei, asigurarea sigurantei subiectului si evaluarea severitatii afectarii functionarii subiectului. Roberts spune ca *“un model este un prototip al unui proces clinic real pe care lucratorul in criza vrea sa-l implementeze...similar cu o harta cu sosele si autostrazi si directii pe care trebuie sa le urmeze in drumul sau. Modelul cuprinde o serie de linii directoare care fac sa fie usor de reamintit metodele si tehnicile de urmat si care-l fac pe clinician sa inteleaga cum fiecare component al modelului este legat de altul pentru a facilita rezolutia crizei care apare consecutiv unui conflict interpersonal, a unui eveniment traumatizant sau acutizarea unei tulburari psihice preexistente”* (Roberts si Ottens, 2005). Dupa acest autor, atunci cand lucratorul in criza se confrunta cu o persoana in criza, el se afla de fapt in fata unei persoane in necaz, cu afectarea functionarii si inabilitate de a opera conform unui process logic iar clinicianul are nevoie de un model care sa-l ajute sa tina focusul evaluarii si interventiei si sa evite o reactie umana, naturala, de a prelua instinctiv problemele de pe umerii clientului. Astfel, modelul lui Rogers sugereaza anumiti pasi care cuprind evaluarea risului, mobilizarea resurselor clientului si deplasarea spre stabilizarea crizei cu reintoarcerea la o functionare normala. El identifica sase momente critice pe drumul spre stabilizarea, rezolutia si stapanirea crizei, ca o secventa esentiala care de fapt se suprapune evolutiei naturale a unei crize si un pas suplimentar de urmarire a rezolutiei crizei (vezi Fig. Nr. 2):

- pasul1 - de evaluare, consta in conducerea unei evaluari biopsihosociale amanuntite si de evaluare a letalitatii (suicidalitate si homicidalitate); aceasta evaluare trebuie sa cuprinda informatii detaliate despre stressori si trauma recente, ideatia suicidara si homicidara, reseaua de suport a subiectului precum familia si prieteni, nevoile medicale si medicatia, consumul de alcool si droguri, metodele si resursele interne si externe de coping care constituie rezilienta subiectului cat si factorii protectivi existenti; astfel clinicianul va putea sa determine nivelul de pericolozitate a crizei, nivelul de urgenta a interventiei si pericolozitatea fata de altii;
- pasul 2 -de stabilire rapida a contactului cu subiectul in vederea dezvoltarii unei solide relatii terapeutice; Roberts spune: *“aceasta faza este facilitata de prezenta unei atitudini autentice, de respect si acceptare fata de client. Este stadiul in care caracteristicile, comportamentul si caracterul clinicianului duce la construirea*

- unui climat de incredere*”. Un bun contact visual, o atitudine neutra, fara note critice, furinzarea de respect si acceptare neconditionata, ascultare activa si empatica sunt caracteristicile care fac ca raportul cu clientul sa se faca rapid, lucru ce faciliteaza trecerea in stadiul 3 al modelului;
- pasul 3 - de identificare a factorilor precipitanti si a problemelor majore este de fapt nucleul evaluarii in criza; pe baza stabilirii unui raport terapeutic solid cu clientul, in acest stadiu se identifica factorii precipitanti ai crizei, provocarile pe care subiectul a trebuit sa faca fata si problemele pe care le-a generat si felul cum subiectul le percepe si descrie ca parte a insight-ului fata de criza pe care o strabate;
 - pasul 4 - de explorare si de management al emotiilor si sentimentelor subiectului consta in a ajuta subiectul sa-si exprime emotiile, sa le identifice, sa le numeasca si sa le verbalizeze/descrie ducand astfel la ventilarea tuturor emotiilor negative si la transpunerea lor intr-o naratiune coerenta cu cresterea consecutiva a insight-ului subiectului; ascultarea activa, empatica este de cea mai mare importanta, ca si reflectarea si parafrazarea spuselor subiectului si comunicarea non-verbala; aici se realizeaza premisele unui dialog autentic cu subiectul ceea ce conduce natural la stadiile urmatoare al interventiei; acest pas poate fi considerat ca apartine in egala masura atat evaluarii crizei cat si interventiei in criza;
 - pasul 5 - consta in generarea de alternative de depasire a crizei;
 - pasul 6 - consta in formularea si implementarea unui plan de actiune de depasire a crizei;
 - pasul 7 - este reprezentat de urmarirea activa a rezolutiei crizei de catre clinician prin planificarea de contacte directe sau indirecte cu subiectul.
- Despre acest trei pasi din urma se va vorbi in capitolul despre interventia in criza.

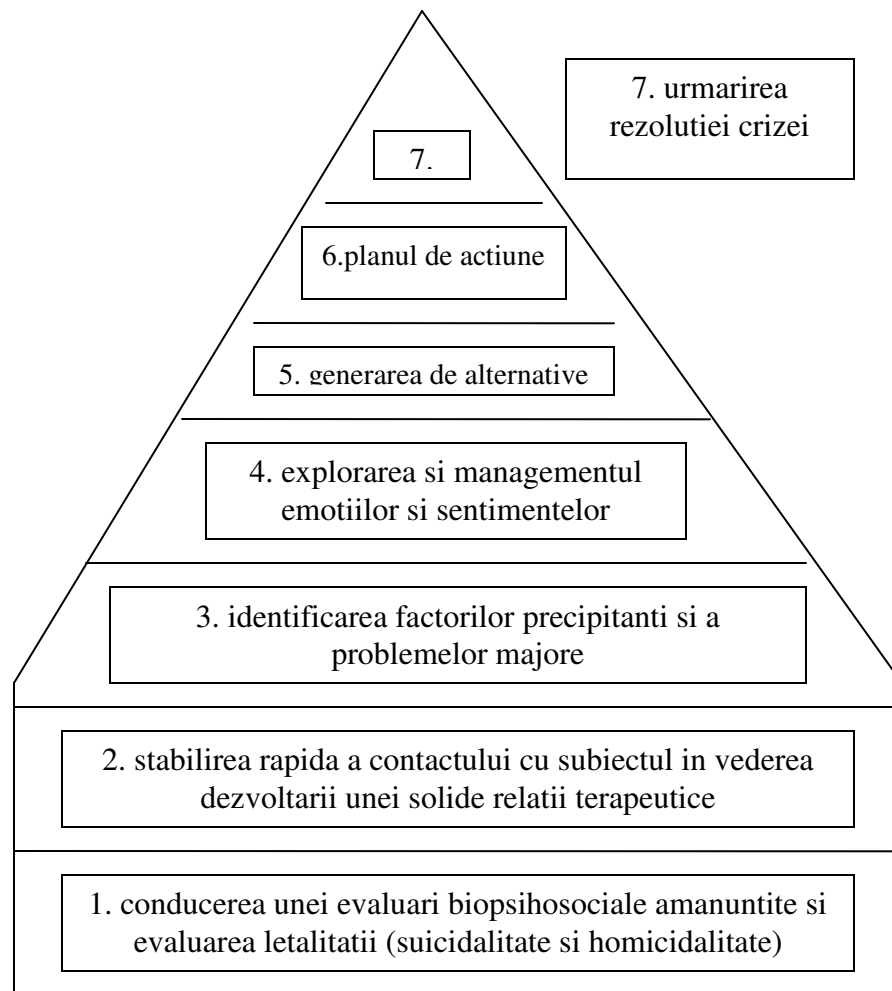


Fig. Nr. 2: Modelul Roberts in 7 pasi (Roberts si Ottens, 2005)

Modelul triajului este un alt model de evaluare a indivizilor in criza. El are ca scop determinarea nivelului de urgenta a ingrijirii si raspunsului la criza atunci cand sunt mai multi indivizi in asteptare si este destinat programelor de interventie in criza care lucreaza in tandem cu departamentele de urgenta din spitale generale. In acest model acuitatea evaluarii este esentiala, abilitatile si cunostintele profesionale ale clinicianului sunt cele care fac diferenta. Orice mica eroare sau omisiune duce la intarzierea raspunsului si la accentuarea crizei cu consecinte si costuri din cele mai nefaste pentru individ, familie, comunitate.

In ultimele doua decenii se constata o utilizare crescuta a serviciilor de urgenta de catre pacientii cu tulburari mentale sau in criza. Ei exercita o presiune mare asupra departamentelor de urgenta si aceasta situatie cere un triaj atent a persoanelor care necesita raspunsuri imediate date de pericolozitate si de conditiile amenintatoare de viata fata de celelalte persoane care nu implinesc aceste conditii si care pot fi indrumate correct catre servicii medicale si sociale adecvate situatiei lor. Coristine si colab. (2007) au studiat aceasta situatie din serviciile de urgenta din Canada si recomanda insistent ca triajul sa fie facut de echipe mixte de specialisti, echipe unde lucratorul in criza are un rol bine definit.

Scopul triajului este sa identifice rapid subiectul cu conditii sau riscuri amenintatoare de viata care il plaseaza la un nivel de urgenta care justifica prioritatea in primirea raspunsului specific. Conditii amenintatoare de viata sunt date de tulburari fizice care afecteaza grav echilibrul homeostatic al organismului iar riscurile sunt date de acei factori interni sau externi subiectului care cresc probabilitatea de daune majore pentru subiect sau cei din jur. Riscurile cele mai importante intalnite la subiecti aftati in programul de criza sunt:

- i) riscul de agresiune,
- ii) riscul de suicid,
- iii) riscul de auto-vatamare corporala,
- iv) riscul de a pierde contactul cu realitatea,
- v) riscul de a fugi din insitutia de ingrijire si
- vi) riscul unor afectari biologice.

In Tabelul nr. 7 se prezinta unele indicii dupa care se judeca prezenta unor riscuri specifice.

Triajul de fapt este un screening al subiectilor in asteptarea de ingrijire si raspuns la problemele lor pentru care s-au adresat unui serviciu de urgenta/interventie in criza. Ieriarhizarea acestora cere o criteriologie solida care sa raspunda atat criteriilor medicale si psihologice cat si celor sociale si etice. Aceasta criteriologie trebuie sa fie simpla si operationala, de aceea ceea ce se ia in considerare in triajul fata in fata este felul cum se prezinta subiectul, cum si de ce a ajuns in serviciul de urgenta/criza si cine-l escorteaza (Politia, serviciul de ambulanta, etc.) si mai putin simptomele de prezentare.

In Tabelul nr. 8 se prezinta unii indicatori exteriori care dirijeaza prioritatea evaluarii in cadrul triajului.

Indicatorii riscului de agresione	Indicatorii riscului de suicide sau auto-vatamare corporala	Indicatorii riscului de fuga din serviciu de urgenta/criza	Indicatorii riscului de probleme fizice
Acte de violenta	Ganduri suicidare	Istorie de fugi din spital	Problema medicala cunoscuta
Amenintari cu violenta	Istorie de tentative de suicid	Intoxicatie cu alcool/droguri	Paloare, transpiratii, tremor
Istorie de violenta	Depresie severa	Retras si nemiscat	Trauma/rani fizice majore
Agitatie	Subiect retras si necooperant	Agitat	Incercare de otravire
Manie/ostilitate	Nu doreste sa comunice	Neacompaniat de altii	Dezorientare/confuzie
Ideatie persecutorie	Subiect singur	Impulsiv	Halucinatii vizuale
Halucinatii/delir cu continut violent	Intoxicatie cu alcool/droguri	Ideatie persecutorie	Fluctuatie a nivelului de contiinta
Intoxicatie cu alcool/droguri	Recent externat dintr-un serviciu de psihiatrie	Confuz/dezorientat	
Confuzie/dezorientare	Agitatie	Psihotic	
Nu doreste sa comunice	Impulsivitate	Distress major	
Individ adus de politie	Are un plan de suicid		
Situatie familiala dificila	Are acces la mijloace de suicid		

Tabelul Nr. 7: Indicatorii riscurilor care influenteaza nivelul de urgenta in triaj (modificat dupa Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia, 2009)

Indicatori care sugereaza nevoia rapida de evaluare in triaj	Indicatori care sugereaza nevoia mai tarzie de evaluare in triaj
Rani fizice sau afectiuni somatice severe	Subiect cooperant
Intoxicatii	Subiect acompaniat de apartinatori
Subiect cu comorbiditate cu boli psihice sau somatice (psihoza, anxietate, diabet, tulburari cardiace, etc.)	Subiect alert, cu insight prezent
Subiect neacompaniat	Subiect capabil de buna comunicare
Subiect adus de Politie, ambulanta sau de un profesionist in sanatate mentala	Subiect cu frecvente aparitii in urgenta
Subiect venit impreuna cu copii	Subiect fara evidenta unor afectiuni somatice sau rani fizice
Subiect aflat prima oara in urgenta/criza	

Tabelul Nr. 8: Catacteristici care sugereaza nivelul de urgenta a evaluarii in triaj (Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia, 2009).

Evaluarea in cazul triajului se face luand in considerare aspectele subiective, precum debutul problemei, distresul, rapunsul emotional, simptomele, evolutia, durata si aspectele obiective precum felul cum apare subiectul (fizionomie, culoarea pielii, imbracaminte, postura), comportamentul si semnele vitale. La toate acestea se adauga si informatii aditionale culese de la informanti disponibili.

In examinarea subiectului observatia are un rol esential la care se adauga interviul structurat cu scopul culegerii standardizate a problemelor/plangerilor si minimalizarea omisiunilor posibile. Clinicianul trebuie sa priveasca subiectul cu empatie, sa performeze o evaluare vizuala atenta, sa adopte un stil concis de interviu, sa confere liniste si incredere subiectului si sa inregistreze cu acuratete plangerile si simptomele acestuia. El trebuie sa aibe cunostiunile, abilitatea si experienta necesara sa faca rapid o evaluare standardizata a statutului mental al subiectului. In Anexa Nr. 4 se prezinta un model succinct de evaluare standardizata a statutului mental al unui subiect in serviciul de urgenta.

Se recomanda cu tarie ca trierea indivizilor in criza sa fie facuta standardizat. In acest process lucratorul in criza lucreaza colaborativ cu personalul din serviciul de urgenta si el trebuie sa cunoasca dinamica si procesul de triaj al subiectilor ce se adreseaza serviciului de urgenta.

In SUA se aplica scala American Emergency Severity Index – AESI iar in Canada se utilizeaza Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), scale care sunt asemenatoare una cu alta.

AESI delimiteaza cinci nivele de urgenta (vezi Fig. Nr. 3):

1. - nivelul de maxima urgenta cand subiectul este in pericol sa moara (subiect intubat, apneic, fara puls sau neresponsiv);
2. – nivelul situatie de mare risc (subiect lethargic/confuz, dezorientat, in distress sever sau durere severa);
3. - nivelul de urgenta dat de indicatorii fiziologici vitali (frecventa cardiaca, frecventa respiratiei, temperature) si nevoia de mai mult de doua resurse; aici se plaseaza aproape 40% din cazurile ce se prezinta in serviciul de urgenta;
4. – nivelul in care subiectul are nevoie doar de o resursa;
5. – nivelul in care subiectul nu are nevoie de nici o resursa.

Prin resursa se intelege nevoia de examene praclinice, de laborator si imagistica, consultatii de specialitate, si de interventii specifice precum intubatie, perfuzie, cateterism, sondaj, etc., restul, precum examinare medicala, evaluare si interventie la programul de criza, recomandare de medicamente, etc. se subsumeaza la categoria de nici o nevoie de resurse. Clinicianul din programul de criza trebuie sa fie antrenat in recunoasterea semnelor situatiilor de mare risc si sa colaboreze cu personalul de la camera de urgenta in identificarea acestor persoane.

Multi pacienti cu tulburari mentale se plaseaza la nivelul 2 de urgenta din cauza riscului mare pentru ei insasi, pentru alti si pentru ambianta. Pacientii care sunt suicidari, homicidari, psihotici sau violenti, cu risc de a fugi din serviciul de urgenta sau pacienti intoxicati care prezinta si trauma fizice/ranie se califica pentru nivelul 2 de urgenta, situatii de mare risc. Altii se pot plasa la nivelele 3, 4, 5 in functie de cate nevoi de resurse cere situatia lor medicala. De exemplu, un individ in criza situationala, fara ideatie de suicid se califica pentru nivelul 5 de urgenta neavand nici o nevoie de resurse medicale.

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) are si ea cinci nivele de urgenta cu un cod de culoare: nivelul I (albastru) - resuscitare; nivelul II (rosu) – urgenta imediata; nivelul III (galben) – urgenta; nivelul IV (verde) – urgenta usoara si nivelul V (alb) – non-urgent dar criteriile dupa care aceste cinci nivele au fost construite sunt altele dupa cum se vede din pozitia pe care tulburarile mentale si factori psihosociali o au in acesta clasificare. Astfel, tulburarile mentale, comportamentale, suicidul si criza sunt prezentate in tabelul Nr. 9 cu gradul respectiv de urgenta confirm clasificarii CTAS (Bullard si colab. 2008).

Un sistem comprehensive de triaj il reprezinta si Australasian Triage Scale – ATS. Acest model identifica cinci nivele de urgenta in functie de timpul de asteptare pana la interventie: (1) imediat, (2) urgent in 15 minute, (3) urgent in 30 minute, (4) semi-urgent in 60 minute, (5) non-urgent in 120 minute. Acest model ia in calcul indicatori subiectivi raportati de pacient si indicatori observabili de catre evaluator si stabileste nivelul pericolozitatii. Pentru fiecare nivel sunt prevazute modalitatile de supraveghere a subiectului si modalitatile de raspuns fata de situatia respectiva. Modelul ATS prezentat in Tabelul nr. 10 ia in calcul numai situatii comportamentale si psihologice intalnite la indivizi in criza sau cu tulburari mentale subjacente.

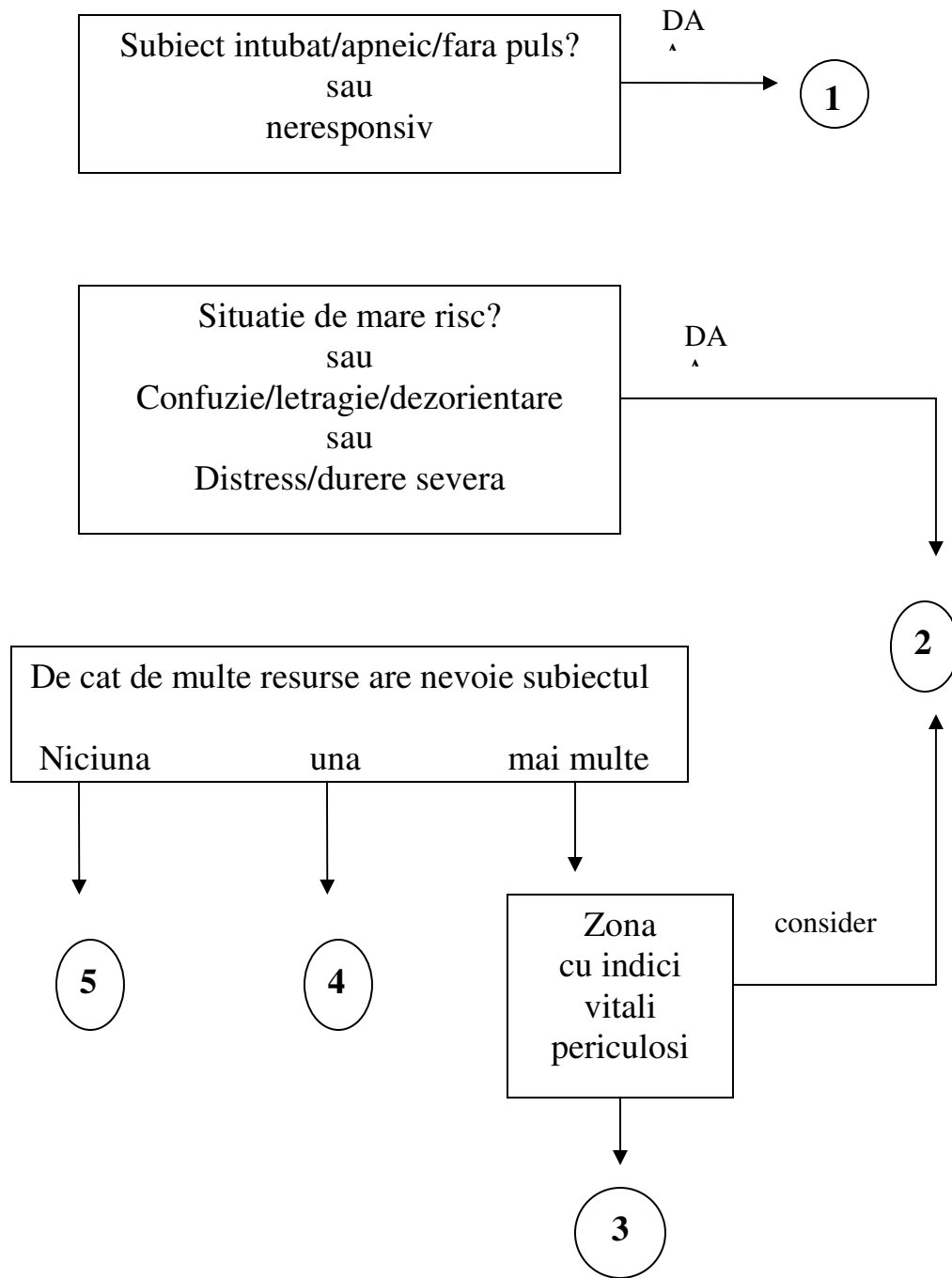


Fig. Nr. 3: Algoritmul de triaj conform Emergency Severity Index – ESI (dupa Gilboy si colab. 2011)

Problema de prezentare	Descriptia	Nivelul de urgenta CTAS
Depresie, amenintare de suicide sau auto-vatamare	Tentativa de suicid sau plan clar de suicid	II
	Intentie activa de suicid	II
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Idenatie suicidara fara plan	III
	Depresie fara ideatie suicidara	IV
Anxietate sau criza situationala	Anxietate severa cu agitatie	II
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Anxietate moderata cu agitatie, or cu idei paranoiace	III
	Anxietate usoara, stabila	IV
	Anxietate cu agitatie usoara, halucinatii cornice	V
Insomnia	Acuta	IV
	Cronica	V
Violenta sau comportament homicidar	Iminenta vatamare pentru sine sau altii sau plan specific pentru aceasta	I
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Ideatie de violenta sau homicidara dar fara plan	III
Probleme sociale	Abuz fizic, mental, stress emotional puternic	III
	Inabilitate de coping	IV
Comportament bizar	Conditie cronica, fara urgenta	V
	Necontrolabil	I
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Controlabil	III
	Fara adopost	IV

Tabelul Nr. 9: Conditiiile mentale si sociale si nivelele lor de urgenta conform scalei CTAS (dupa Bullard si colab. 2008)

Codul de triaj	Urgenta	Descriptia	Prezentarea tipica	Principii generale de management
1	Imediat	<p>Pericol bine evidenciat pentru sine si/sau altii</p> <p>Australasian Triage Scale (ATS): - tulburare comportamentala severa cu amenintare imediata pentru violenta extrema</p>	<p>Observabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportament violent - Posesie de arme - Auto-vatamare in serviciul de urgenta - Prezinta agitatie sau neliniste extrema - Deorientare/comportament bizar <p>Raportat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halucinatii auditive care comanda acte de violenta indreptate catre subiect sau catre altii pe care subiectul doreste sa le urmeze - Comportament violent recent 	<p>Supraveghere: Observatie vizuala continua 1:1 Observatie speciala</p> <p>Actiune:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertarea personalului din urgenta - Alertarea personalului din serviciul de sanatate mentala - Furnizarea unei ambiante de siguranta pentru pacient si pentru altii - Asigurarea de personal calificat si suficient pentru a controla si contentiona pacientul <p>De luat in considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chemarea politiei daca siguranta personalului este in pericol. - Poate este necesar personal suplimentar pentru observatie si contentionare
2	Urgent In 10'	<p>Probabil risc de pericol Pentru sine sau altii si/sau</p> <p>Clientul este contentionat in serviciul de urgenta si/sau</p> <p>Tulburare comportamentala severa</p> <p>Australasian Triage Scale: Violenta si agresivitate: - Amenintare imediata pentru sine si/sau altii - Necesita sau a necesitat contentie fizica - Agitatie severa sau agresiune</p>	<p>Observabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitatie extrema/neliniste - Agresivitate fizica/verbala - Confuzie/incapabil sa coopereze - Halucinatii/deliruri/paranoia - Necesita contentie - Risc mare de a fugi si de a nu astepta tratamentul <p>Reportat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentativa/amenintare de auto-vatamare - Amenintare de vatamare a altora - Incapabil de a astepta in siguranta 	<p>Supraveghere: Observatie vizuala continua 1:1 Observatie speciala</p> <p>Actiune:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertarea personalului din urgenta - Alertarea personalului din serviciul de sanatate mentala - Furnizarea unei ambiante de siguranta pentru pacient si pentru altii - Folosirea de tehnici de difuzie a agresivitatii (medicatie orala, plasare intr-o atmosfera calma) - Asigurarea de personal calificat si suficient pentru a controla si contentiona pacientul <p>De luat in considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daca tehnicile de difuzie sunt ineficace considera retrajul la categoria 1 - Securitate/politie/personal echivalent pana cand pacientul este sedat - Intoxicatia cu droguri/alcool poate cauza

3	<p>Urgent In 30'</p>	<p>Posibil pericol pentru sine sau altii – Tulburare comportamentala moderata - Distress sever</p> <p>Australasian Triage Scale: – Distress sever, risc de auto-vatamare – Psihoza acuta sau tulburare de gandire severa – Criza situationala cu auto-vatamare deliberata – Agitatie/izolare</p>	<p>Observabil: – Agitatie/neliniste – Comportament perturbator – Confuzie – Ambivalenta referitor la tratament – Nu este dispus sa astepte tratamentul</p> <p>Raportat: – Ideatie suicidara – Criza situationala</p> <p>Prezenta simptomelor psihotice: – Halucinatii – Deliruri – Idei paranoide – Tulburare de gandire – Comportament agitat/bizar</p> <p>Prezenta de tulburare afectiva: – Simptome severe de depresie – Retragere sociala/lipsa de comunicare – si/sau anxietate – Iritabilitate sau dispozitie expansiva</p>	<p>escaladarea tulburarii de comportament care necesita management corespunzator</p> <p>Supraveghere: Observatie atenta – A nu se lasa pacientul in sala de asteptare fara o persoana de suport</p> <p>Actiune: – Alertearea serviciul de sanatate mentala – Asigurarea unei ambiante calme si suportive pentru pacient si altii</p> <p>De luat in considerare: – Re-triage daca exista evidenta cresterii tulburarii de comportament: – Neliniste – Turbulenta – Agitatie – Agresivitate – Cresterea distressului – Intoxicatie cu alcool/droguri poate cauza escaladarea comportamentului ce necesita management corespunzator</p>
4	<p>Semi-urgent In 60'</p>	<p>Moderat distress</p> <p>Australasian Triage Scale: – Problema de sanatate mentala semi-urgenta – Sub observatie si/sau fara risc imediat pentru sine sau altii</p>	<p>Observabil: – Nici o agitatie/neliniste - Fara agresiune – Cooperare – Furnizeaza istorie coerenta</p> <p>Reportat: – Tulburare mentala preexistenta – Simptome de anxietate sau depresie fara ideatie suicidara – Capabil sa astepte</p>	<p>Supraveghere: Observatie intermitenta</p> <p>Actiune: - Consult cu serviciul de sanatate mentala</p> <p>De luat in considerare: – Re-triage daca exista evidenta de crestere a tulburarii comportamentale: – Neliniste – Comportament perturbator – Agitatie – Agresivitate – Cresterea distressului – Intoxicatie cu alcool/droguri poate cauza</p>

5	Non-urgent In 120'	<p>Nici un perico pentru sine sau altii</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nici un distress acut - Nici o tulburare comportamentala <p>Australasian Triage Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient cunoscut cu simptome cronice - Criza situationala la un subiect clinic sanatos 	<p>Observabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperant - Comunicativ si capabil sa se angajeze in formularea unui plan de ingrijire - Capabil sa discute problemele lui - Compliant cu instructiunile care le primeste <p>Reportat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient cunoscut cu simptome psihotice cronice - Tulburare mentala non-acuta preexistenta - Pacient cunoscut cu simptome somatice inexplicabile - Solicitare de medicamente - Efecte secundare minore ale medicamentelor - Probleme financiare, sociale, locative sau de relatii 	<p>escaladarea comportamentului ce necesita management corespunzator</p> <p>Supraveghere:</p> <p>Observatie de rutina</p> <p>Actiune:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultare cu serviciul de sanatate mentala - Trimitere la serviciul de sanatate mentala comunitara daca pacientul este cunoscut - Trimitere la serviciul social pentru problemele sociale - Trimitere la medical de familie - Furnizare de informatii despre resursele comunitare existente
---	-------------------------------	---	--	--

Tabelul nr. 10: Modelul Australasian Triage Scale (dupa Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009): Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia.

Evaluarea situatiilor speciale, precum evaluarea copiilor si adolescentilor aflati in criza sau evaluarea subiectilor suicidari cu particularitatile lor specifice vor fi tratate separate in sectiunea II-a a acestei carti, sectiune care se va ocupa cu evaluarea si interventia pentru fiecare situatie particulara in parte.

La sfarsitul evaluarii lucratorul in criza trebuie sa documenteze activitatea pe care a desfasurat-o, informatiile obtinute si cum se reflecta acestea in alegerea interventintiei si rezultatul deznodamantului. Documentatia se poate face prin note clinice realizate pe suport de hartie sau electronic. Aceasta documentatie cuprinde si fisele de evaluare in cazul aplicarii unei metode standardizate de evaluare si diferite alte scale de evaluare clinica daca au fost administrate, precum scale de evaluare a depresiei, anxietatii, trauma, etc. Despre utilitatea lor in evaluarea crizei se va discuta in partea speciala a acestei carti.

Notele si fisele de evaluare reprezinta o parte importanta a “dosarului” fiecarui caz in parte. Ele sunt folosite pentru:

- 1) documentarea activitatii intreprinse de lucratorul in criza;
- 2) transferul informatiilor in cazul consultarii cu alti specialisti sau intr-o echipa interdisciplinara, caz in care ingrijirea subiectului este impartasita cu alte servicii;
- 3) transferul informatiilor cand subiectul este preluat cu totul de un alt serviciu de ingrijire, precum servicii medicale specializate (terapie intensiva, chirurgie, neurologie, etc.) sau de servicii sociale.

In felul acesta se transfera subiectul si informatia legata de el de-a lungul drumului lui de ingrijire asa cum si responsabilitatea ingrijirii lui se transfera in mod organizat si responsabil. Transferului responsabilitatii trebuie tratata cu seriozitate si responsabilitate si a face:

- in cazul transferului informatiilor si documentatiei de la un clinician la altul,
- cand se schimba turele in cadrul serviciului de criza si se transfera rasponabilitatea de la un schimb la altul,
- cand ingrijirea unui subiect este impartita cu un al serviciu
- cand el este transferat cu totul unui alt serviciu.

Individul aflat in criza trebui sa posede in orice moment al ingrijirii o persoana responsabila de supravegherea si ingrijirea lui, persoana care va purta denumirea de managerul de caz.

Documentarea fiecărei activitati intreprinsa de lucratorul in criza reprezinta o parte esentiala a responsabilitatii profesionale si da masura profesionalismului si a angajamentului lui fata de activitatea pe care o desfasoara.

Anexa nr. 1: Formularul de contact initial cu subiectul in criza

Data: _____ Ora: _____

Cum a ajuns subiectul in contact cu lucratorul: _____

Evaluarea solicitata de: _____

Numele subiectului: _____ Data nasterii: _____

Adresa: _____ Telefon: _____

Prezentarea situatirei/problemei: (*Ce s-a intamplat astazi de aveti nevoie de ajutor?*)

Ati vorbit cu cineva despre situatia Dvs? Da: _____ Cu cine? _____

Ati luat vreun medicament? Da: _____ Ce fel? _____

Evaluarea crizei. *Cat de urgenta este nevoia Dvs de ajutor?*

Imediata (in cateva minute): _____

In cateva ore: _____

In 24 ore: _____

In cateva zile: _____

Intr-o saptamana: _____

Tipul de serviciu oferit:

Criza _____ Tipul: _____

Urgenta medicala _____

Trimitere la alt serviciu/agentie: _____

Externare: _____ Recomandari: _____

Alt tip de serviciu:

Anexa Nr. 2: Formularul de auto-evaluare a clientului in criza

Data: _____ Numele subiectului _____

- | | |
|---|---|
| <p>1. Sanatatea fizica: <i>Care este starea Dvs de sanatate?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Excelenta
Buna
Multumitoare
Proasta
Foarte proasta</p> |
| <p>2. Auto-evaluarea/stima de sine: <i>Cum va simtiti ca persoana?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Excelent
Bun
Multumitor
Prost
Foarte prost</p> |
| <p>3. Statutul occupational: <i>Care este situatia Dvs la serviciu?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Excelenta
Buna
Multumitoare
Proasta
Foarte proasta</p> |
| <p>4. Familia: <i>Care sunt relatiile Dvs cu familia?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Excelente
Bune
Multumitoare
Proasta
Foarte proasta</p> |
| <p>5. Relatiile intime: <i>Exista persoane de care va simtiti apropiat?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Excelenta
Buna
Multumitoare
Proasta
Foarte proasta</p> |
| <p>6. Locuinta: <i>Cum apreciati situatia Dvs locativa?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Excelenta
Buna
Multumitoare
Proasta
Foarte proasta</p> |

7. Statutul financiar: *Cum va descrieti situatia Dvs financiara?*
-
-
- Excelenta
Buna
Multumitoare
Proasta
Foarte proasta
8. Abilitatea de a lua decizii:
Sunteti multumit de capacitatea Dvs de decizie?
-
-
- Foarte multumit
Multumit
Aproare multumit
Nemultumit
Foarte nemultumit
9. Scopul/filozofia de viata: *Cat de multumit sunteti de cum impliniti scopurile/filozofia Dvs de viata?*
-
-
- Foarte multumit
Multumit
Aproare multumit
Nemultumit
Foarte nemultumit
10. Timpul liber:
Sunteti multumit de cum va petreceti timpul liber?
-
-
- Foarte multumit
Multumit
Aproare multumit
Nemultumit
Foarte nemultumit
11. Controlul emotiilor: *Cat de confident va simtiti in a va controlati emotiile?*
-
-
- Foarte multumit
Multumit
Aproape multumit
Nemultumit
Foarte nemultumit
12. Violenta: *Sunteti o peresoana violenta/impulsiva?*
-
-
- Niciodata
Foarte rar
Rar
Uneori (1-2 ori/luna)
Des (in fiecare zi)

13. Siguranta persoanei: *Aveti ganduri de suicid?*
- _____
- _____
- Niciodata
Foarte rar
Rar
Uneori (1-2 ori/luna)
Des (in fiecare zi)
14. Siguranta altora: *Exista riscul sa loviti/omorati pe cineva?*
- _____
- _____
- Nici un risc
Risc redus
Risc moderat
Risc crescut
Risc foarte mare
15. Folosirea alcoolului/droguri: *Consumul Dvs de alcool/droguri afecteaza sarcinile/obligatiile pe care le-ati avut?*
- _____
- _____
- Nicioada
Rareori
Uneori
Deseori
Constant
16. Probleme legale: *Aveti tendinta de a avea probleme cu legea?*
- _____
- _____
- Niciodata
Rareori
Uneori
Deseori
Constant
17. Utilizarea resurselor de ajutor: *Cat de usor va adresati sau altunde va obtine ajutorul de care aveti nevoie?*
- _____
- _____
- Foarte usor
Usor
Nici usor nici greu
Greu
Foarte greu

Anexa Nr. 3:**Modelul triajului (Triage Assessment Form, Myer et al. 1992)****EVALUAREA REACTIILOR SUBIECTULUI IN CRIZA:****DOMENIUL AFECTIV**

Evenimentul declansator: Identifica si descrie contextual crizei _____

Starea afectiva: identifica si descrie emotiile subiectului si modul de traire si expresie a lor pe trei dimensiuni:

Manie/ostilitate _____

Anxietate/Frica _____

Depresie/melancolie _____

Scala de evaluare a severitatii reactiilor afective:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nici o afectare	Afectare minima		Afectare putina		Afectare moderata		Afectare marcata		Afectare severa
Dispozitie afectiva stabila cu variatii normale ale afectului	Afectare conform situatiei, scurte perioade in care dispozitia este negativa, subiectul este capabil sa-si controleze emotiile		Dispozitie afectiva conform situatiei dar cu perioade negative mai lungi si mai intense, subiectul percepe emotiile lui ca fiind sub control		Dispozitia afectiva poate fi nepotrivita fata de situatie, perioade de emotii negative intense, poate prezenta labilitate afectiva, face eforturi de a controla emotiile		Emotii negative marcate, neconcordante cu situatia concreta, oscilatii ale dispozitiei afective, subiectul percepe emotiile ca fiind inafara controlului propriu		Decompensare afectiva, incapacitate de tolerare a emotiilor, lipsa totala de control emotional, oscilatii nejustificate ale dispozitiei cu interferare marcata a functionarii subiectului, subiectul solicita ajutor pentru normalizarea emotiilor

DOMENIUL COGNITIV

Indetifica daca transgresiunea, amenintarea si pierderea sunt prezente pe urmatoarele fatete:

Domeniul fizic (alimentatie, hidratare, siguranta, adaport, etc.): transgresiunea ____; amenintarea _____; pierderea _____;

Domeniul psihologic (selful, identitatea, bunastarea): transgresiunea ____; amenintarea _____; pierderea _____;

Relatiile sociale (familie, prieteni, colegi, etc.): transgresiunea ____; amenintarea _____; pierderea _____;

Domeniul spiritual/moral (integritate personala, valori, credinte, etc.): transgresiunea ____; amenintarea _____; pierderea _____;

Scala de evaluare a cognitiei:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nici o afectare	Afectare minima	Afectare putina	Afectare moderata	Afectare marcata	Afectare severa				
Capacitate de concentrare, rezolvare a problemelor si luarea deciziilor intacta. Perceptia si interpretarea realista a situatiei de criza.	Subiectul este preocupat de situatia de criza dar interpretarea ei este realista. Procesul de luarea deciziilor si rezolvarea problemelor este afectat minimal.	Tulburare tranzitorie a concentrarii. Partiala lipsa de control asupra gandurilor proprii. Dificultati recurente ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor. Perceptia si interpretarea crizei poate devia putin de la realitate ei.	Tulburare frecventa a concentrarii. Ganduri intrusive despre criza si partiala lipsa de control asupra lor. Dificultati ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera notabil de realitate situatiei.	Subiect afectat de ganduri intrusive despre criza. Dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera substantial de realitate situatiei.	Incapacitate de a se concentra pe altceva, absorbit total de ganduri despre criza. Perturbare totala a procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza. Dificultati severe ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare la situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera aproape total de realitate situatiei si afecteaza perceperea realitatii.				

DOMENIUL COMPORTAMENTAL

Identifica si descrie comportamentul actual al subiectului _____

Contact cu situatia/evenimentul _____

Evitare _____

Imobilitate _____

Scala de evaluare a comportamentului:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nici o afectare	Afectare minima		Afectare putina		Afectare moderata		Afectare marcata		Afectare severa
Comportament de coping adecvat situatiei. Subiectul functioneaza normal in viata de zi cu zi	Ocazional modalitati inadecvate de coping, subiectul indeplineste sarcinile vietii de zi cu zi dar cu oarecare efort		Ocazional modalitati inadecvate de coping, subiectul ignora unele sarcini ale vietii de zi cu zi, face efort sa functioneze adecvat dar exista oarecare descrestere in eficacitate		Modalitati de coping inadecvat si ineficient, indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mod evident		Coping inadecvat care duce la exacerbarea crizei; indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mare masura.		Comportamentul este destructurat total; comportamentul subiectului este periculos pentru sine si/sau pentru altii.

Scorul total:

1. Afectiv _____
2. Cognitiv _____
3. Comportamental _____

Anexa Nr. 4**EXAMINAREA STATUTULUI MENTAL (ESM)**

(modificat dupa Robinson, 2000)

Ce este: Examinarea statutului mental consta in furnizarea unei imagini rapide a starii mentale a unui subiect prin observatie si o serie simpla de intrebari.

Scop: ESM are urmatoarele scopuri:

- sa ofere o baza a evaluarii functionarii psihologice a subiectului
- sa evalueze capacitatea de functionare globale a subiectului
- sa identifice rapid afectarile starii psihologice care merita atentie

Cand se face:

- in situatiile de criza;
- atunci cand exista suspiciunea unei alterari ale functionarii psihologice
- in cazul existentei unei conditii psihopatologice
- cand subiectul este supus unei evaluari psihologic/psihiatric

Domeniile de evaluare:

- aparenta, expresie faciala, imbracaminte, postura
- atitudine si comportament motor
- nivel de constiinta
- vorbire
- afect si dispozitie afectiva
- gandire (forma si continut)
- perceptie
- memorie
- judecata
- insight (constiinta propriilor probleme)

A. Evaluare rapida a starii mentale:

(incercuieste ce se potriveste)

	normal	problema usoara	problema severa
1. Aparenta	ingrijit	neglijent	murdar
2. Atitudine	cooperant	necooperant	manios/ostil
3. Contact visual	direct	ezitanta	absenta
4. Postura	confortabila	tensionata	amenintatoare
5. Expresie faciala	calma	emotionala	nenaturala
6. comportament motor	alert	incetinit	agitat
7. Vorbire	fluenta	incetinita/ rapida	destructurata
8. Constienta	orientat	nesigur	stuporos
9. Afect	potrivit cu contextual	intens	extrem
10. Dispozitia afectiva	normal depresiv/maniacal	trist/expansiv	
11. Continutul gandirii	realistic	distorsionat	suicid/delir
12. Procesul gandirii	logic	deteriorat	total ilogic/ fuga de idei
13. Halucinatii	absent	iluzii	halucinatii
14. Memorie afectata	normala	problematic	puternic
15. Judecata (capacitate de a intelege anticipa, rezolva probleme, etc.)	normala	la limita	retardata
16. Insight (constiinta de sine)	bun	reduc	absent

B. Examinarea statutului mental (forma structurata)

		Absent	Usor	Marcat
Aparenta				
				neingrijit dezmatat murdar imbracat bizar
Comentarii asupra aaparentei subiectului:				
Comportament				
	Pozitia corpului			aplecat culcat ingenunchiat tensionat bizar/atipic
	Postura			comfortabila rigida amenintatoare vulgara
	Motilitate			accelerata scazuta bizara, atipica imobil
	Contact vizual			present, direct intermittent absent
	Atitudine			cooperanta suspicioasa ostila/manioasa evaziva seductiva amenintatoare
	Expresie faciala			tensionata plangareata anxioasa trista absenta stupida bizara
	Motilitate			crescuta, se misca tot timpul agitatie incetinita anormala (tremor, ticuri, grimase) Stuporoasa/catatona

Comentarii asupra comportamentului subiectului:

Vorbirea	Ritm	normala monoton balbait
	Viteza	normala incetinita rapida ezitanta
	Volumul	tare incet soptit
	Cantitatea	monosilabic vorbeste mult, nu poate fi intrerupt mutism
	Articulare	clara murmurata dificila ininteligibila
	Spontaneitate	spontana vorbeste doar cand e intrebat refuza sa vorbeasca

Comentarii asupra vorbirii subiectului:

Constienta/ orientare	Timp	orientate in timp dezorientat in timp
	Loc	orientat fata de locul unde este dezorientat fata de loc
	Persoana	stie cine sunt persoanele din jur dezorientat fata de persoana

Comentarii asupra constientei subiectului;

Afect	stabilitate	stabil fix labil
	intensitate	plat sters

Dispozitie afectiva	amplitudine	exagerat ingustat amplu
	congruenta	congruent cu situatia incongruent cu situatia depresiva expansiva anxioasa iritabila manioasa apatica eratica

Comentarii asupra afectului si dispozitiei afective a subiectului:

Gandire (proces)	asociatii idei	relaxata bizara salata de cuvinte
	coerenta	coerent incoerent
	logic	logic illogic
	perseverare neologisme blocare	perseverare prezenta neologisme prezente blocare a fluxului gandirii
Gandire (continut)		ideatie suicidara ideatie homicidara anduri depressive obsesii ruminatii incertitudine fobii idei de referinta idei paranoide idei de grandoare delir

Comentarii despre gandirea subiectului:

Perceptie	halucinatii	auditive vizuale olfactive tactile
------------------	-------------	---

		gustative
iluzii		iluzii
depersonalizare		depersonalizare
derealizare		derealizare

Comentarii despre perceptiile subiectului:

Memorie

afectarea memoriei imediate
afectarea memoriei recente
afectarea memoriei de lunga durata

Comentarii asupra memoriei subiectului:

Judecata

afecarea procesului de decizie
afectarea procesului de anticipare
afectarea rezolvarii problemelor
Afectarea procesului de cunoastere

Comentarii asupra judecatii subiectului:

Insight

prezent
dificultatii in a recunoaste problemele
Incapabil de a recunoaste problemele
blameaza pe altii pentru problemele
sale

Comentarii asupra insight-ului subiectului:

Bibliografie:

Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E (2008): Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines, *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10: 136-142.

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

Coristine RW, Hartford K, Vingilis E, White D (2007): Mental health triage in the ER: a qualitative study, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13:303-309.

Dixon SL (1979): *Working with people in crisis: Theory and practice*, St. Louis: Mosby.

Ellis A, Harper RA (1975): *A guide to rational living*, Beverly Hills, CA: Wilshire.

Folkman S, Lazarus RS (1988): Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54:466-475.

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

Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM (2011): *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition*. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.

Gilliland BE, James RK (1996): *Crisis Intervention Strategies*, 3rd Ed, Books/Cole Publ.Co. Boston, MA

Hersh JB (1985): Interviewing college student in crisis, *Journal of Counseling and Development*, 63: 286-289.

Hobbs M (1984): Crisis intervention in theory and practice: A selective review. *British Journal of Medical psychology*, 54:23-34.

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

Maslow AH (1970): *Motivation and personality*, New York: Harper & Row.

Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009): *Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide*. NSW Department of Health, Sydney, Australia.

Meichenbaum D, Fitzpatrick D (1993): A constructivist narrative perspective on stress and coping: Stress inoculation application, in L.Goldberger and S. Breznitz (Eds.): Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects (2nd Ed.), New York: Free Press.

Myer RA, Williams R, Ottens AJ, Schmidt AE (1992): A tree-dimensional model for triage, Journal of Mental Health Counseling, 14:137-148.

Myer RA (2000): Assessment for crisis intervention: A triage assessment model, Belmont: Brooks/Cole, CA.

Roberts AR (1991): Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model, in AR Roberts (Ed.): Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention, Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.

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

Roberts AR, Ottens AJ (2005): The Seven-stage Crisis Intervention Model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution, Brief Treatment and Crisis Intervention, 5:3290339.

Robinson DJ (2000): The Mental Status Exam explained, Port Huron, MI; Rapid Psychler Press.

Slaikue KA (1990): Crisis intervention: A handbook for practice and research (2nd Ed.), Boston: Allyn and Bacon

Watters DS (1997): A study of the reliability and validity of the Triage Assessment Scale, Disertation Abstract, Duquesne University;