

# **GHID PRACTIC DE INTERVENTIE IN CRIZA**

**Radu Vrasti, MD, PhD**  
Huron Perth Healthcare Alliance  
Mental Health Programs  
Crisis Intervention Program  
Stratford, Ontario  
Canada

**2012**

## **PARTEA I: DESPRE TEORIA CRIZEI**

## **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 depresiune sufleteasca, zbucium.

Exista mai mult cuvinte care oamenii le folosesc pentru a descrie evenimente negative de viata, precum stres, necaz, 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 aceasts

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 unei 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 “echilbru” 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 dissociative, 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 traume 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 resolve*

*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”.*

Definitiiile 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 ambianței 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 intervential 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 ideia 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 inaintea 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 si experienta de viata, exista de la inceputurile istoriei umane recunoscandu-se astfel doza de hazard ce presupune o existenta normala. Ca si concept

utilizat de profesionistii sanatatii mentale, criza a aparut destul de tarziu. Pana in 1969, cand a aparut prima o carte referitoare la criza si la corolarul ei, interventia in criza, se considera ca criza este o problema a fiecarui individ in parte si nu o disciplina particulara care sa colecteze ceea ce este comun tuturor experientelor individuale. Larga audienta a teoriei psihodinamice freudiene, descoperirea neurolepticelor in anii '50 ai secolului trecut si pierderile umane ale celui de al 2-lea razboli mondial au condus la acumularea unor cunostinte specifice care s-au constituit ulterior intr-o disciplina aparte. Interesant este ca la inceput literatura despre criza se gasea in revistele de psihologie, asistenta sociala sau nursing si se vorbea de criza ca despre un incident experimentat de-a lungul cursului unei vietii normale, in timp ce psihiatria de urgenta nu vorbea de loc de "criza".

Ulterior criza si interventia in criza au fost identificate cu preventia suicidului. Suicidul era considerat sinonim cu criza si Farberow (1974) spunea ca "*suicidul este un epitom al crizei, cel mai bun exemplu de urgenta psihiatrica supraincarcata de emotii si care arata de fapt ca viata este un risc*". Primele servicii de preventie a suicidului a aparut in 1968 pe langa spitalul de copii din Los Angeles iar in 1972 erau déjà 185 de astfel de centre pe teritoriul SUA. Majoritatea acestor centre erau incadrate cu voluntari fara o pregatire specifica si cele mai multe din aceste centre furnizau doar informatii sau legatura cu institutii medicale specializate. Contactul cu clientul se facea mai mult la telefon si mult mai rar direct, fata in fata. Nu exista un model uniform de activitate in aceste centre si astfel era destul de greu sa se faca consideratii teoretice pe baza datalelor culese de acestea. Totusi ele au contribuit inca de la inceput la implicarea comunitatii in raspunsul la suicid si la situatiile de criza in general (Auerbach, 1977).

In 1944 Lindemann publica rezultatele observatiilor si evaluarilor longitudinale facute asupra a 101 indivizii care si-au pierdut un membru de familie drag in incendiul de la Coconut Grove Club din Boston sau in razboiul mondial in curs la acea data si care au experimntat reactii acute la doliu (Lindemann, 1944). Lindemann a putut sa constate rolul important jucat de personalul de ingrijire a acestor persoane in depasirea durerii si doliului provocat de teribila pierdere. El spunea ca "*un management adecvat al reactiilor de doliu poate preveni perturbabile prelungite si severe ale adaptarii sociale, precum si tulburarile mental consecutive*". Ulterior, Lindemann a dezvoltat conceptual de criza emotionala exemplificat de reactiile de doliu sau de reactia indivizilor fata de situatii neasteptate si

amenintatoare. El considera ca desi acest fel de situatii genereaza stres la toti cei expusi, numai unii din acestia dezvoltaza crize emotionale si aceasta in functie de particularitatile lor de personalitate, experientele anterioare sau alti factori care ii vulnerabilizeaza in fata noilor circumstante; se poate spune ca acesti indivizi au resurse adaptative limitate, asa cum se poate spune ca cei care nu dezvoltaza crize sunt persoane reziliente sau cu capacitate mare de coping. El a conturat cinci faze prin care trec persoanele care experimenteaza 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 dezvoltarii individuale introduce si ideea ca criza este un aspect normal al dezvoltarii umane si ca o rezolutie efectiva a acesteia contribuie la prevenirea unor tulburari de lung parcurs ale dezvoltarii individuale (Erikson, 1956; Pitcher si Poland, 1992).

Un alt moment de cotitura in istoria teoriei si practicii interventiei in criza il reprezinta lucrarile de psihiatrie preventiva ale lui Gerald Caplan de la Universitatea Harvard, Massachusetts. El a fost si 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 si teoretice, care pot fi utilizate pentru a planifica si desfasura programe pentru reducerea: (1) incidentei tulburarilor mentale de toate tipurile din comunitate; (2) a duratei acestor boli si (3) a afectarii care poate rezulta dupa aceste boli*". (Caplan, 1964). Aceste consideratii au fundamentat ulterior teoria si practica interventiei in criza si a delimitat aceasta activitate ca o disciplina distincta in peisajul programelor si interventiilor de sanatate mentala in comunitate. Dupa Caplan, individul este vazut intr-un continuum echilibru emotional si 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 (Slaikeu, 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*" (citat dupa Annandale, 2006). Serviciile de interventie in criza incep sa fie considerate ca parte integranta a oricarui program de sanatate mentala (Slaikeu, 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 "victimii" sau servicii specializate de criza, precum cele pentru persoane sucidare 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.

Desi conform definitiei clasice a crizei in categoria factorilor declansatori ai crizei nu intra conditiile interne ale subiectului, precum simptome sau tulburari psihice, indivizii care au astfel de probleme si care punctual nu pot sa le depaseasca cu resursele proprii, obisnuiesc sa se adreseze centrelor de interventie in criza. Astfel, putem spune ca in definitia extinsa a crizei, alaturi de factorii exteriori subiectului, pot participa la aparitia crizei si factori emotionali, psihologici sau psihopatologici, ca in cazul sentimentelor de singuratate, rejectie, de vinovatie, frica, deznadejde, panica, tristete, 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, stress, tulburarea acută de stress, trauma, tulburarea posttraumatică de stress, situație dificilă și situație de urgență. În puține cuvinte se poate spune că stressul psihic se manifestă ca o tensiune, presiune sau încordare apărută în condițiile adaptării la un agent stressant intern sau extern. Această reacție adaptativă solicită 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).

**Tabelul Nr. 1: Lista cu factori, evenimente sau circumstanțe declanșatoare de crize**

<b>DOMENIUL</b>	
<b>Sanatate</b>	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
<b>Factori emoționali/psihologici</b>	Depresie, tristete, 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
<b>Suicid/automutilare/heteroagresiune</b>	Prezența gândurilor și dorințe suicidare
	Planuri și intenții suicidare
	Impulsuri de automutilare
	Impulsuri de a lovi/vătăma pe alții
<b>Victimizare</b>	Viol
	Violență domestică
	Violență la locul de muncă
	Jaf, hoție

	Lovituri in urma unui conflict fizic
	Martor la scene de violenta extrema/accidente
<b>Tulburari comportamentale</b>	Automutilare/tentative de suicid
	Agresivitate/violenta fizica fata de ceilalti
	Acte antisociale
	Agresiuni sexuale
	Ofense la adresa bunelor moravuri sau pace sociala
<b>Factori ce afecteaza copii/adolescenti</b>	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
<b>Factori legali</b>	Divort/separare
	Disputa asupra custodiei copiilor
	Raspuneri civile/penale severe
	Accidente de circulatie si daune consecutive
	Dispute financiare
	Disputa asupra proprietatii, mosteniri, faliment
<b>Dezastre naturale/sociale</b>	Inundatii, furtuni, tornade
	Cutremure
	Incendii
	Seceta
	Foamete
	Conflicte armate
	Luarea de ostateci
	Acte de terorism
<b>Factori familiali</b>	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
<b>Factori legati de ciclurile vietii</b>	Adolescenta
	Climacteriu
	Batranete
	Mutarea intr-o institutie de ingrijiri pentru batrani
<b>Factori personali</b>	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
<b>Factori vocationali</b>	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

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 retrairerea evenimentului amenintator, cosmaruri (Roberets, 2003). Persistenta hipervigilantii, 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 creiaza

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 memorari.

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 mediul stresant si individ, proces cu trei componente: evenimentul activator, reactia si consecinta. În functie de calitatea si intensitatea evenimentului activator, o situatie sau conditie poate deveni stresanta sau traumatica iar reactia, în functie de modul de recrutare a axei hipotalamo-hipofizaro-suprarenaliene, a zonelor limbice, amgdaliene si a celor prefrontale, deci în functie de implicarea endocrina, vegetativ, afectiva si cognitiva a subiectului, poate conduce la criza, reactie la stres, 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 în felul urmator:

1. **Aparitia evenimentului:** Odata evenimentul stresant aparut cascada de reactii de adaptare se declansează rapid. În aceasta prima etapa caracteristicile evenimentului sunt foarte importante. Astfel, bruschetă aparitiei evenimentului, hazardul sau amenintarea pe care o anunta evenimentul, neanticiparea lui în nici o ipostaza, timpul de contact cu subiectul, respectiv persistenta evenimentului, sunt factori importanti în 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 agresunile 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 într-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 într-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 diminueaza treptat in invelisul de amortizare pe care subiectul il posedă déjà. Astfel, una este sa divortezi si ai multi prieteni si altceva este cand esti singur; într-un fel vei vedea lucrurile cand esti religios si altfel cand nu esti si te apasa singuratatea si sentimente de neajutorare sau cand ti-a murit cineva drag.

3. Factorii precipitanti 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 tensiunea și anxietatea subiectului la apogeu. Factorii predispozanți pot coincide cu evenimentul perceput de subiect ca declanșator, or pot fi doar factori cumulativi, neglijabili luți 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 banca 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 emoționale sunt ineficiente, depășite sau deteriorate sub acțiunea factorilor declanșatori. Aceasta duce la eliberarea unei reacții emoționale cu caracter exploziv și subiectul este proiectat într-o situație de șoc, 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 brusc sub presiunea stimulului neașteptat, șocat 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-emoționale, 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 criza 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 sa contribuie la restabilirea competentei de coping si a reusit sa reformuleze pozitiv cauzalitatea, atributiile, responsabilitatea si incadrarea temporala a situatiei critice. Stingerea crizei se poate face tot atat de repede pe cat a aparut sau treptat intr-un proces de revigorare. O situatie de criza aparuta la un subiect aflat intr-o aglomeratie si care declanseaza un atac de panica trece destul de repede daca el stie sau este ajutat sa utilizeze metode eficiente de cupare a atacului, pe cand o criza legata de plecarea unicului copil intr-un alt oras trece treptat pe masura ce comunicarea afectiva cu el se restabileste iar subiectul intelege ca maturarea copilului inseamna si desprinderea de cuibul originar. Daca in cele mai multe cazuri rezolutia crizei poate duce subiectul la stadiul pre-criza, exista si situatii in care stingerea crizei se face prin trecerea ei intr-un model cronic in care tulburarile emotionale si comportamentale au tendinta de a aparea din ce in ce mai usor si mai frecvent, dupa mici frustrari sau conflicte, altadata usor de depasit sau se trece la alt nivel diferit calitativ, de tulburare psihiatrica clinic bine conturata.

6. Reintegrarea de dupa criza presupune ca subiectul a recapatat statutul psiho-afectiv avut anterior. Aceasta se poate face cu diferite "costuri" la care subiectul a fost supus de-a lungul desfasurarii procesului de rezolutie. Dar exista si cealalta fateta, cand subiectul a dobandit noi abilitati si cunostinte si astfel, o situatie similara viitoare va fi tratata diferit, cu competenta si eficacitate. Aceasta presupune ca subiectul a dobandit o perceptie cognitiva corecta e situatiei de criza si a elementelor ei componente, a invatat sa identifice emotiile proprii, se le denumeasca, sa le accepte, sa le incorporeze in narativele proprii si sa le adminstreze adecvat si nu in ultimul rand sa invete abilitati constructive de coping pe baza resurselor individuale. Acesta este deznodamantul dorit al unei crize, privita ca oportunitate si parte integranta a unui proces continuu de dezvoltare. Exista si 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 indivd 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.

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)

**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.

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 ideia 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 necazurile 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 neasteptate (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 unuei 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 psihiatrice 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 creiaza 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 oteasca 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 rezolvării 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 stagnării, 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 (2<sup>nd</sup> 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, 4<sup>th</sup> Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

James RK, Gilliland BE (2005): Crisis Intervention Strategies, 5<sup>th</sup> 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 (3<sup>rd</sup> 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.

Slaikue KA (1990): *Crisis intervention: A handbook for research and practice* (2<sup>nd</sup> 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.

## **PARTEA II: COMUNICAREA SI EVALUAREA IN CRIZA**

# 1. COMUNICAREA IN CRIZA

A ajuta oamenii in criza inseamna in primul rand o intalnire interumana bazata pe intelegere, acceptare, pe autenticitate si lipsa de prejudecati, creind un context in care comunicarea devine fluenta si autentica. Cele doua versante se sprijina reciproc si astfel comunicarea genuina si validanta intareste sentimentul persoanei in criza ca este acceptata, auzita, inteleasa si pe cale de a primi suportul de care are nevoie iar aceasta, la randul ei, face ca mesajele de ajutor generate de persoana de ingrijire sa fie din ce in ce mai adecvate, specifice, efective si personalizate. Aceasta comunicare este integrata atat in evaluarea crizei cat si in interventia propriu-zisa si urmarirea evolutiei crizei. Cand comunicarea esueaza, persoana se simte singura, abandonata, lipsita de valoare, rejeta si neinteleasa ducand la tensiune si conflict si chiar la agresivitate indreptata impotriva persoanei insasi sau impotriva altora. In cazul intalnirii din interventia in criza lipsa de comunicare sau comunicarea distorsionata conduce la esuarea oricerei incercari de ajutor. In abilitatea de a comunica sta adevarata arta a lucratorului in criza.

Exista diferente esentiale intre comunicarea obisnuita, cea de toate zilele si comunicarea terapeutica, cea din criza (vezi tabelul Nr. 1).

Fielding si Liewelyn (1987) subliniza ca comunicarea efectiva dintre individ si ingrijitorul sanatatii lui este o problema centrala a ingrijirii si ca *“comunicarea este atat una din cele mai solicitante aspecte ale muncii profesionistului ingrijirii sanatatii cat si una care este frecvent evitata sau facuta defectos in ciuda rolului important pe care il are in ingrijirea pacientului”*. Mallett si Dougherty (2000) citeaza un studiu recent care constata ca oamenii tind sa fie nesatisfacuti mai mult de calitatea comunicarii decat de celelalte aspecte ale ingrijirii sanatatii.

Valorile pe care se sustine o buna comunicare terapeutica sunt:

- empatia sau abilitatea de a simti si intelege punctual de vedere a celuilalt;
- exprimarea respectului fata de persoana suferida;
- autenticitatea si sinceritatea dialogului cu privire la expresia suferintei si a ajutorului necesar care sa conduca la incredere si speranta;

<b>Comunicarea obisnuita</b>	<b>Comunicarea terapeutica</b>
Nu exista un scop sau o arie predeterminata	Exista o problema si/sau un scop predeterminat
Rivalitate/competitie pentru a castiga atentie	Atentie focalizate pe client – nu exista competitie pentru a castiga atentie
Informare pe baza experientei de viata	Informare pe baza teoriei si practicii profesionale
Apare datorita circumstantelor sau alegerilor	Apare pentru ca cineva este in nevoie si celalalt in rolul de ingrijire
Localizarea/ambienta profesionala sau sociala	Localizare intr-o institutie de ingrijire a sanatatii
Confidentialitatea nu este o problema	Confidentialitatea este o problema si exista un cod de conduita
Expresia spontana a emotiei si limbajului corporal	Emotiile si limbajul corporal este controlat
Ambele parti doresc sa-si implineasca nevoia de comunicare	Focusul comunicarii este centrat pe nevoia clientului
Reciprocitate in comunicare	Comunicare reflectivă
Egalitate de rol	Ingrijitorul sanatatii are rolul de expert
Potential in formarea prieteniei sau altor tipuri de relatii sociale	Exista limite si granite in formarea relatiei
Comunicare critica si non-critica	Comunicare non-critica, toleranta
Deschisa	Retinere de la enunturi/afirmatii nepotrivite

Tabelul Nr. 1: Discrepanțele dintre comunicarea obisnuita si comunicarea terapeutica

- atitudine pozitiva cu privire la capacitatea subiectului si deznodamantul suferintei lui;
- compasiune si toleranta, in absenta oricarei prejudecati sau evaluare critica;

- recunoasterea autoritatii subiectului de a hotara, a face schimbari si de a depasi situatia critica;
- confidentialitatea informatiilor vehiculate pe parcursul comunicarii terapeutice;
- luarea in considerare a aspectelor etice care dirijeaza relatia terapeutica; a nu produce daune, a fi de incredere, a respecta drepturile subiectului, a nu exagera competenta terapeutului, a recunoaste limitele relatiei terapeutice.

Lucratorul de criza trebuie sa posede aceste abilitati de comunicare cu oameni aflati in necaz cu scopul de a putea stabili un raport si o relatie terapeutica cu acestia, context in care mesajele terapeutice sa poata fi transmise si receptate ca atare. In interventia in criza relatia terapeutica are ca scop cresterea responsabilitatii si participarii individului in procesul de recuperare pentru ca asa cum spunea From (1994) *“nimeni nu se face bine pana cand nu are un sentiment de responsabilitate, de participare si, in fond, un sens de mandrie in dobandirea bunastari individuale”*.

**Contactul initial si angajarea in comunicare.** Intalnirea cu subiectul in criza este un pas crucial pentru interventia ulterioara si rezolutia crizei. De felul cum decurge aceasta faza depinde evaluarea corecta a crizei si a resurselor individului, cresterea motivatia subiectului pentru ramane in programul de interventie si eficienta raspunsului la criza. Pentru a atinge aceste deziderate, contactul initial trebuie sa exprime respect si compasiune fata de situatia subiectului, sa fie non-intrusiv, sa exprime capacitatea si dorinta de a ajuta si sa ofere subiectului motive de a ramane in program. Prioritatea imediata a lucratorului in criza trebuie sa fie mentinerea contactul fizic si psihic cu subiectul si sa prezinte o conduita care sa inspire calm si siguranta. Pentru aceasta lucratorul de criza trebuie sa pastreze contact visual cu subiectul, sa-i intoarca o fizionomie exprimand intelegere, compasiune si validare. Pozitia corpului si distanta fata de subiect trebuie sa fie adecvata receptarii dar sa respecte totusi “spatiul personal” al subiectului si cutumele culturale ale lui.

Lucratorul de criza trebuie sa se recomande el insusi cu numele, titlul si apartenenta lui la programul de criza (sa se decline titulatura exacta a programului), sa explice mandatul si obiectivele programului de criza si sa explice rolul sau. Apoi sa invite subiectul sa stea confortabil, sa ocupe locul pe care si-l doreste in incapare, apoi sa-l asigure de

confidentialitatea discutiei si de faptul ca va primi atentia si consideratia ce mai mare. Lucratorul trebuie sa vorbeasca calm, bland si clar. Sa intrebe daca sunt lucruri care cer atentie si raspuns imediat, precum probleme medicale urgente. Apoi subiectul este invitat cu gentilete sa furnizeze descrierea problemei pe care o are.

Lucratorul de criza nu trebuie sa se astepte imediat la reactii pozitive din partea subiectului, va trece ceva timp pana cand subiectul va dezvolta comfort, incredere si sentimentul ca se afla in siguranta. Daca subiectul declina ajutorul lucratorului de criza acesta nu trebuie sa fie insistent dar nici sa inchida comunicarea, ci din contra sa caute sa continue comunicarea, sa furnizeze sugetii conversationale, sa solicite alte amanunte asupra situatiei de criza, a raspunsului subiectului si a planului sau de viitor.

Numele meu este George si sunt lucrator de criza la Programul de interventie in criza numit "Speranta". (*George incearca sa dea mana cu subiectul sau se inclina a salut*). Acest program este destinat persoanelor cu nevoi urgente, aflate in criza, atunci cand capacitatea lor de a se auto-ajuta este depasita. Acest program cauta sa furnizeze raspuns rapid si adecvat astfel incat sa limiteze necazul, reactiile emotionale si pierderile de orice fel ale celui aflat in criza. (*va rog sa stati jos pe scaunul pe care il doriti si sa va simtiti confortabil*) Programul va asigura de confidentialitatea datelor obtinute de-a lungul relatiei dintre noi. Programul va ofera ajutor direct sau legatura cu alte agentii in functiei de nevoile Dumneavoastra. (*Pot sa va ofer un pahar cu apa?*). Inainte de toate vreau sa va intreb daca exista vreo problema urgenta, precum una medicala, care sa necesite atentie imediata? Eu pot sa va facilitez contactul cu un doctor, daca e cazul. (*lucratorul de criza pastreaza contactul vizual direct si abordeaza o atitudine empatica, calma si confidenta*). Sunt dornic sa va ascult...

**Relatia terapeutica** este relatia prin care se furnizeaza mesaje terapeutice. Capacitatea de a stabili astfel de relatie este mai importanta decat oricare alte calitati profesionale ale unui lucrator de criza (Hoff, 1995). Relatia terapeutica se bazeaza pe cinci componente ale comunicarii: abilitatea de a exprima empatie, abilitatea de a asculta, abilitatea de a exprima intelegere, de a exprima acceptare si cea de a exprima sinceritate (Gilliland si James, 1996). Este interesant de subliniat ca aceste calitati sunt raspandite in populatia generala dar in mod neuniform si unii oameni le au in masura mai mare decat altii; uneori neprofesionistii sunt mai capabili sa le exprime decat profesionistii, iar la acestia din urma aceste trasaturi se pot toci odata cu vechimea in profesie.

Pentru stabilirea unei relatii terapeutice cat mai rapid si efectiv posibil, profesionistul trebuie in primul rand se exprima intelegere pentru situatia in care se afla persoana. Aceasta se realizeaza prin anumita reflectare a spuselor subiectului ceea ce-i arata ca a fost auzit, inteles, acceptat, nejudecat si validat. Ventilarea emotionala, oferirea spatiului si timpului pentru a vorbi si impartasii este ea insasi terapeutica si valorizanta. Nu trebuie uitat ca dezvaluirea sentimentelor personale, a emotiilor intime, chiar in conditiile unei crize, este un act de curaj si lucratorul de criza trebuie sa fie bland si rabdator atunci cand invita subiectul spre o astfel de desatainuire. Astfel de reflectii pot fi: *“pari foarte suparat si afectat de ceea ce s-a intamplat”* sau *“ce spui arata cat de manios esti”*. Astfel de replici incurajeaza subiectul sa se deschida si ii ofera oportunitatea de a furniza mai multe detalii si de a merge mai departe in nararea situatiei de criza in care se afla; se trece astfel de la o comunicare non-directiva la una directionata de scopul evaluarii situatiei de criza. A-i spune, *“am inteles”* inseamna a nu mai merge mai departe sau ca trebuie sa se opreasca ori pentru ca a spus destul, ori pentru ca s-a adresat cuiva care nu empatizeaza cu el. Mult mai bine este sa se directioneze subiectul sa furnizeze mai multe informatii: *“as vrea sa stiu mai multe ca sa inteleg mai bine”* sau *“poti sa-mi dai mai multe amanunte”* si astfel sa simta auzit si ca s-a adresat acolo unde problema lui este pe cale sa fie inteleasa.

Comunicarea in criza este foarte sensibila iar pentru a fi efectiva ea trebuie sa indeplineasca unele conditii: i) sa evite mesajele duble precum interesul exprimat verbal pe de-o parte si detasarea exprimata de postura sau comportamentul motor al profesionistului pe de alta parte, ii) evitarea etichetarii, a termenilor si jargonului profesional, iii) evitarea aparitiei de sunete sau intreruperi care pot inhiba subiectul sau care lasa impresia lipsei de interes sau sinceritate, iv) emiterea de generalizari sau comentarii care conduc la pierderea unicitatii sau specificitatii crizei subiectului precum *“am mai auzit asta si la altii”*, *“am mai avut un astfel caz”*, *“mi s-a intamplat si mie”*, etc.

**Comunicarea empatiei** este una din cele mai importante elemente in formarea unei aliante terapeutice cu subiectul in criza. Subiectul se adreseaza programului de criza intr-o situatie cand anxietatea, sentimentul de vinovatie, rusine, de lipsa de ajutor sau de deziluzie sunt proeminente. El le poate exprima ca atare sau din contra, poate sa le mascheze intr-o expresie de manie sau in spatele unei naratiuni intelectualizante. Atentia subiectului este

indreptata catre interlocutor din frica de a se fi adresat cui nu trebuie, de a intalni pe cineva care-l va judeca pentru incapacitatea de a-si rezolva singur problemele sau din contra, cu speranta ca are exact de-a face cu persoana potrivita pentru ajutor. Ambivalenta, intre teama si speranta, este sentimentul dominant al subiectului in momentul contactului initial cu lucratorul de la criza. Profesionalistul crizei trebuie sa adopte o atitudine de intelegere a acestui moment si sa creieze contextual de siguranta si confort in care subiectul sa se simta liber sa comunice. Astfel, contactul visual, pozitia capului si a corpului, tonul si modulatia vocii, fizionomia, expresia generala sunt elementele pe care lucratorul de la criza trebuie sa le ia in considerare pentru a exprima interes si consideratie, intelegere si compasiune pentru situatia clientului sau. Intreaga atitudine a profesionistului trebuie sa exprime atentie, deschidere, naturalitate si lipsa de totala de afectare, disimulare, aroganta sau servilism, formalism, falsitate sau manierism profesional. Toate acestea sunt atat daruri naturale ale lucratorului de criza cat si expresii emotionale slefuite in contextual formarii profesionale. Aceasta atitudine empatica trebuie sa se pastreze nealterata pe intreaga perioada a contactului cu subiectul in criza si ea se consolideaza atat prin comunicarea verbala si non-verbala cat si prin momentele de liniste petrecute impreuna. Exista totusi o distanta emotionala fata de subiect care trebuie respectata. Daca profesionistul devine exagerat de empatic, moduleaza hipermetric cu reactiile subiectului, exprima aceiasi tonalitate afectiva fara echivoc, exista pericolul ca subiectul sa ramana anchilozat in dificultatile pe care le intampina, sa nu vada nici necesitatea schimbarii si nici resursele proprii de coping. De aceea, in spatele oricarei empatii trebuie sa existe si mesajul profesionist la luciditatii si realitatii.

**Comunicarea autenticitatii/sinceritatii.** In relatia terapeutica autenticitatea este destul de greu de exprimat si pastrat de-a lungul intalnirii cu clientul. Lucratorul de la criza realizeaza aceasta prin mentinerea unei balante intre raspunsurile unui om obisnuit cu cele ale unui profesionist. Autenticitatea inseamna si sa-ti stii limitele si sa nu iti arogi ceea ce nu poti sau nu ai. Rogers (1969) spunea despre autenticitate: *“Atunci cand accepti faptul ca ai multe deficiente, greseli, ca esti adesea ignorant cand de fapt ar trebuie sa sti, ca adesea judeci in loc sa fi deschis la minte, ca ai uneori sentimente care nu sunt justificate de circumstante, atunci poti fi mult mai real”* (citad de Gilliland si James, 1996). Aici este

vorba de onestitate cu tine insuti, de a pune de acord ceea ce esti cu ceea ce ai invatat si stii despre munca ta, fara orice formalism sau emfaza. Aceasta inseamna sa te simti liber sa exprimi si sa comunici neconditionat sentimente si ganduri si sa stii daca este potrivit cu situatia in care esti, constient pe deplin de cum acestea se reflecta in tine insuti.

Egan (1990) a inventariat cinci calitati esentiale ale autenticitatii pe care un lucrator la criza trebuie sa le posede ca sa fie de ajutor pentru altii: i) sa se simt liber sa se exprime pe el insusi si rolul pe care-l are atunci cand comunica cu subiectul; ii) se fie spontan, adica sa fie fluent, cu tact si confident, reprimandu-si iritabilitatea, impulsivitatea, atunci cand exprima reflectiile lui fata de situatia clientului; iii) sa fie lipsit de defense prin care incearca sa-si apere selful si unele vulnerabilitati, sa mentina un echilibru intre slabiciuni si calitati; un astfel de profesionist nu este critic sau ostil fata de problematica subiectului si stie sa-si reprime sentimentele si comentariile negative; iv) sa fie consistent, adica sa nu prezinte discrepante intre ceea ce simte, gandeste si comportament si v) sa fie capabil sa vorbeasca despre propriile experiente atunci cand este potrivit. Toate aceste calitati face ca lucratorul la criza sa fie autentic, sa fie impreuna cu subiectul, sa exprime empatie dar sa ramana si independent, respectand granitele profesionale dintre el si altul. De exemplu, atunci cand subiectul este ostil, manios, provocator, profesionistul sa nu fie ispitit sa raspunda cu aceiasi moneda ci sa exprima in continuare seninatate, deschidere si receptivitate autentica la spusese si expresiile subiectului.

**Comunicarea acceptarii.** De multe ori intalnirea dintre profesionist si clientul sau are tendinta de a fi influentata inconstient de valorile si credintele personale ale lucratorului de criza. Pe de alta parte, incercand sa infatiseze criza personala, individual poate transfera pe interlocutor unele din sentimentele sale de manie, dezgust, ostilitate. Indiferent de dinamica acestei intalniri, lucratorul de criza trebuie sa arate capacitatea lui de a accepta subiectul asa cum este, de a-l incuraja sa se prezinte nedeformat de reticente sau defense, sa-i arate pretuire si grija indiferent de ceea ce subiectul pare a fi sau de situatia in care se afla. Profesionistul trebuie sa fie capabil sa pune deoparte valorile, credintele si idealurile sale pentru a ramane un receptacol adevarat si neconditionat al subiectului pe care incearca sa-l ajute.

**Comunicarea intelegerii** se face prin emiterea de afirmatii care sa-l face pe client sa se simta inteles, sa se simta perceptut si auzit corect. Aceasta ii lasa subiectului sentimentul ca a ajuns unde trebuie, ca a fost clar si ca profesionismul este exact persoana de care are nevoie. Intelegrea nu inseamna neaparat aprobare neconditionata, ci doar perceperea si intelegerea contextului elementelor crizei, a elementelor declansatoare, a reactia subiectului si a capacitati lui de a face fata situatiei. Exemple de astfel de afirmatii: *“inteleg cat de frustrant este pentru tine sa patesti asa ceva”*, sau *“intr-adevar este foarte dureros sa ti se intample asa ceva”*, etc. Comunicarea intelegerii se poate realiza si prin ecoul pe care profesionistul il face la spusele subiectului, respectiv repetarea ultimelor cuvinte ale subiectului din afirmatia precedenta sau refrizarea afirmatiei pe care tocmai a facut-o, lasand astfel impresia ca a fost auzit si inteles. Se pot pune si intrebari scurte pentru clarificare sau care sa-l conduca pe subiect la reformularea narativelor sale. Nu trebuie abuzat de aceasta din urma tehnica pentru ca subiectul poate sa gadeasca ca interlocutorul lui este lipsit de intelegere fata de situatia lui.

**Comunicarea receptarii si sensului de a fi fost ascultat.** Aceasta este un adevarat imperativ al comunicarii in criza. A fi auzit, ascultat, a fi tratat cu atentie este una din asteptarile cele mai importante ale unui subiect in criza. Capacitatea de a asculta pe altul este o adevarata arta. Orbach (1994) leaga aceasta arta de conceptul de responsabilitate emotionala. Autoarea noteaza ca ascultarea permite individului ascultat sa aiba propriul spatiu emotional ceea ce reduce neintelegerea si contaminarea cu emotiile celuilalt. Dupa ea, ascultarea nu este o simpla abilitate invatata peste noapte ci o calitate fiziologica si psihologica slefuita in ani de practica. S-a demonstrat ca ascultarea are un efect terapeutic asupra unui pacient chiar daca nu se face nimic in plus.

Ascultarea este un proces afectiv, cognitiv si comportamental care implica: i) furnizarea de timp persoanei care vorbeste, ii) oferta unui spatiu privat, linistit, lipsit de perturbari; iii) cu scopul de a intelege mesajele transmise; iv) ce permite focalizarea pe ceea ce persoana comunica; v) prin ignorarea altor semnale concomitente din mediu intern sau extern.

Exista trei feluri de ascultare: ascultarea pasiva, in care ascultatorul nu raspunde celui care vorbeste, ascultarea activa, in care cel care asculta furnizeaza un feed-back

verbal si non-verbale prin gesturi, intrebari si parafrazari cu scopul de a obtine mai multe si accurate informatii si ascultarea empatica in care cel care asculta se proiecteaza el insusi in persoana celui care vorbeste cu scopul unei mai bune intelegeri a emotiilor si sentimentelor celui in cauza.

Subiectului i se poate crea sentimentul ca este auzit atunci cand el sesizeaza ca focusul profesionistului este corect directionat spre lucrurile esentiale, pe ce el realmente vrea sa comunice, pe mesajele care vrea sa le trimita, pentru ca ascultarea nu este un lucru pasiv ci o relatie bidirectionala intre cel care vorbeste si cel ce asculta. Subiectul observa ca profesionistul este capturat de povestea lui si raspunde verbal si non-verbal la mesajele lui, verbale si nonverbale si astfel considera ca profesionistul este acordat la emotiile si reactiile lui. Este indicat ca se se creieze o premiza a receptarii prin afirmatii preliminare prin care subiectul este asigurat ca est bine primit si ca va fi ascultat cu toata atentia si consideratia: *“eu sunt aici ca sa va ascult cu toata atentia si sa va inteleg in toate aspectele pe care le veti spune”* sau *“vreau sa va asigur de toata atentia si consideratia pentru situatia in care sunteti”*. Al doilea lucru important este se se intareasca convingerea subiectului ca a fost auzit. Asta se face prin repetarea ultimelor cuvinte ale subiectului, prin darea din cap la spusese lui, printr-o fizionomie receptiva, prin contact visual activ, prin solicitarea de repetare sau de refrazare a unor detalii sau prin pur si simplu prin a spune: *“da”, “asa e”, “mhm”, “aha”*... In tabelul Nr. 2 se prezinta elementele verbale si non-verbale dupa care un individ are impresia ca este ascultat.

Ascultarea ajuta subiectul sa se simta acceptat si luat in serios, respectat, auzit, inteles si conectat cu interlocutorul, sa aibe incredere. Astfel sentimental de izolare si stanjeneala incepe de dispara si pe acesta baza subuieutul se simte confortabil sa solicite ajutorul, sa solicite o parere despre ceea ce i s-a intamplat, sa dezvaluie ganduri si emotii intime si in final sa participe activ la planul de raspuns la criza.

Egan (2006) identifica cateva abilitati de comunicare non-verbala care sustin sentimental de a fi ascultat. Aceste abilitati sunt sub acronimul SOLER: (S – de la Sitting) stai cu fata la client; (O - de la Open) adopta o postura deschisa, cu mainile si picioarele neincrucisate; ( L – de la Leaning) inclina-te putin spre persoana ascultata; (E – de la Eye) mentine un contact visual dar fara sa te uiti fix; (R – de la Relax) adopta a pozitie relaxata.

Toate aceste deziderate sustin o ascultare pasiva, in care subiectul este incurajat sa vorbeasca si profesionistul asculta atent.

In cazul ascultarii active primul pas este focusarea atentiei pe interlocutor pentru a fi sigur ca mesajele au fost intelese corect, urmeaza apoi o etapa a interpretarii lor si ulterior evaluarea si raspunsul la acestea, de fapt raspunsul la criza.

<b>Elemente verbale</b>	<b>Elemente non-verbale</b>
Limbaj non-critic si tolerant	Contact vizual
Invita la interactiune prin intrebari deschise	Pozitie corporala adecvata
Nu te impinge rapid spre rezolvarea unei probleme	Gestica deschisa
Valorizat de celalalt prin reflectii	Zambet
Onest	Dat din cap
Tonul vocii pozitiv	Apropiere fizica, atingere
	Congruenta
	Lipsa grabei/nerabdarii

Tabelul Nr. 2: Criteriile verbale si non-verbale ale experientei de a fi auzit

Ascultarea activa este o metoda eficace care promoveaza schimbarile comportamentale de care are nevoie subiectul in depasirea crizei. Ea conduce subiectul la o clarificare a sentimentelor si gandurilor ce sustin incapacitatea temprara de coping si faciliteaza procesul de crestere motivationala si de luare a deciziilor (Noesner si Webster, 1997).

Vecchia si colab (2005) construiesc o relatie ierarhica a schimbarii comportamentale ca si deznodamant pozitiv al crizei, relatie care incepe cu furnizarea ascultarii active, continua apoi cu oferirea empatiei, a unui raport terapeutic de incredere si terminand cu motivarea subiectului si schimbarea comportamentala (vezi Fig. Nr.1).

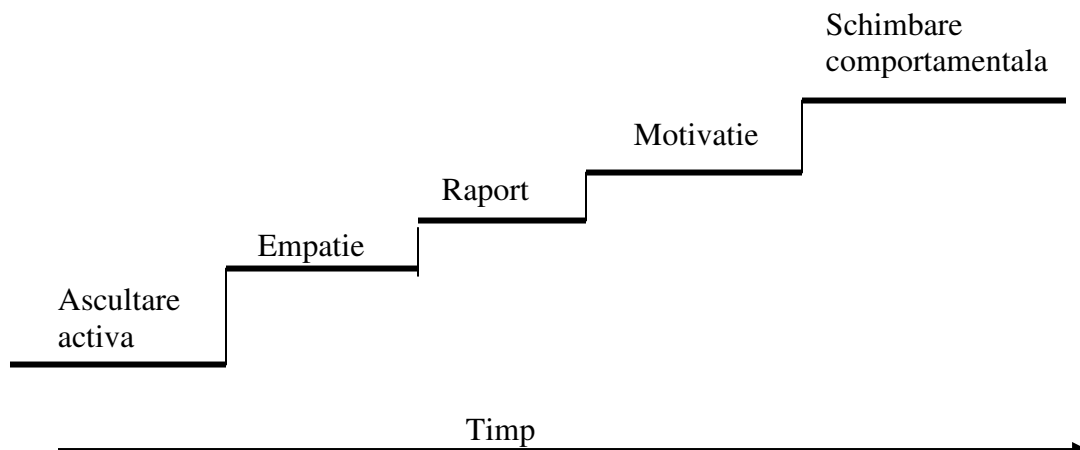


Fig. 1: Generarea schimbarii comportamentala in criza (Vecchia si colab. 2005)

Mai jos prezentam o reteta a ascultarii active (modificat dupa New Jersey Self-Help Group Clearinghouse si Vecchia si colab. 2005):

**A. Participa si fi atent (furnizeaza subiectului sentimentul ca este ascultat):**

1. Concentreaza-te: actioneaza ca un bun ascultator, partreaza focusul si atentia pe persoana pe care o asculti;
2. Nu vorbi, doar asculta; nu modifica pozitia dupa fiecare secventa pentru ca il faci pe vorbitor sa creada ca nu este destul de inteles sau acceptat;
3. Opreste orice ar putea distra atentia, telefon celular, radio, inchide usa, opreste orice sursa de zgomot, opreste alte activitati;
4. fi atent la limbajul tau corporal, intoarce-te cu fata la vorbitor, mentine un bun contact visual, pastreaza pozitia relaxata;
5. Concentreaza-te pe cuvintele vorbitorului, emotiile ce le exprima si limbajul corporal, asculta tonul vocii si ritmul si viteza vorbirii;
6. Nu intrerupe;
7. Respecta momentele de liniste.

**B. Raspunde si reflecta (furnizeaza subiectului sentimentul ca este inteles):**

1. Oferă niste raspunsuri si sugestii verbale precum: “Aha”, “Hmm”, “Mda” atunci cand este potrivit si adopta un ton sincer, neformalist;
2. Furnizeaza raspunsuri non-verbale care sa incurajeze subiectul: a da din cap, fizionomie deschisa;
3. Controleaza mesajele tale emotionale care ar putea distorsiona mesajele subiectului precum o fizionomie patetica sau anxioasa, oftaturi compasionale, limbaj corporal negativ, etc.
4. Furnizeaza un ecou verbal celor spuse de subiect prin repetarea unui cuvint cheie din cele spuse de subiect.

C. Parafrazeaza (motiveaza subiectul spre deschidere):

1. Refrazeaza ceva din vorbele subiectului cu cuvintele tale;
2. Da un inteles cuvintelor din parafraza
3. Oferă subiectului posibilitatea sa te corecteze sau sa reformuleze cele spuse de el;

D. Clarifica si identifica

1. Solicita subiectului acordul sa pui intrebari pentru a clarifica unele probleme;
2. Da un nume emotiilor si problemelor lui si intreaba-l daca este de acord cu acesta.

E. Rezumeaza

1. Reformuleaza continutul naratiunii subiectului si a emotiilor ventilate in comunicare;
2. combina informatiile obtinute in parafrazare cu cele din clasificare si identificare;
3. obtine validarea din partea subiectului.

O alta modalitatea de ascultare active este de a facilita naratiunea subiectului si a o directiona spre aspectele esentiale prin punerea de intrebari scurte, lamuritoare. Cand subiectul devine prolix, circumstantial, pierzand aspectul temporal al desfasurarii crizei, punerea de intrebari simple, deschise, ofera subiectului un cadru de a pastra focusul si de a fi convins ca este auzit si inteles. De exemplu: *“tocmai ati spus ca ati fost lovit in acea dimineata, ce ati facut mai apoi?”*. Ulterior profesionistul trebuie sa canalizeze discutia asupra modului cum s-a reflectat situatia asupra subiectului si astfel persoana in criza are sentimental ca intra-devar i-a fost auzita vocea. Subiectul devine obiectiv, focusat pe elementele definitorii ale crizei si incepe sa constientizeze responsabilitatea proprie in revolvarea crizei.

subiectul: *“dupa accident am avut sentimentul ca toata lumea e impotriva mea, ca m-a parasit norocul, ca nu mai am nici o sansa sa-mi revin...”*

lucratorul de criza: *“va inteleg durerea si frustrarea si ce ati incercat mai departe?”* sau *“spuneti-mi cum ati interpretat accidental dupa ce ati ajuns acasa?”*

subiectul: *“i-am povestit sotiei ce s-a intamplat si m-am simtit si mai rau si mai vinovat”*

lucratorul de criza: *“cred ca sotia v-a incurajat?”*

subiectul: *“da, dar asta nu reduce responsabilitatea mea materiala si juridica”*

lucratorul de criza: *“spuneti-mi ce intelegeti prin aceasta, va rog”...*

**Facilitatori si bariere in calea comunicarii.** Indiferent de scopul comunicarii, ea este un proces dinamic care se deschide sau inchide prin mesajele verbale sau non-verbale pe care cei doi interlocutori si le dau unul altuia pe parcursul dialogului. Exista lucruri care injectate in comunicare pot sa o fluidizeze sau din contra, sa o bazeze. Lucratorul de criza trebuie sa fie foarte atent pentru a facilita comunicarea cu subiectul in nevoie si sa ia in considerare ca acesta este intr-o situatie vulnerabila in care comunicarea poate fi benefica. De multe ori insasi criza creiaza o incapacitate temporara de comunicare, de unde nevoia de rabdare, de clarificare a confuziei inerente crizei, valorizarea perioadelor de liniste, importanta mesajelor non-verbale si sugestiilor conversationale pozitive. Poate cel mai important facilitator al comunicarii terapeutice este impartasirea. Astfel, impartasirea observatiilor culese pa parcursul conversatiei prin facerea unor comentarii despre cum persoana arata, vorbeste sau actioneaza, precum *“aratati obosita”*, *“cuvintele Dvs suna foarte trist”* subliniaza interesul si atentia pe care profesionistul o da subiectului. Alt facilitator poate fi impartasirea sperantei prin comunicarea deschisa a unui sens al posibilului, incurajari si feedback pozitiv: *“Sunt convins ca veti face fata situatiei pentru ca ati aratat curajul si abilitatea necesara cu atatea alte ocazii”*.

Impartasirea sentimentelor prin incurajarea expresiei lor de-a lungul conversatiei este o alta tehnica de facilitare. Aceasta contribuie la construirea sentimentului de a fi impreuna, de apropiere si simpatie si la modelarea maniei sau ostilitatii. Impartasirea acceptarii arata subiectului ca realitatea vietii lui a fost inteleasa si validate de interlocutor: *“este atat de uman sa traiesti astfel de emotii dupa pierderea care l-ati avut-o”*. La fel, profesionistul trebuie sa respecte perioadele de liniste ale subiectului, sa nu le tulbure cu intrebari si astfel impartasirea linistii arata consideratia de care subiectul se bucura, lucru care sporeste increderea si deschidere. Acestea sunt doar tehnici simple de facilitare a comunicarii din criza, alaturi de furnizarea de informatii confidente, de rezumarea informatiilor culese pana in anumit punct sau punerea de intrebari referitor la aspectele relevante ale crizei.

Exista insa factori care bazeaza comunicarea si implicit evaluarea in criza. Acestia tradeaza un deficit de formare profesionala a lucratorului de criza, o personalitate nepotrivita pentru rolul sau profesional sau o incapacitate de a-si suprima propriile reactii

in fata situatiei particulare a subiectului, situatie care ar pune in discutie valorile si credintele lucratorului de criza.

Printre cele mai frecvente greseli facute pe parcursul comunicarii in criza sunt (modificat dupa Millman si colab. 1998; Ackley si Ladwig, 2010):

- punerea de intrebari cu caracter personal cu scopul de a satisface curiozitatea proprie: *“atunci de ce v-ati casatorit cu aceasta persoana...”*;
- oferirea de opinii care bareaza subiectul in construirea propriilor solutii: *“eu asa as fi facut...”* sau *“ce a gandit parintii Dvs cand au aflat...”*;
- schimbarea subiectului cand individual dorea de fapt sa continue; arata lipsa de empatie si de consideratie fata de situatia in care se afla;
- furnizarea de replica automate care arata un spirit critic si de generalizare: *“batranii totdeauna fac asa ceva...”* sau *“parintii nu prea le pasa de opiniile copiilor...”*;
- falsa consolare precum *“nu va ingrijorati, totul o sa fie bine...”* lasand subiectului impresia ca aceste mesaje nu au o baza reala si situatia lui in fapt este mult mai grava;
- solicitarea de justificari sau explicatii care poate transforma comunicarea terapeutica intr-un interogatoriu. Intrebari care incep cu *“de ce”* sunt cu totul nepotrivite in evaluarea situatiei de criza, de exemplu: *“de ce sunteti asa de trist?”, “de ce ati reactionat astfel?”, “de ce ati gandit asa?”*, etc.
- aprobarea sau dezaprobarea creiaza impresia de a fi intr-un loc unde este judecat, unde exista tendinta de a i se impune anumite atitudini, valori sau standarde morale si ca exista o lipsa de consideratie fata de unicitatea lui ca persoana si ca situatie de criza; comentarii care incep cu *“ar fi trebuit”* sau *“ar fi trebuit sa fiti mai prudent”* sunt neadecvate. Aceste aprecieri lasa subiectului impresia ca este judecat, ca profesionistul isi aroga o pozitie superioara, intransigenta, dupa care subiectul devine mai precaut cu furnizarea de informatii autentice despre criza pe care o strabate;
- confruntarea cu subiectul si introducerea nerabdarii, ostilitatii si iritarii;
- raspunsuri deensive care incearca sa difuzeze mania si supararea subiectului *“nu ar trebuie sa fiti asa supart pentru ca de fapt asta se intampla la toata lumea”, “astazi traим astfel de vremuri”* arata de fapt ca subiectul nu este luat in serios,

situatia lui este dizolvata in trivial si sentimentele lui de deziluzie si lipsa de ajutor se accentueaza.

In tabelul Nr. 3 se prezinta un tablou sintetic al barierelor comunicarii in criza si exemple de intrebari sau comentatii indezirabile in comunicarea din programul de criza.

<b>Denumirea barierei</b>	<b>Definitia</b>	<b>Exemple</b>
Judecarea	Emiterea de judecati asupra subiectului si a crizei prin care trece	<i>Ar fi trebuit... Ar fi fost bine...</i>
Rejectia	Profesionistul nu ofera suport	<i>Este problema ta, nu a mea...</i>
Blamarea/critica	Plasarea vinovatiei pe persoana respectiva	<i>Este gresala ta...</i>
Etichetarea	Folosirea de denumiri sau cuvinte cu conotatii negative	<i>Numai un prost ar face asa ceva...</i>
Transferarea	Confesarea nepotrivita in fata subiectului	<i>Sa-ti spun eu ce s-a intamplat cu mine...</i>
Darea de ordine	Oferirea unei solutii fara nici o alta alternativa	<i>Trebuie sa faci asa...</i>
Amenintarea	Folosire de amenintari sau promisiuni nepotrivite pentru a face ceva anume	<i>Daca nu faci ce-ti spun... Daca faci ceea ce spui o s-o patesti...</i>
Lipsa de claritate	Discutie confuza si lipsa de consistenta in stabilirea limitelor si rolurilor	<i>O sa vezi...Poate... O sa ma gandesc...</i>
Solicitarea	Persistente cereri si ordine	<i>Ti-am spus de o mie de ori... De cate ori trebuie sa-ti mai spun...</i>

Tabelul Nr. 3: Bariere ale comunicarii in criza

### **Particularitatile comunicarii cu copii**

Aparitia unui copil in programul de criza nu mai este un lucru rar dar ramane ca totdeauna un lucrur sensibil. Niciodata in programul de criza, abilitatile, cunostintele, responsabilitatea si etica unui profesionist nu sunt pus in discutie mai mult ca atunci cand lucreaza cu un copil. Cel mai important factor care determina lucrul acesta este ca in cazul copiilor criza are mai mult aspect comportamental decat verbal.

Pentru a lucra cu copii, lucratorul de criza trebuie sa combine doua lucruri: i) sa identifice intelesul comportamentului copilului in contextual familial si social si ii) sa devina avocatul lui in acest context. Abordare terapeutica a copilului trebuie sa se bazeze

pe intelegerea lumii emotionale si sociale a copilului combinata cu reprezentarea lui in fata oricarei autoritati, inclusive cea paternala. Prin comportamentul afisat copilul incearca sa comunice cu familia sa si cu altii si este sarcina oricarui profesionist si mai ales a lucratorului de criza sa identifice comportamentul si sa decodifice intelesul acestuia pentru a furniza un raspuns efectiv la criza. Recunoasterea faptului ca comportamentul copilului are un inteles comunicativ face ca evaluarea copilului sa fie nu numai verbala dar si comportamentala (Schmidt-Neven, 2010).

Pentru copil mesajul comportamental este strans legat de experienta lui dobandita pe parcursul dezvoltarii. Ideia ca copilul este un participant ignorant la viata familiei este simplista si neproductiva. Copilul exprima prin comportament dorintele, nevoile si atasamentul fata de familia lui. Parintii exista in copil si copilul exista in parinti. Astfel comportamentul copilului este dinamic, expresiv, si modulat de relatia cu persoanele semnificative de atasament. In drumul spre maturare, comportamentul copilului tradeaza si relatia dintre lumea imaginara si cea reala a lui. Prin experientele dobandite in joc si fantezie copilul creiaza premisele de a deveni un actor in lumea reala. Profesionistul de criza trebuie sa ia in considerare ca prin joc copilul de fapt lucreaza, experimenteaza si descopera granite dintre fantezie si imaginatie si lumea reala. Capacitatea unui copil de a se juca il ajuta sa experimenteze, sa invete, sa negocieze si in final sa rezolve dileme care sunt din ce mai aproape de lumea reala, mai mult decat cu ajutorul comunicarii verbale. Toate aceste considerente fac ca sa existe o anumita discrepanta intre problemele prezentate de copil si familia acestuia si problemele reale ale lui, intre problemele evidente si cele acoperite. Rolul lucratorului de criza este sa asculte dar si sa culeaga comportamentul non-verbal al copilului, sa exploreze si sa valideze lumea lui imaginara si de joc, sa recunoasca importanta negocierii dintre contextual real, familial si social si lumea interioara a copilului, in care el isi permite sa-si expuna visele, dorintele si personajele pe care le iubeste si cu care vrea sa se confunde. In felul acesta se obtine o coerenta si continuitate a comunicarii cu copilul (Schmidt-Neven, 2010).

Mai jos sunt redati pasii esentiali in abordarea si comunicarea cu un copil aflat in programul de criza (modificat dupa Gurian, 2002):

1. fi sigur ca esti emotional competent sa lucrezi cu un copil in criza;

2. recunoste limitele competenti si responsabilitatii profesionale si anunta celelalte agentii locale de protectia a copilului si familia despre faptul ca copilul a fost adus/prezentat in programul de criza;
3. furnizeaza copilului un mediu confortabil si de incredere in care sa fie capabil sa se exprime;
4. lasa-l sa inteleaga despre confidentialitatea programului, dar si despre limitele ei si faptul ca esti indreptatit sa impartasesti unele informatii cu autoritati (parinti, agentii de protectia copilului, politie);
5. foloseste limbajul corporal ca sa exprimi empatia, intelegerea, calmul si deschiderea spre comunicare;
6. lasa-i copilului controlul situatiei, ofera-i posibilitatea sa refuze sa vorbeasca sau sa plece, vorbeste-i de drepturile lui dar si de capacitatea si dorinta ta de a fi avocatul lui;
7. evalueaza statutul fizic al copilului, daca este hidratat, daca a mancat, daca nu a fost lovit sau maltrat; evalueaza daca exista vreun risc vital; fa legatura cu un medic daca e cazul;
8. invita-l si lasa-l sa se joace, sa deseneze sau sa scrie in timpul evaluarii;
9. stai in fata lui, de preferinta la acelasi nivel cu el, utilizeaza contactul vizual dar nu fi iscoditor, zambeste si incurajeaza;
10. ajuta-l sa aiba incredere in tine si in el insusi; pastreaza acelasi nivel emotional care-l incurajeaza sa fie stabil; ai grija la tonul vocii si expresia ta faciala;
11. obtine informatiile de baza despre copil, nume, adresa, telefon, numele parintilor
12. foloseste intrebari deschise si foloseste observatia pentru a evalua comportamentul; foloseste un limbaj pe care copilul sa-l inteleaga sau pe care copii in general il folosesc;
13. nu-l forta sa raspunda la intrebari, dar refrazeaza intrebarile ca si cum nu au fost puse anterior;
14. spre deosebire de adulti, copiilor le plac intrebari care incep cu: “de ce?”, “cum?”, “cine?”
15. ajuta-l sa denumeasca corect emotii si judecati; sa deosebeasca intre imaginar si real;

16. accepta schimbari rapide de dispozitie ca si comportamente regresive (tipa, loveste, plange in hohote);
17. incerca sa-l ajuti sa fie concret, concis, accepta sa reinterpreteze si reformuleze;
18. incurajeaza sa comunice evenimente neplacute, jenante sau sentimente confuze in cuvinte proprii;
19. valideaza si normalizeaza reactii si dificultati emotionale (daca plange, daca striga, crize de nervi, manie, opozitie);
20. ofera suport si accepta orice fel de emotii si expresii; incurajeaza discutia despre ele si responsabilitatea proprie in exprimarea lor;
21. nu eticheta si nu blama nici una din reactiile si emotiile exprimate, din contra ofera complimente pentru capacitatea de exprimare si insight;
22. asculta activ ce copilul incerca sa spuna, tolereaza-i vorbaria ca si momentele de liniste; nu uita ca este un drept al copilului de a fi ascultat;
23. nu fi critic, elibereaza-te de orice prejudecati, morale sau profesionale, fi atent, clipa de clipa, mai ales la limbajul corporal si comunicarea non-verbala;
24. mentine limitele profesionale si un sens al stabilitatii emotionale si al sigurantei personale.

### **Particularitatile comunicarii cu batranii**

Spre deosebire de copii, unde comunicarea este mai mult comportamentala, comunicarea cu batranii este mai mult verbala. Batranii au tendinta de a verbaliza si emotionaliza majoritatea aspectelor existentei cotidiene. In criza, ei se adreseaza usor programelor de criza, cum tot asa de usor se indreapta spre o situatie de abandon personal si generarea unei ideatii suicidare.

Comunicarea cu batranii este uneori influentata de deteriorarea cognitiva datorita varstei sau a unor cauze medicale si astfel limbajul poate fi mai sarac, pot apare lapsusuri de memorie, probleme de auz sau dificultati de a mentine focusul conversatiei. Alte bariere in comunicarea cu batranii sunt date de tendinta lor de a exagera prejudiciul, suspiciozitate, rigiditate in a recepta alte puncte de vedere, exagerarea distorsiunilor cognitive negative cu inclinatie spre dispozitie depresiva.

- Mai jos sunt cateva elemente de tehnica de comunicare cu persoanele in varsta:
- asigura-te de la inceput de capacitatea cognitive si senzoriala a subiectului (daca este orientat in timp si la persoana, daca aude, daca intelege, etc.);
  - adopta o atitudine prietenoasa, utilizeaza limbajul corporal si tehnicile de ascultare activa si empatica;
  - pastreaza un contact visual activ si o expresie faciala receptiva;
  - foloseste un ton si un ritm de vorbire adaptat la capacitatea de receptie a unui om batran;
  - daca exista probleme de comunicare sau intelegere foloseste diagrame sau creion si hartie;
  - incurajeaza persoana sa fie activa, sa descrie, sa furnizeze informatii si sa nu se limiteze doar la afirmatii sau negatii scurte;
  - foloseste un limbaj clar, simplu si concis;
  - ajuta subiectul sa mentina focusul si sa nu divagheze;
  - schimba subiectul cu blandete;
  - valideaza emotiile si reactiile pozitive ale subiectului;
  - ajuta subiectul sa-si asume responsabilitatea luarii deciziilor si a schimbarii;
  - combate sentimentul de neajutorare si lipsa de speranta.

### **Particularitatile comunicarii la telefon**

Comunicarea, evaluarea si interventia la telefon ocupa mare parte din orice program de interventie in criza. Abilitatea de a comunica la telefon, de a pastra subiectul in comunicare, de a extrage informatiile necesare si de a face acele interventii care sunt adaptate acestui gen mediat de intalnire interumana, fac parte din repertoriul obligatoriu al unui lucrator de criza.

Multi indivizi aleg astfel de comunicare cu programele de criza pentru ca ele garanteaza anonimitatea, pentru ca interuperea comunicarii este la indemna subiectului, pentru ca relatia terapeutica este mai putin emotionala si angajanta si nu in ultimul rand pentru ca este mai comoda.

Exista niste calitati generale pe care trebuie sa le indeplineasca lucratorul de criza de la capatul firului pentru a implini criteriile de performanta cerute de o linie de criza:

- sa se identifice clar pe el insusi si programul caruia ii apartine;
- sa fie curtenitor si accesibil;
- sa aibe un stil clar si acurat;
- sa adopte o voce care confera liniste, calm si siguranta;
- sa degaje confidenta prin raspunsuri adecvate, precise, fara ezitari si amanari;
- sa accepte sa fie intrerupt fara a-si pierde focusul;
- sa stie sa mentina raportul cu cel ce a telefonat, sa tina deschisa comunicarea si sa exprime interes si consideratie fata de subiect;
- sa reziste la frustrare, sa nu raspunda la limbajul injurios si sa fie echilibrat afectiv in orice imprejurare;
- sa stie sa administreze apeluri multiple sau intrerupte;
- sa arate interes egal pentru orice fel de apel sau solicitare, indiferent de seriozitatea sau severitatea problemei;
- sa fie sincer si sa respecte limitele unei relatii profesionale;
- sa utilizeze umorul in limite rezonabile si sa nu fie in nici o ocazie sarcastic;
- sa stie sa raspunda la provocari fara a aduce daune programului sau celui care telefoneaza, sa nu-si piarda cumpatul in situatii de stress sau ofensive;
- sa fie comprehensiv in sensul de a putea sa se transpuna in locul celui care telefoneaza si astfel sa aiba rabdare, sa nu grabeasca subiectul, sa exprime simpatie, interes, dorinta si capacitatea de a ajuta, sa lase impresia ca a telefonat unde trebuie;
- sa aiba capacitatea de a trata plangerile si criticile celor care au telefonat;
- sa fie pozitiv cu orice imprejurare, sa elimine orice nota amenintatoare sau zeflemitoare, sa fie serios si amabil.

Toate aceste calitati si multe altele nementionate aici pot fi si considerate daruri naturale ale oricarui individ si daca cineva nu le are cu greu le-ar putea dobandi. Experienta programelor de "hotline" care lucreaza cu voluntari a aratat ca toate acestea sunt deprinderi care se pot slefui pe parcursul experientei pentru ca un lucratorul de criza este cu fiecare caz mai bun si mai pereformant, fiecare intalnire interumana fiind formativa.

## **Bibliografie:**

Ackley BJ, Ladwig GB (2010): Nursing Diagnosis Handbook: An evidence-based guide to planning care, 9<sup>th</sup> Ed. Mosby Elsevier, St. Louis, MI

Egan G (1990): The skilled helper: Models, skills, and methods for effective helping, 4<sup>th</sup> Ed. Pacific Grove: Books/Cole Publ.Co.

Egan G (2006): Exercises in Helping Skills for Egan's The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity Development Approach to Helping, 8<sup>th</sup> Ed, Pacific Grove: Books/Cole Publ.Co.

Fielding RG, Llewelyn SP (1987): Communication training in nursing may damage your health and enthusiasm: some warnings. Journal of Advanced Nursing. 12 (3): 281-290.

Fromm E (1994): The Art of Listening, Constable and Robinson, London.

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

Gurian A (2002): Caring for kids after trauma and death: A guide for parents and professionals, The Institute for Trauma and Stress at The NYU Child Study Center, Bear Stearns Charitable Foundation, New York, NY.

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

Mallett J, Dougherty L (2000): Manual of clinical Nursing Procedures. 5<sup>th</sup> Ed. Blackwell Science, London.

Millman J, Strike MD, Van Soest M, Rosen N, Schmidt E (1998): Talking with the caller: Guidelines for crisisline and other volunteer counselors, Sage Publ. Thousand Oaks, CA.

New Jersey Self-help Group Clearinghouse: Improving your listening skills  
[http://www.mededfund.org/NJgroups/Listening\\_Skills.pdf](http://www.mededfund.org/NJgroups/Listening_Skills.pdf), accesat in 15 Nov. 2011

Noesner GW, Webster M (1997): Crisis Intervention: Using active listening skills in negotiations, Law Enforcement Bulletin, August, 1997

Orbach S (1994): What's Really Going On Here? Virago: London, UK

Schmidt-Neven R (2010): Core principle and assessment and therapeutic communication with children, parents, and families, Routledge, Hove, East Sussex, UK.

Vecchia GM, Van Hasselb VB, Romano SJ (2005): Crisis (hostage) negotiation: current strategies and issues in high-risk conflict resolution, *Aggression and Violent Behavior*, 10:533–551.

## 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 cuvant: *“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 suport (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 fișe sau scale de evaluare a crizei sau triajului;

- instrumente standardizate non-specifice crizei dar specifice unor aspecte psihopatologice sau comportamentale întâlnite la oamenii în criză.

Fiecare din aceste proceduri are calitățile și minusurile ei însă alegerea uneia sau alteia ține de particularitățile subiectului și a crizei de evaluat, de timpul alocat evaluării și de familiarizarea clinicianului cu aceste instrumente.

Interviul nestructurat are avantajul că este flexibil adaptându-se rapid narativii subiectului dar are inconvenientul că este lung și furnizează doar o istorie cronologică a situației și a funcționării subiectului și nu lasă prea mult loc identificării consecințelor crizei asupra cogniției și afectivității subiectului în mod organizat așa cum o face interviurile sau scalele structurate. Astfel, în cazul unui subiect suicidal este imperios necesar aplicarea unui instrument specific de evaluare care extrage toate elementele de risc și severitatea ideatelor suicidare și face ca evaluarea să fie confidențială. Deșigur că experiența profesională a lucrătorului în criză are un cuvânt greu de spus în alegerea tehnicii de evaluare însă nu trebuie neglijat faptul că orice evaluare se stochează electronic sau pe hârtie în dosarul clientului și reprezintă o piesă importantă în judecarea ulterioară a succesului sau eșecului intervenției în criză și în transferul responsabilității atunci când un subiect văzut în criză este ulterior mutat spre îngrijire într-un alt serviciu. La fel, factorul timp este un alt factor care determină alegerea, interviul nestructurat putând fi foarte scurt sau foarte lung. Pe când administrarea unor instrumente standardizate cere un anumit timp pentru fiecare din ele. Interviurile structurate implică administrarea unui set de întrebări predeterminate, unele din ele fiind nepotrivite pentru situația specifică sau apartenența culturală în cazul particular al unui subiect. Avantajul instrumentelor standardizate și structurate este că nu se uita nici un aspect al evaluării, înclinatia teoretică a profesionistului este minimalizată, iar datele se pot înregistra mai ușor spre deosebire de interviul obișnuit care lasă în urmă doar o poveste la îndemână calitatilor narative/literare ale interviatorului.

<b>Evaluarea in criza</b>	<b>Evaluarea in terapie</b>
<b>Importanta evaluarii</b>	
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;
<b>Culegerea datelor la prezentare</b>	
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 confidante, timpul nu este o constrangere;
<b>Timpul alocat:</b>	
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;
<b>Scopul evaluarii</b>	
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;
<b>Evaluarea pericolozitatii:</b>	
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;
<b>Evaluarea functionarii cognitive, emotionale si comportamentele:</b>	
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, unaori 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 temporală a crizei, ii) modelul nu este orientat spre formularea unei interventii specifice.

**Modelul Slaikau** (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 si colab. (Triage Assessment Model - TAM, Myer si colab. 1992) este modelul care se va detalia aici pentru ca acesta pare ce implineste toate dezideratele unei evaluari de calitate.

Model lui Myer presupune evaluarea reactiilor subiectului din criza in trei domenii: afective, cognitiv si comportamental. In acest fel lucratorul in criza identifica toate vulnerabilitatile subiectului si afectarea functionarii lui pe aceste trei domenii (vezi Fig. Nr. 1). Fiecare domeniu este divizat in trei dimensiuni. Astfel domeniul afectiv cuprinde dimensiunile manie/ostilitate, anxietate/frica si tristete/melancolie, dimensiuni care sunt usor de inteles si evaluat. Reactiile din domeniul cognitiv sunt impartite si ele in trei dimensiuni: transgresiunea (subiectul percepe criza ca pe o violare a intimitatii si a drepturilor lui), amenintarea si pierderea, iar fiecare din aceste dimensiuni se evalueaza pe patru fatete: fizic (sanatate, siguranta si adapost), psihologic ( self, identitate si bunastare emotionala), relatii sociale (familie, prieteni, colegi) si moral/spiritual (integritate personala, valori si credinte). Reactiile din domeniul comportamental includ dimensiunile: abordarea, evitarea si imobilitatea, ceea ce presupune ca subiectul in criza se va plasa pe una din aceste modalitati de reactie in incercarea lui de a depasi criza. In anexa Nr. 3 se prezinta formularul de triaj a lui Myer si colab. (2002). Mai jos se vor prezenta pe larg definitiile si treptele de severitate ale fiecărei dimensiuni din cele mentionate anterior.

Acest model a fost testat in ceea ce priveste validitatea comparativa cu alte moduri de evaluare si confidenta intercotatori pe patru loturi separate de subiecti (Watter, 1997). Rezultatele au aratat ca TAM prezinta proprietati corespunzatoare de validitate si confidenta care-l recomanda pentru introducerea in rutina zilnica a activitate in criza.

Conform autorilor, alte calitati care recomanda acest model ar fi:

- modelul este simplu si usor de inteles si utilizat;
- domeniile si dimensiunile lui sunt usor de tinut minte si astfel lucratorul in criza nu risca sa uite sau sa ignore vreo informatie;
- modelul este holistic in sensul ca acopera toate reactiile importante ale subiectului in criza;
- modelul este comprehensiv si permite evaluatorului sa inteleaga subiectul si criza lui in 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.

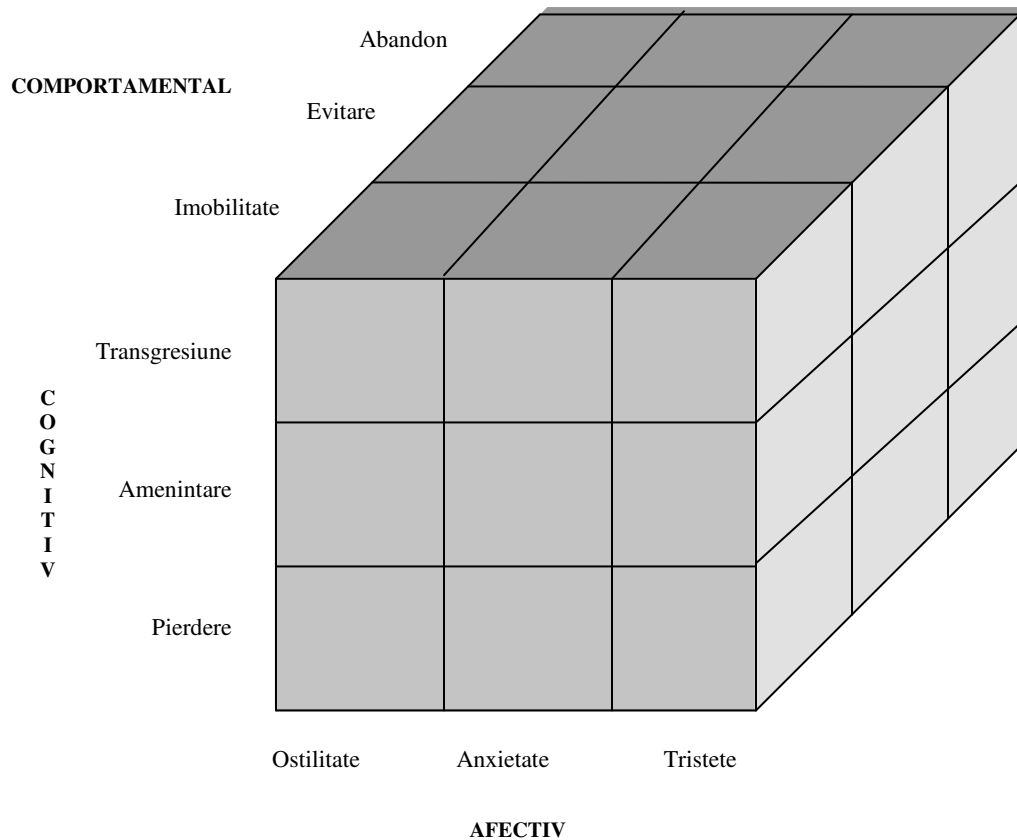


Fig. Nr. 1: Modelul tridimensional ale evaluarii in criza (Myer si colab.1992)

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 strarii afective si culegeri datelelor 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.

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	Subiectul exprima faptul ca emotiile lui nu sunt in limite normale; emotiile

		emotii negative intense; emotiile sunt mai intense decat o cere situatia; subiectul face eforturi ca sa tina emotiile sub control	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;
<b>8 &amp; 9</b>	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;
<b>10</b>	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)

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). 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.*

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 intrebat; 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 intrusiv despre criza; dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza; dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le 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 indicatii 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 rezolare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le 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 indicatii 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)

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.

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 atributele 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 propositii 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	Incercari 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	Incercari 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	Incercarile 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.

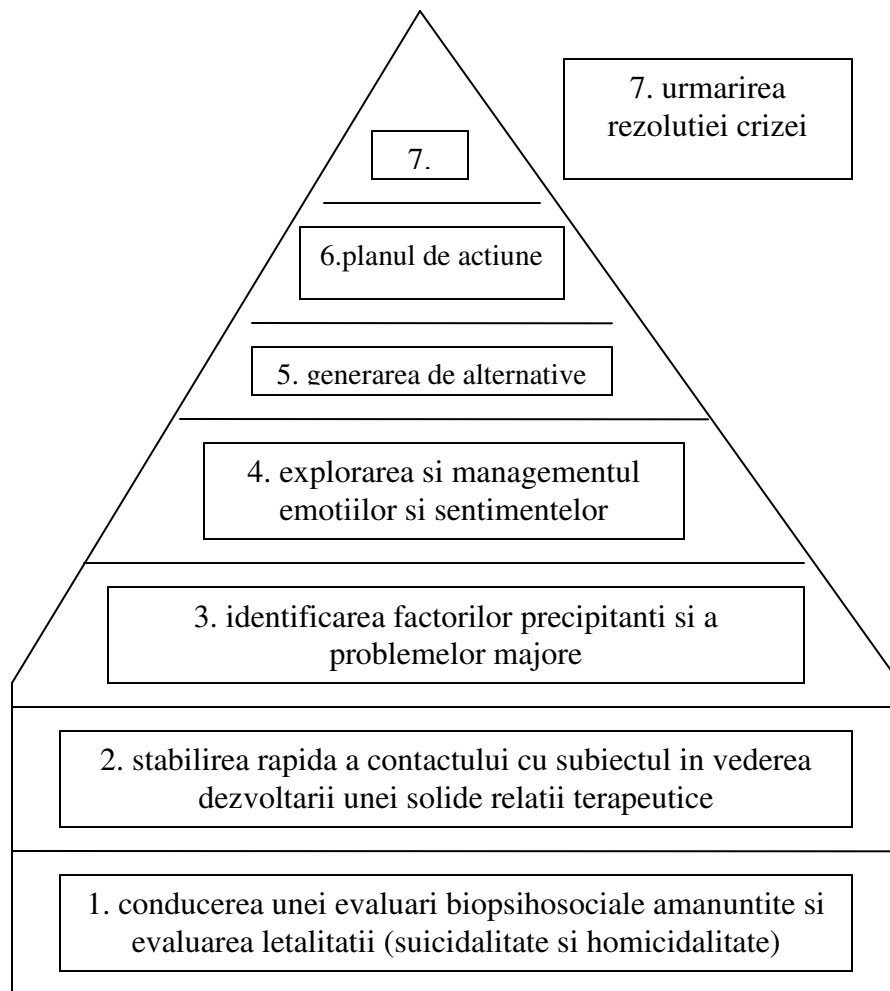


Fig. Nr. 2: Modelul Roberts în 7 pași (Roberts și Ottens, 2005)

**Modelul triajului** este un alt model de evaluare a indivizilor în criză. El are ca scop determinarea nivelului de urgență a îngrijirii și răspunsului la criză atunci când sunt mai mulți indivizi în așteptare și este destinat programelor de intervenție în criză care lucrează în tandem cu departamentele de urgență din spitale generale. În acest model acuitatea evaluării este esențială, abilitățile și cunoștințele profesionale ale clinicianului sunt cele care fac diferența. Orice mică eroare sau omisiune duce la întârzierea răspunsului și la accentuarea crizei cu consecințe și 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 corect 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.

<b>Indicatorii riscului de agresiune</b>	<b>Indicatorii riscului de suicide sau auto-vatamare corporala</b>	<b>Indicatorii riscului de fuga din serviciu de urgenta/criza</b>	<b>Indicatorii riscului de probleme fizice</b>
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)

<b>Indicatori care sugereaza nevoia rapida de evaluare in triaj</b>	<b>Indicatori care sugereaza nevoia mai tarzie de evaluare in triaj</b>
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.

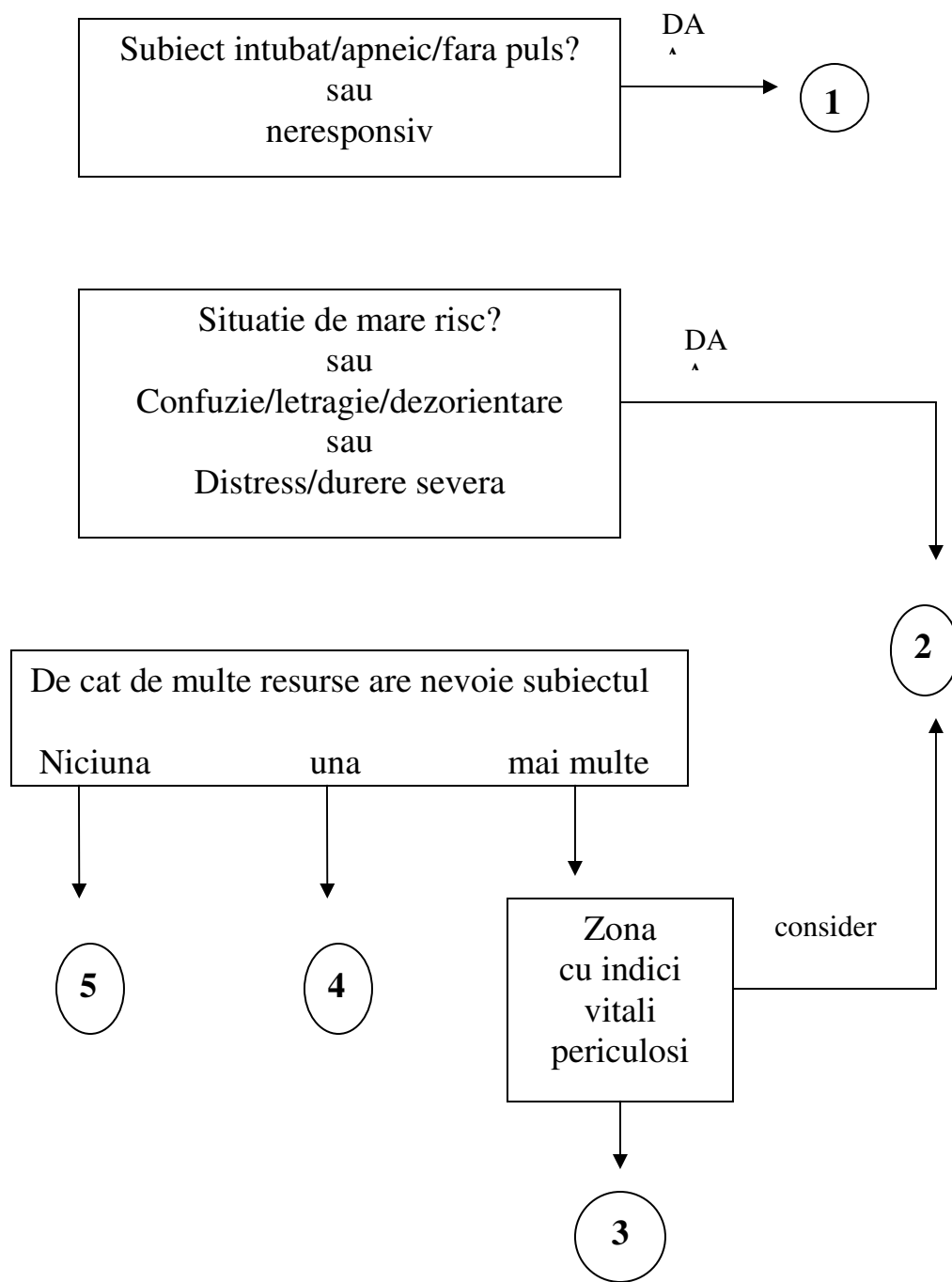


Fig. Nr. 3: Algoritmul de triaj conform Emergency Severity Index – ESI (dupa Gilboy si colab. 2011)

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

				– Intoxicatia cu droguri/alcool poate cauza escaladarea tulburarii de comportament care necesita management corespunzator
3	<b>Urgent In 30'</b>	<p><b>Posibil pericol pentru sine sau altii</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tulburare comportamentala moderata</li> <li>- Distress sever</li> </ul> <p><b>Australasian Triage Scale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Distress sever, risc de auto-vatamare</li> <li>– Psihoza acuta sau tulburare de gandire severa</li> <li>– Criza situationala cu auto-vatamare deliberata</li> <li>– Agitatie/izolare</li> </ul>	<p><b>Observabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Agitatie/neliniste</li> <li>– Comportament perturbator</li> <li>– Confuzie</li> <li>– Ambivalenta referitor la tratament</li> <li>– Nu este dispus sa astepte tratamentul</li> </ul> <p><b>Raportat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ideatie suicidara</li> <li>– Criza situationala</li> </ul> <p><b>Prezenta simptomelor psihotice:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Halucinatii</li> <li>– Deliruri</li> <li>– Idei paranoide</li> <li>– Tulburare de gandire</li> <li>– Comportament agitat/bizar</li> </ul> <p><b>Prezenta de tulburare afectiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Simptome severe de depresie</li> <li>– Retragere sociala/lipsa de comunicare</li> <li>– si/sau anxietate</li> <li>– Iritabilitate sau dispozitie expansiva</li> </ul>	<p><b>Supraveghere:</b></p> <p>Observatie atenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A nu se lasa pacientul in sala de asteptare fara o persoana de suport</li> </ul> <p><b>Actiune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Alertearea serviciul de sanatate mentala</li> <li>– Asigurarea unei ambiante calme si suportive pentru pacient si altii</li> </ul> <p><b>De luat in considerare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Re-triage daca exista evidenta cresterii tulburarii de comportament:</li> <li>– Neliniste</li> <li>– Turbulenta</li> <li>– Agitatie</li> <li>– Agresivitate</li> <li>– Cresterea distressului</li> <li>– Intoxicatie cu alcool/droguri poate cauza escaladarea comportamentului ce necesita management corespunzator</li> </ul>
4	<b>Semi-urgent In 60'</b>	<p><b>Moderat distress</b></p> <p><b>Australasian Triage Scale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Problema de sanatate mentala semi-urgenta</li> <li>– Sub observatie si/sau fara risc imediat pentru sine sau altii</li> </ul>	<p><b>Observabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nici o agitatie/neliniste</li> <li>- Fara agresiune</li> <li>– Cooperare</li> <li>– Furnizeaza istorie coerenta</li> </ul> <p><b>Raportat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tulburare mentala preexistenta</li> <li>– Simptome de anxietate sau depresie fara ideatie suicidara</li> <li>– Capabil sa astepte</li> </ul>	<p><b>Supraveghere:</b></p> <p>Observatie intermitenta</p> <p><b>Actiune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consult cu serviciul de sanatate mentala</li> </ul> <p><b>De luat in considerare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Re-triage daca exista evidenta de crestere a tulburarii comportamentale:</li> <li>– Neliniste</li> <li>– Comportament perturbator</li> <li>– Agitatie</li> <li>– Agresivitate</li> </ul>

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

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 situatiei/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 \_\_\_\_\_

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

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 altundeva pentru a 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		Afecatre 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

Indetifica si descrie comportamentului 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		Afecatre 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)

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

## B. Examinarea statutului mental (forma structurata)

		Absent	Usor	Marcat	
<b>Aparenta</b>	neingrijit				
	dezmatat				
	murdar				
	imbracat bizar				
Comentarii asupra aaparentei subiectului:					
<b>Comportament</b>	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:					
<b>Vorbirea</b>	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:					
<b>Constienta/ orientare</b>	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;					

<b>Afect</b>	stabilitate	stabil			
		fix			
		labil			
	intensitate	plat			
		sters			
		exagerat			
	amplitudine	ingustat			
		amplu			
	congruenta	congruent cu situatia			
		incongruent cu situatia			
<b>Dispozitie afectiva</b>		depresiva			
		expansiva			
		anxioasa			
		iritabila			
		manioasa			
		apatica			
		eratica			
Comentarii asupra afectului si dispozitiei afective a subiectului:					
<b>Gandire (proces)</b>	asociatii idei	relaxata			
		bizara			
		salata de cuvinte			
	coerenta	coerent			
		incoerent			
	logic	logic			
		illogic			
	perseverare	perseverare prezenta			
	neologisme	neologisme prezente			
blocare	blocare a fluxului gandirii				
<b>Gandire (continut)</b>		ideatie suicidara			
		ideatie homicidara			
		anduri depresive			
		obsesii			
		ruminatii			
		incertitudine			
		fobii			
		idei de referinta			
		idei paranoide			
		idei de grandoare			
		delir			
Comentarii despre gandirea subiectului:					

<b>Perceptie</b>	halucinatii	auditive			
		vizuale			
		olfactive			
		tactile			
		gustative			
	iluzii	iluzii			
	depersonalizare	depersonalizare			
derealizare	derealizare				
Comentarii despre perceptiile subiectului:					
<b>Memorie</b>	afectarea memoriei imediate				
	afectarea memoriei recente				
	afectarea memoriei de lunga durata				
Comentarii asupra memoriei subiectului:					
<b>Judecata</b>	afecarea procesului de decizie				
	afectarea procesului de anticipare				
	afectarea rezolvarii problemelor				
	Afectarea procesului de cunoastere				
Comentarii asupra judecatii subiectului:					
<b>Insight</b>	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*, 4<sup>th</sup> 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*, 3<sup>rd</sup> 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 (2<sup>nd</sup> 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 (2<sup>nd</sup> Ed.), Boston: Allyn and Bacon

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

### **PARTEA III: TEORIA GENERALA A INTERVENTIEI IN CRIZA**

## **Teoria generala a interventiei in criza**

Interventia in criza este miezul activitatii lucratorului in criza, ea este ceea ce in mod natural urmeaza dupa evaluarea subiectului in criza, este in fond corolarul definitiei crizei, oricare ar fi ea.

Interventia in criza reprezinta ingrijirea psihologica de urgenta a unui subiect aflat in criza cu scopul readucerii lui la nivelul de competenta si functionare adaptativa din pre-criza si de a preveni sau reduce impactul negativ al evenimentului/evenimentelor declansatoare la care a fost supus (Everly Jr. si Mitchell, 1999). Indiferent de doctrina in care se ancoreaza, interventia in criza trebuie sa conduca la intreruperea lantului cauzal al crizei (James si Gilliland, 2005), la stabilizarea emotionala a subiectului, la mitigarea simptomelor, la restaurarea functionarii si la indrumarea ulterioara a subiectului (Everly Jr., 2000).

Istoriceste, interventia in criza isi are radacinile in timpul celui de la II-lea Razboi Mondial, cand au aparut o multime de soldati cu consecinte psihologice severe in urma traumei razboiului si care au creat necesitatea de interventii specifice pentru a le restabili homeostazia psihologica. Tot in acei ani a aparut si miscarea de preventie a suicidului ca o atitudine inovativa de evaluare si raspuns fata de cresterea alarmanta a suicidalitatii in populatia generala (Butcher si colab., 1983). A urmat o lunga perioada de eforturi de teoretizare a crizei, a relatiei cu factorii declansatori/predispozanti, a stadiilor crizei, insa teoria interventiei in criza nu a primit in mod explicit aceiasi atentie. Aceasta din urma a fost conceputa doar ca un manunchi de tehnici derivate din teoria crizei care se aplica in functie de tipul crizei si de nevoile particulare ale subiectului, ca o forma de terapie (Ewing, 1978). Principalele tehnici utilizate erau: 1) tehnica recompensarii, focalizata exclusiv pe problemele subiectului cu scopul prevenirii decompensarii psihologice; 2) modelul orientat pe stress, cu accentual pe factorii externi subiectului si 3) modelul sistemic care lua in considerare relatia dintre subiect/familie si contextual social. Modelele erau reciproc exclusive, o abordare inlocuia automat pe alta si ele se limitau doar la o "manipulare generica" a unui sir de factori implicati in criza (Poal, 1990). Ulterior, interventia in criza a

inceput sa se desprinda de terapie si astfel Rosenbluh (1981) si Hafen si Peterson (1982) concep interventia in criza ca un fel de “prim ajutor” psihologic oferit subiectilor pentru a-i ajuta sa depaseasca perioada temporara de incapacitate de coping data de o situatie stressanta. Aceast punct de vedere plaseaza interventia in criza in prima linie de raspuns si ii confera principala ei caracteristica, rapiditatea de raspuns si intinderea pe un timp limitat.

Au fost folosite diferite modele teoretice pentru explicarea crizei si a metodelor de interventie dar nici unul nu a putut cuprinde toate aspectele pe care criza le poate avea. Fiecare individ este unic in felul cum traieste si descrie criza pe care o strabate si aceasta conduce la o multitudine de aspecte si interpretari ale crizei.

### **Modelele teoretice ale interventiei in criza:**

Trei mari modele teoretice stau la baza metodelor de interventiei folosite in mod curent in interventia in criza: modelul echilibrului, modelul cognitiv si modelul tranzitiei psihosociale. Modelul echilibrului este modelul explicativ originar al crizei utilizat de Lindemann (1944) si el postuleaza ca exista o balanta a echilibrului homeostaziei psihologice a unui subiect, iar dezechilibrul acestuia din criza traduce de fapt esecul mecanismelor de coping utilizate de subiect pentru a depasi impactul cu un agent traumatizant. Scopul interventiei in criza este de a ajuta subiectul in restabilirea echilibrului initial. Modelul cognitiv se bazeaza pe supozitia ca criza este data de o interpretare cognitiva eronata a subiectului referitor la evenimentul precipitant ca expresie a distorsiunilor cognitive preexistente crizei. Modelul presupune ca prin schimbarea interpretarii cognitive subiectul isi poate redobandi controlul asupra emotiilor, comportamentului si functionarii, model care are ca parintii pe Beck (1976) si Meichenbaum (1977). Modelul tranzitiei psihosociale presupune ca individual este intr-o continua schimbare si dezvoltare sub influenta fortelor interne guvernate genetic si cele exterioare psihosociale iar criza apare atunci cand schimbarea depaseste capacitatile adaptative ale individului. Pionierii acestui model sunt Erikson (1963) si Minuchin (1974). Actualmente cel mai raspandit model este unul eclectic care a adunat laolalta cate ceva de la mai multe modele teoretice. Acest model eclectic este unul pragmatic care este orientat spre interventie si care utilizeaza diferite elemente de la celalte modele dar nu se origineaza in nici unul din ele, ramanand un model deschis fata de oricare alta formulare si strategie care se dovedeste efectiva. El clameaza ca toate crizele sunt unice si

distinctive dar in acelasi timp au si ceva similar. A fi un lucrator eclectic in criza inseamna sa fi creativ, intuitiv, deschis experientei, si sa gandesti liber luand in considerare ca nu exista un panaceu universal pentru criza, sa nu consideri ca valorile si experienta personala sunt mai presus decat cea a subiectului, sa fi capabil sa identifici si sa respecti diferite ipostaze cultural inradacinate. Astfel, Shapiro & Koocher (1996) spune ca in acest model criza nu apare ca un proces, ca in terapie, ci ca o actiune focalizata pe o situatie, ea este totdeauna scurta si implica stabilirea acelor tinte care pot fi atinse rapid, se face in prezent, “aici si acum” si urmareste mai mult un management decat o rezolutie pentru ca lasa subiectului rolul de agent activ al schimbarii in criza, terapistul fiind doar catalizatorul acesteia.

**Scopul si principiile interventiei in criza:**

In ciuda abordarilor diferite, s-a conturat un scop comun al tuturor interventiilor in criza si anume, restaurarea si imbunatarirea capacitatii de adaptare si de coping a individului in fata unei situatii neprevazute, stressante si generatoare de distres. In tabelul nr. 1 se prezinta scopurile interventiei in criza asa cum au fost formulate de diferiti autori.

<b>Butcher si colab. (1983)</b>	<b>Kanel (1999)</b>	<b>Flannery si Everly (2000)</b>
identificarea factorilor precipitanti ai crizei si intelegerea rolului lor	schimbarea perceptiei individului asupra agentului precipitant	stabilizarea cu incercarea de oprire a escaladarii distressului
usurarea simptomelor	Reducerea distress-ului subiectului	mitigarea semnelor si simptomelor distressului
restaurarea nivelului optim de functionare preexistent crizei	Restabilirea functionarii adaptative a subiectului	restaurarea functionarii si capacitatii de coping
identificarea si utilizarea resurselor individuale, familiale si comunitare in depasirea crizei		furnizarea de informatii si psihoeducatie

Tabelul Nr. 1: Scopurile interventiei in criza

Pe drumul realizarii acestor scopuri ale interventiei in criza, clinicianul trebuie sa desfasoare diferite actiuni care se subsumeaza urmatoarelor cinci principii (Everly Jr., 2000; Flannery Jr. si Everly Jr., 2000):

- 1) Sa intervina imediat, criza fiind o situatie emotionala extrema, interventia imediata este imperios necesara cu scopul de a preveni si/sau limita daunele subiectului si a celor din jur;
- 2) Sa stabilizeze homeostazia psihologica a subiectului aflat in criza si sa nu permita accentuarea distress-ului si progresia deteriorarii functionarii lui;
- 3) Sa faciliteze intelegerea rolului agentilor precipitanti si a dinamicii crizei permitand subiectului sa formuleze afirmatii cognitive despre acestea si astfel sa rationalizeze emotionalitatea negative si autodestructiva;
- 4) Sa se focalizeze pe rezolvarea concreta a problemelor, pe identificarea obiectiva a resurselor disponibile, pe formularea unui plan de actiune realist si pe identificarea persoanelor de suport din reseaua sociala proximala a subiectului;
- 5) Sa restaureze confidenta subiectului prin oferirea de suport orientat spre recastigarea deprinderilor adaptative, identificarea creativa a altora, prin identificarea capacitatilor restante de coping si functionare adecvata si prin formularea unui atitudini pozitive orientate pe un scop realist.

In alta ordine a ideilor, Carich si Spilman (2004) formuleaza 12 principii ale interventiei care sunt valabile pentru orice model teoretic:

- 1) Respectul; consideratia fata de individul in criza care se manifesta prin nivelul de atentie care i se acorda, informarea, ascultarea activa si empatica, sugerarea si nu comandarea, recunoasterea subiectului ca unica persoana, validarea experientelor subiectului;
- 2) Raportul; contactul cu subiectul este o parte esentiala a formarii aliantei terapeutice si a schimbarii, acesta conduce la o legatura emotionala cu subiectul, la formarea unei relatii armonioase bazata pe incredere, impartasire, intelegere si acceptare;
- 3) A fi impreuna cu subiectul; reprezinta modul in care lucratorul in criza se identifica cu subiectul, respectiv felul cum el incearca sa perceapa situatia prin ochii subiectului, sa identifice credintele, presupunerile, judecatile si valorile subiectului si sa le accepte ca indreptatite si valabile;
- 4) Compasiunea; ea reprezinta intelegerea empatica a subiectului si consta in raspunsul afectiv, cognitiv si comportamental pe care clinicianul il ofera subiectului exprimand grija si atentie. In compasiune Carkhuff (1969) distinge cinci nivele: i) nivelul verbal

si non-verbal de expresie ce insemnana ascultare atenta; ii) clinicianul raspunde la afectul subiectului; iii) clinicianul arata ca a recunoascut si inteles emotiile si distressul subiectului; iv) clinicianul creiaza premisele pentru ca subiectul sa destainuie mai departe sentimente si ganduri care-l preocupa; v) clinicianul valideaza sentimentele si emotiile subiectului exprimand intelegerea fata de situatia prin care trece subiectul; compasiunea releva o interactiune cu subiectivitatea individului in criza.

- 5) Comunicarea pe mai multe nivele; comunicarea cu subiectul se face pe mai multe canale, nu numai afectiv, cu scopul de a culege toate intelesurile pe care subiectul le atribuie crizei proprii;
- 6) Cooperarea; clinicianul trebuie sa castige cooperarea din partea subiectului prin exprimarea respectului, a dorintei de a participa si prin formarea unei relatii contractuale mutual acceptate in care ambii termeni sunt egali ca valoare si importanta; clinicianul nu este superior subiectului si nu formuleaza ordine sau judecati, in felul acesta cooperarea devine catalizatorul schimbarii;
- 7) Flexibilitatea; ea se manifesta prin deschiderea clinicianului spre o plaja larga de interactiuni si raspunsuri care nu limiteza comunicarea cu subiectul si nici interventia subsequenta;
- 8) Utilizarea; este vorba de un process continuu prin care clinicianul foloseste datele obtinute de la subiect prin observatie si evaluarea simptomelor, comportamentelor, expresiilor afective si cognitive; aceasta presupune acceptarea si folosirea perceptiilor, atitudinilor si comportamentelor subiectului in interventie si nu pe cele ale clinicianului; o interventie este eficace in masura in care ea utilizeaza aspecte din problemele, comportamentul, functionarea si viata subiectului.
- 9) Siguranta; este principiul dupa care stabilitatea, prezervarea vietii si inducerea schimbarilor sunt elementele esentiale ale interventiei; protectia subiectului este prioritatea numarul unu in orice moment al interventiei; siguranta trebuie abordata pe cele doua nivele, psihologic si fizic, nivele unde se poate exprima vulnerabilitatea subiectului; identificarea vulnerabilitatilor, a riscurilor, intentiilor si mijloacelor auto-sau hetero-distructive sunt parti constitutive ale evaluarii si interventiei;

- 10) Generarea schimbarii; se bazeaza pe faptul ca mici schimbari setate in timpul interventiei vor stimula si genera rezolutia crizei si schimbari importante in viata subiectului prin efectul “de cascada sau a bulgarului de zapada” si prin cresterea confidentei subiectului;
- 11) Principiul metaforei; folosirea de metafore ca reprezentari simbolice ce denota o idee sau o schimbare si care provoaca sistemul de valori a subiectului cu cresterea consecutiva a increderii si motivatiei subiectului spre schimbare;
- 12) Orientarea catre scop; orice interventie in criza trebuie sa fie orientata pe scop, realista si concreta ceea ce presupune specificitate sporita fata de clientul aflat in interventie.

Conform autorului, mai trebuie adaugate cateva principii conform carora interventia in criza trebuie sa fie:

- **rapida**, interventia desfasurandu-se la cateva minute sau 1-2 ore de la declansarea crizei;
- **simplic si scurta** adresandu-se direct tulburarilor evidentiate in evaluarea crizei si nu celor cronice sau preexistente crizei;
- **imediate**, subiectul avand posibilitatea sa se adreseze direct programului de criza,
- cat mai **aproape** de rezidenta subiectului,
- **concreta** in sensul abordarii problemelor ridicate de subiect si nu a celor “descoperite” de clinician;
- **realista**, bazata pe resursele psihologice si sociale ale subiectului;
- sa nu creieze **false asteptari** precum cele legate de beneficiul secundar urmarit uneori de subiect.

### **Tehnicile de baza ale interventiei in criza:**

Tehnicile esentiale folosite in interventia in criza izvorasc natural din principiile si scopurile mentionate mai sus. Astfel, inca din anii de pionerat al interventiei in criza Aguilera si colab. (1970) considerau ca principala tehnica a interventiei este de a ajuta subiectul sa “intelectualizeze” criza respective, sa inteleaga si sa introduca in nararea evenimentelor dinamica dintre agent, criza si efectele ei. Alte tehnici pe care aceasta autoare le propune ar fi cresterea abilitatii subiectului de a-si destainui sentimentele si emotiile si explorarea cailor

alternative de coping pentru situatia respectiva. In tabelul Nr. 2 se prezinta si alte tehnici propuse a fi utilizate in interventia in criza.

Se poate vedea ca interventia in criza este o actiune psihologic-orientata care este imediata, punctuala, individualizata, in care subiectul in criza este agentul schimbarii iar scopurile ei sunt concrete, legate de dinamica relatiei dintre factorii declansatori si impactul lor asupra individului.

<b>Autorul: Kalafat (1983):</b>	<b>Autorul: Butcher si colab. (1983)</b>
stabilirea relatiei terapeutice;	furnizarea de suport emotional
definirea problemei;	facilitarea catarsisului
explorarea emotiilor asociate crizei	ascultarea activa a subiectului
trecerea in revista a abilitatilor potrivite de coping	exprimarea empatiei
decelarea alternativelor de coping	corectarea interpretarilor nerealiste ale subiectului
formularea unui plan de actiune	reformularea situatiei si problemelor
	discutarea consecintelor crizei
	trecerea in revista si evaluarea mecanismelor de adaptare
	conceperea unui contract cu clientul
	urmarirea evolutiei clientului

Tabelul Nr. 2: Tehnici propuse a fi utilizate in interventia in criza

Interventia in criza nu este o terapie, nu este orientata pe tratament medical specific, nu furnizeaza medicamente sau alte practici terapeutice, nu se intinde in timp, nu furnizeaza sfaturi sau retete de viata si nu formuleaza modele psihopatologice sau explicative ale simptomelor sau comportamentului subiectului. Rolul lucratorului in criza este doar sa ajute subiectul in criza sa treaca peste situatie cu pierderi minime si sa-l readuca la nivelul anterior de functionare furnizand instructiuni si indicatii concrete, punctuale si adaptate individului respectiv. Filozofia lui este de a fi impreuna cu subiectului si nu de a transporta o doctrina profesionala intr-o situatia de criza (vezi tabelul Nr. 3). In felul acesta se poate vedea care este diferenta dintre interventia in criza si terapiile de scurta durata. Asa cum Lee Ann Hoff (1995) spunea; *“individul este esentialmente responsabil de viata lui, lui ii este dat sa ia*

*decizii, relatia cu clinicianul din criza este de parteneriat, ambele parti au drepturi si responsabilitati, relatia lor fiind una de complimentaritate si nu una de subordonare”.*

<b>Ce este interventia in criza</b>	<b>Ce nu este interventia in criza</b>
O actiune psihologic-orientata	Nu este terapie
Imediata	Nu furnizeaza un diagnostic
Punctuala, operand intr-un anume moment al desfasurarii crizei	Nu recomanda tratamente specifice
Limitata in timp	Nu recomanda medicamente
Personalizata	Nu da sfaturi sau retete de viata
Presupune sprijinirea subiectului in demersul lui de a iesi din criza	Nu se adreseaza simptomelor psihopatologice
Incearca sa corecteze perturbările temporare emotionale, cognitive si comportamentale	Nu incearca sa remedieze sau sa vindece tulburari emotionale de lung parcurs
Se adreseaza capacitatii de coping si functionarii generale psihosociale	Nu presupune sedinte de psihoterapie
Deznodamantul interventiei este reluarea functionarii si a efortului de coping	Nu opereaza cu conceptele de vindecare sau ameliorare

Tabelul Nr. 3: Ce este si ce nu este interventia in criza.

Unul din lucrurile importante care s-au conturat de-alungul anilor de consolidare a interventiei in criza a fost ca interventia in criza este si un agent al schimbarii, ea oferindu-i subiectului oportunitatea ventilarii emotiilor, dobandirea sensului de a fi impreuna cu altii in depasirea dificultatilor si reformularea si regandirea abilitatilor proprii de rezolvare a problemelor. Iata de ce se spune ca in cele din urma criza este si o oportunitate datorita careia un individ devine mai rezilient, mai capabil sa infrunte viitoare dificultati sau cu alte cuvinte, in orice criza exista un sambure a dezvoltarii personale ulterioare.

### **Modelul in 7 pasi a lui Roberts:**

Un model de interventie in criza este acela care incorporeaza in mod natural scopul interventiei, principiile ei si un set de tehnici care conduc la mitigarea distressului, reluarea efortului de coping si regastigare functionarii normale a subiectului. Un model comprehensiv

de interventie foarte raspandit astazi este modelul in sapte pasi a lui Roberts (Roberts, 2005; Roberts si Ottens, 2005). Modelul cuprinde urmatoarea secventa:

1. Identificarea precoce a persoanei in criza:

Aceasta se realizeaza prin observare directa, culegere de date de la informanti proximali si prin conducerea unui interviu rapid biopsihosocial, liber sau structurat, cu scopul de evaluare a letalitatii, a pericolozitatii fata de sine si fata de altii si a evaluarii nevoilor psihologice imediate. Recunoasterea unei stari de criza impune o evaluare rapida, simpla si imediata astfel ca persoana sa poata sa primeasca raspunsul si protectia adecvata in cel mai scurt timp posibil. In general o persoana in criza prezinta o serie de caracteristici emotionale precum instabilitate emotionala, iritabilitate, tensiune, manie, anxietate, lipsa de control al emotiilor, crize de plans, neliniste psihomotorie, lipsa de rabdare, elemente cognitive precum tulburari de atentie, concentrare, memorie, judecata si elemente comportamentale precum impulsivitate, agitatiie, agresivitate sau din contra tendinta de izolare, evitare, pana la lipsa totala de reactie. Individul in criza poate lua contact cu programul de interventie in criza in mai mult ipostaze: sa se prezinte din proprie initiative, sa fie adus de familie, sa fie adus de politie sau alte organizatii comunitare, de vecini sau trecatori, aceste ipostaze fiind generate de modul cum el intelege sa solicite ajutor sau de felul cum altii l-au recunoscut a fi in situatia ce necesita ajutor. In cazul in care subiectul a fost adus de altii, lucratorul in criza trebuie sa culeaga de la acestia toate elementele disponibile precum contextual in care subiectul a fost gasit, factorii declansatori, felul cum s-a prezentat si modul de reactie, ce a solicitat, riscul vital si riscul pentru altii in caz de violenta, ce persoane au mai fost implicate si orice alte informatii care pot contribui la evaluarea crizei.

Una din cele mai grele probleme careia lucratorul in criza trebuie sa le faca fata este de a face deosebirea dintre o stare de criza si o tulburare mentala, aceasta deosebire facandu-se pe baza prezentei evenimentului declansator, a expresiei afectiv-comportamentale a individului, a naratiunii individului in criza, a identificarii simptomelor psihopatologice caracteristice unei afectiuni psihice si pe baza antecedentelor subiectului.

2. Stabilirea rapida a contactului cu persoana in criza:

In aceasta a doua etapa a interventiei in criza, profesionistul stabileste un contact cu persoana in criza aratand respect si intelegere fata de situatia acesteia. Cel mai des

profesionistul trebuie sa linisteasca persoana si sa o asigure ca este intr-un loc potrivit si in siguranta si sa arate o acceptare neconditionata a situatiei in care se afla. Gesturi simple precum contact vizual cald, atitudinea autentica si lipsita de nuante critice, gesturile simple de simpatie, ascultare atenta, intrebari simple si un dialog empatic confera subiectului linistea si siguranta ca se gaseste in locul potrivit.

Abilitatile de a stabili un raport autentic si de incredere cu subiectul si capacitatea de a asculta si a simti subiectul sunt elementele esentiale in aceasta faza a interventiei. Contactul trebuie sa fie respectuos, empatic si lipsit de note moralizatoare sau critice. Abilitatile de comunicare ale lucratorului in criza sunt aici valorizate la maximum cu scopul de a asigura subiectul ca este auzit, inteles, acceptat asa cum e, luat in considerare si pe cale de a fi ajutat. Emotiile, gandurile si comportamentele lui trebuie recunoscute si validate daca ele tradeaza eforturile subiectului de a depasi criza. Clinicianul trebuie sa evite presupuneri nefondate, idei preconcepute, clisee stereotipe despre situatii des intalnite, introducerea propriilor conceptii si valori in relatia cu subiectul. Deasemenea, el trebuie sa evide intrebari care incep cu "de ce" care au o nota acuzatorie sau depreciativa la adresa subiectului; primul gand al lucratorului in criza trebuie sa fie reducerea distresului, de-escaladarea tulburarilor comportamentale precum agresivitatea si violenta.

O lista cu interventiile necesare in aceasta faza ar fi:

- creiaza incredere prin asigurarea subiectului asupra confidentialitatii si a onestitatii;
- furnizeaza ascultare atenta, activa si empatica;
- ofera oportunitatea subiectului de a comunica in felul in care poate si doreste;
- se concentreaza pe continutul verbal si meta-verbal al subiectului;
- mentine un contact vizual bun, o postura si distanta fata de subiect convenabila situatiei;
- evalueaza emotiile subiectului si este atent fata de ce spune si cum spune sau ce evita sa spuna;
- lucratorul ramane focalizat, deschis, onest si sincer indiferent de situatie si provocari;
- pune intrebari deschise care sa evite raspunsuri scurte;
- parafrazeaza si reflecta raspunsurile pentru a oferi subiectului sentimentul ca a fost auzit;
- cere permisiunea sa actioneze si nu actioneaza dupa presupozitii;
- tine cont de contextual cultural al subiectului;
- tine cont de particularitatile de gen ale subiectului;
- tine cont de daunele care le poate avea subiectul prin criza care o strabate.

### 3. Identificarea factorilor precipitanti si a problemelor majore:

Acum se stabileste natura problemei, factorii precipitanti, “ultima picatura” care a dus la declansarea crizei, existenta unor situatii asemanatoare in trecut, modalitatile anterioare de coping in situatii asemanatoare si gradul lor de succes, lista si prioritizarea problemelor actuale, se intelege legatura cauzala si dinamica crizei actuale, se evalueaza eficienta tentativelor de coping si a functionarii precum si existenta resurselor personale, familiale si comunitare la care subiectul are acces.

Aguilera (1998) descrie cateva din tehnicile specifice utilizate in aceasta faza de evaluare a crizei:

- roaga subiectul sa descrie evenimentul care a precipitat criza;
- determina cand s-a intamplat;
- determina starea fizica si psihica al subiectului;
- determina daca individual a mai experimtnat un astfel de agent traumatic in trecut si daca da, ce metode a folosit sa depaseasca impactul cu acesta;
- determina daca de data aceasta subiectul a incercat sa utilizeze metode pe care le-a folosit in trecut cu ocazii similare si care a fost rezultatul lor;
- evalueaza riscul potential de suicid si homicid, seriozitatea intentiei, existenta unui plan si a mijloacelor de suicid/himicid;
- evalueaza sistemul de suport al subiectului si adecvanta acestuia;
- determina nivelul de functionare din pre-criza;
- evalueaza perceptia individului asupra abilitatii personale de a depasi criza si a limitarilor ei;
- evalueaza folosirea de alcool si droguri;
- evalueaza prezenta simptomelor psihopatologice (depresie, anxietate, fobii, obsesii, etc.);
- evalueaza prezenta tulburarilor mentale preexistente.

### 4. Managementul sentimentelor si emotiilor persoanei in criza:

In aceasta etapa este foarte important sa se identifice sentimentele si emotiile subiectului. Lucratorul in criza trebuie sa manifeste o ascultare activa si empatica a discursului persoanei, sa reflecte pozitiv spuselor subiectului, sa nu emita judecati, ba din contra, sa valideze incercarile si chiar nereusitele acestuia, abilitatile lui de comunicare sunt aici esentiale. Trebuie sa i se ofere subiectului sansa sa-si ventileze sentimentele si emotiile intru-un climat de intelegere si consideratie, indiferent cat de disfunctionale ar fi ele.

O lista cu interventiile posibil de efectuat ar fi urmatoarea:

- ajuta subiectul sa se exprime si sa se infatiseze necenzurat;
- ofera subiectului timpul sa ventileze emotiile, sentimentele si gandurile lui;
- confera-i subiectului senzatia ca este auzit, simtit, inteles;
- furnizeaza empatie si consideratie fata de starea emotionala in care se afla, exprima abilitatea ta de a intelege starea subiectului;
- incearca sa linistesti subiectul pentru a fi capabil sa comunice clar;
- ajuta subiectul sa identifice emotiile si sentimentele pe care le are;
- ajuta subiectul sa-si accepte emotiile si sa nu se judece pentru ele;
- valideaza emotionatitatea subiectului ca fiind ceva uman in situatia data, “vulnerabilitatea ne face umani”;
- ajuta subiectul sa descrie emotiile in cuvinte si sa le denumeasca;
- apoi solicita subiectului sa reformuleze si sa descrie emotiilor in alte cuvinte;
- incearca in mod subtil, cu tact si empatic sa normalizezi emotiile neportivite sau excesive prin tehnici potrivite de linistire si calmare; ofera timp pentru linistire precum si perioade de tacere;
- ramai cu subiectul pana se linisteste;
- ajuta subiectul sa inteleaga relatia dintre emotii si gandurile subjacente (“mesajele pe care ti le dai singur intretin emotiile proprii, nu factorii externi”);
- ajuta subiectul sa-si corecteze distorsiunile cognitive cu privire la criza pentru a reduce emotionalitatea proprie (ex. gandirea totul sau nimic, catastrofizarea, manificarea, filtrarea, etc.);
- ajuta subiectul sa-si modifice relatia cu factorii precipitanti si astfel sa reduca emotionalitatea;
- ajuta subiectul sa “rationalizeze” situatia de criza si sa-si reduca astfel emotionalitatea;
- evita sa fi excesiv de rezonant la emotiile subiectului pentru ca astfel le intretii;
- comunica clam, clar, scurt, nu da ordine, nu furniza judecati, nu te arata precipitat, nu fi excesiv de directiv;
- ajuta/invata subiectul sa foloseasca tehnici de linistire precum exercitii de respiratie, relaxare musculara, linistire prin distragerea atentiei sau prin folosirea simturilor (se vor descrie pe larg in partea speciala a cartii);
- ajuta/invata subiectul tehnici de “mindfulness” (dirijare a atentiei) pentru tolerarea distress-ului si prin metode de acceptarea radicala a realitatii ( a fi prezent moment cu moment in realitatea imediata, a nu judeca, a dirija atentia catre respiratia proprie, a lua gandurile proprii impartial, a nu reactiona la ele, a accepta realitatea fara sa incerci sa o schimbi, a te dezangaja de suferinta, etc. – metode ce se vor prezenta in partea speciala a cartii);

## 5. Generarea si explorarea alternativelor:

Evaluarea colaborativa cu subiectul a capacitatii actuale de coping , a repertoriului de strategii si tehnici utilizate acum in trecut in situatii similare sau apropiate de cea prezenta va evidientia competenta individului in rezolvarea problemelor personale. De cele mai multe ori, sub imperiul emotionalitatii crescute, se asista la o blocare sau o destructurare a rutinelor de coping si individul nu gaseste modalitatea de a rezolva criza. Astfel, la oamenii in criza putem gasi diferite modalitati negative de coping precum credinta ca nu poate actiona, ca nu stie cum, ca nu este capabil, tendinta de a scapa cu orice prēt, tendinta de a delega problema lui altora, tendinta de a se izola, tendinta de a blama pe altii sau a fi agresiv, etc. Important este ca profesionistul sa dezbata cu subiectul modalitatile de coping familiare lui si eventual sa genereze si sa exploreze alte alternative. Interventia bazata pe solutii concrete, realiste trebuie sa fie integrata in pachetul de bune practici a interventiei in criza, individul fiind vazut ca o persoana cu resurse care temporar nu sunt operationale. Lucratorul de criza nu sa sfaturi si nu priveste situatia clientului prin propriile valori si istorie, ci incearca sa se puna in situatia subiectului si sa-l cuprinda intuitiv. La fel, trebuie explorarte distorsiunile cognitive, atitudinile disfunctionale si a expectantele individului, acestea putand conduce subiectul in interpretarea eronata a factorilor precipitanti.

O lista cu interventii pentru generarea alternativelor de coping ar fi urmatoarea:

- stabileste cu subiectul o relatie de acceptanta neconditionata;
- ajuta subiectul sa determine ceea ce el crede ca a determinat criza;
- clarifica problemele pe care subiectul trebuie sa le faca fata;
- ajuta subiectul sa determine sursa problemelor sale;
- incurajeaza subiectul sa discute despre schimbarile pe care le-ar dori sau ar fi necesar de facut;
- incurajeaza explorarea emotiilor si gandurilor care nu pot fi schimbate si exploreaza alternative de coping adecvate pentru acestea;
- ghideaza subiectul printr-un process de rezolvare a problemelor prin care viata lui sa se orienteze intr-o directie pozitiva;
- foloseste o abordare realista si focalizeaza-te pe probleme; asista subiectul in diviziunea problemei in bucati mai mici pe care sa le identifice, sa le ordoneze, sa le prioritizeze si sa incerce sa le rezolve in secventa logica;
- ajuta subiectul sa cantareasca consecintele pozitive si negative ale fiecarei actiuni;
- cultiva optimismul subiectului, ajuta-l sa vada problema ca externa, temprora si specifica si nu ca o expresie inevitabila a esecului lui ca persoana;
- ajuta individul sa selecteze strategii de coping alternative care sa usureze situatia de criza;

- asista clientul in identificarea de suport provenind de la altii si de la comunitate;
- incurajeaza clientul sa preia responsabilitatea propriilor greseli fara insa sa conduca la cresterea sentimentului de neajutorare specific crizei;
- ghideaza subiectul spre comportamente de auto-ingrijire precum igiena proprie, alimentatie rationala, hidratare, exercitii fizice, evitarea consumului de alcool si droguri, angajarea in activitati care-i fac placere;
- ajuta subiectul sa-si imbunatateasca imaginea de sine, sa aibe curajul schimbarii, sa face afirmatii pozitive la adresa propriei persoane;
- asista subiectul sa identifice strategiile lui de coping, sa formuleze si sa promoveze altele noi, sa dezvolte afirmatii cognitive de coping pentru fiecare din problemele care le are;
- ajuta subiectul sa identifice ceea ce e mai important si ce conteaza, sa nu astepte prea multe si sa reduca din lista de probleme zilnice de rezolvat;
- Dintre strategiile de coping care trebuie discutate amintim: copingul de rezolvare realista a problemelor (itemizare, prioritizare, organizare si planificare); copingul prin informare (lectura, observare sau intrebare); copingul prin auto-incredere (reglarea emotiilor si a comportamentului); copingul prin cautarea ajutorului (contactul cu altii, cu organizatii, ajutorul spiritual); copingul prin acomodare (minimalizare, acceptare, restructurare cognitivă, distractie); copingul prin negociere si copingul prin anticipare (dupa Skinner si colab. 2003);

#### 6. Implementarea unui plan de actiune:

Aceasta faza reprezinta adevarata trecere de la criza la rezolvarea ei. Ce s-a intamplat cu subiectul in fazele anterioare ale interventiei au creat premisele ca subiectul sa se intoarca cu fata la rezolvarea crizei in mod constient si realist, sa se mute din faza de contemplatie in cea de actiune a schimbarii (Prochaska si colab. 1992). Planul de iesire din criza are ca scop restaurarea echilibrului psihologic si a functionarii. Formularea planului de catre subiect da adevarata dimensiune a motivatiei subiectului de a iesi din criza si nu de a o delega lucratorului in criza. Planul trebuie sa fie realist, limitat in timp, concret si flexibil. El trebuie sa apartina subiectului si lucratorul in criza furnizeaza doar un ajutor nespecific. Planul trebuie sa contina actiuni specifice, identificabile, realiste, la indemana subiectului, care sa conduca la acele schimbari de viata care sa permita revenirea la nivelul pre-criza sau la stabilizarea pe un nivel de competenta de functionare adaptativ.

Actiunile cuprinse in plan sunt cele pe care subiectul trebuie sa le faca direct, actiuni pe care trebuie sa le provoace la altii sau actiuni care implica pe altii. Planul se bazeaza pe resursele de coping ale subiectului, pe viziunea proprie asupra crizei, pe reseaua de suport accesibila si pe resursele comunitare existente.

Interventiile pe care le face lucratorul in criza in aceasta etapa sunt inspirate din tehnica interviului de cresterea motivationala a subiectului pentru schimbare (Miller si Rollnick, 2002), precum generarea schimbarii prin abordarea discrepantelor intre prezent si viitor si confruntarea rezistentelor subiectului, intre a vrea si a nu vrea sa faca o schimbare, intre a fi activ si pasiv, interventii care provoaca subiectul si i-l determina sa treaca la formularea unui plan de actiune. O lista cu interventii in aceasta faza ar fi urmatoarea:

- ajuta subiectul in a afirma ca poate sa faca o schimbare concreta in viata;
- incurajeaza subiectul sa creada in capacitatea sa de a realize aceasta;
- ajuta subiectul sa vada diferenta intre problema si solutia problemei;
- confrunta rezistenta subiectului de a ramane doar la nivelul expunerii problemei sale si de a nu trece la formularea solutiei ei;
- solutia este evocata si formulata de subiect si lucratorul in criza doar il sustine in acest demers;
- ajuta subiectul sa evoce si sa formuleze explicit dorinta unui plan de schimbare/actiune;
- asista clientul in a distinge discrepanta dintre unde este acum si unde ar vrea sa fie si deschide discutia schimbarilor posibile si fezabile care sa constituie nucleul planului de actiune;
- ajuta subiectul sa vada ca problema si solutia sunt parte integranta a crizei;
- conditii pe care trebuie sa le indeplineasca planul:

**Planul nu trebuie sa se focalizeze pe:**

- deficit
- slabiciuni
- limitari
- probleme
- trecut
- stagnare
- cauze
- solutia este inafara subiectului

**Planul trebuie sa se focalizeze pe:**

- competenta
- potentialitati
- posibilitati
- incercarea de solutii
- viitor
- schimbare
- posibile solutii
- solutia este inafara subiectului

- planul poate fi privit ca o rezolutie a crizei si ca un contract intre subiect si lucratorul in criza;
- raspunderea realizarii lui apartine in intregime subiectului, lucratorul in criza functioneaza ca un broker sau avocat;
- o copie a planului ramane la dosarul subiectului la programul de criza.

### 7. Continuitatea suportului:

La sfarsitul intalnirii, lucratorul de criza asigura subiectul de continua disponibilitate de a furniza ajutor si de intelegere pentru continua sa stradanie de a depasi situatia de criza si de a preveni altele. Se stabileste modul de contact ulterior cu clientul pentru evaluarea starii de post-criza, asigurarea continuarii ingrijirii, indrumarea catre alte institutii pentru sprijin direct, transferul responsabilitatii ingrijirii subiectului catre alti profesioniști.

- Se discuta despre oportunitatea contactului ulterior cu subiectul pentru monitorizarea progresului;
- Se asigura subiectul despre confidentialitatea acestor contacte;
- Se discuta modul de contactare ulterioara: telefon, vizita la programul de criza;
- Se cauta un acord asupra continutului contactelor de urmarire;
- Acestea pot cuprinde: felul cum clientul indeplineste planul de actiune; deznodamantul actiunilor intreprinse; utilizarea de alternative; legaturi cu comunitatea; evaluarea globala a functionarii;
- Se discuta oportunitatea de contacte suplimentare cu lucratorul in criza, precum nevoia de sedinte de terapie scurta;
- Se discuta despre referirea la alte programe (consiliere, psihoterapie, sanatate mentala, asistenta sociale, etc.)

Din interventiile enumerate mai sus se vede ca oricare ar fi ele, ligantul principal al lor de-a lungul celor 7 stagii ale interventiei in criza este comunicarea terapeutica , cea care amorseaza luarea deciziilor si rezolvarea crizei. Fara aceasta tehnica de comunicare specifica crizei, orice incercare de rezolutie a crizei este sortita esecului. In fig. Nr. 1 se prezinta modul in care interventiile in criza sunt tinute laolalta de comunicarea terapeutica.

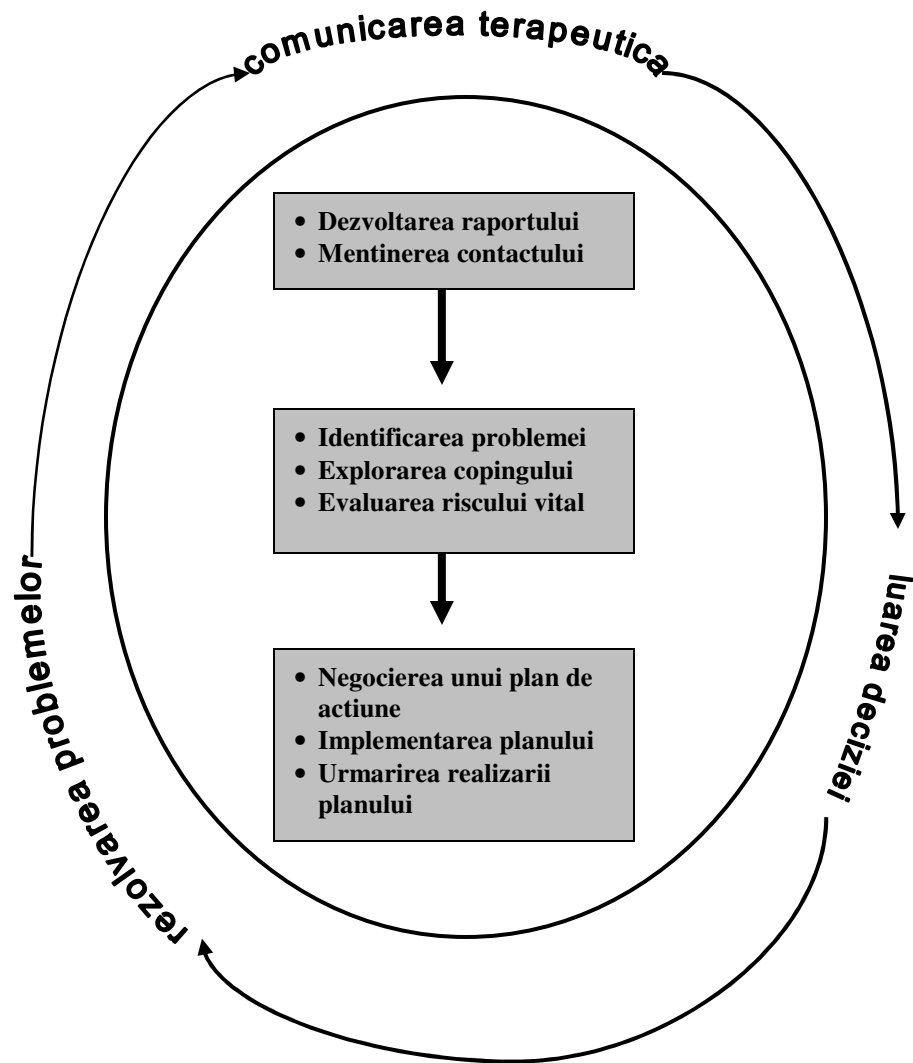


Fig. 1: Modelul integrativ al interventiei in criza (dupa Crisis intervention: nursing best practice guidelines, RNAO, 2002).

In finalul acestui capitol este bine sa inventariem inca odata ceea ce lucratorul in criza este bine sa faca si ceea ce este bine sa evite. In tabelul Nr. 4 se prezinta diferite gesturi si activitati care se recomanda si care nu se recomanda a fi utilizate in interventii, indiferent de natura crizei si de modul de intalnire cu subiectul, fata in fata sau la telefon.

<b>De facut:</b>	<b>De evitat:</b>
Ramai calm si deschis	Nu spune ca tu stii cum se simte el
Arata respect si consideratie fata de subiect si asculta-l fara sa-l intrerupi	Nu abate discutia pe alt subiect
Focalizeaza-te pe emotiile si sentimentele subiectului	Nu spune subiectului sa se relaxeze
Asigura subiectul ca ceea ce traieste este de inteles si de acceptat	Nu-i spune ca e bine ca e in viata sau ca a supravietuit
Furnizeaza informatii care sa orienteze subiectul in ambianta in care se afla si despre confidentialitate	Nu spune ca putea fi si mai rau
Lasa-l sa inteleaga ca va mai trai o perioada emotiile si sentimentele lui negative, ele nu dispar dintr-o data	Nu afirma ca toate vine de la Dumnezeu sau de la o putere supranaturala
Ajuta-l sa indentifice, sa inteleaga si sa accepte emotiile si sentimentele lui	Nu spune ca nimanui nu i s-a dat cat poate sa indure
Intreprinde actiuni specifice care sa ajute subiectul sa proceseze si sa normalizeze emotiile si sentimentele sale disfunctionale	Nu minimaliza/ignora emotiile sau sentimentele subiectului
Furnizeaza idei creative de coping cu emotiile si sentimentele lui.	Nu pune diagnostice sau etichete
Ramai totusi neutru si incurajeaza subiectul sa resolve el insusi problemele	Nu intreba subiectul de ce se simte asa
Oferea subiectului oportunitatea de catharsis/ impartasirea gandurilor si emotiilor ca si gest ce duce la linistirea subiectului	Nu spune ca tu stii déjà ceea ce spune subiectul
Evalueaza totdeauna siguranta subiectului, gandurile si impulsurile lui suicidare	Nu moraliza, nu tine predici sau discursuri
Ajuta subiectul sa faca identifice alternative, sa faca alegeri si sa ia decizii	Nu oferi solutii sau spune ca tu stii cum ar trebuie facut
Lasa-l sa inteleaga ca esti acolo cu el pentru a-l asculta si ajuta	Nu pune intrebari care incep cu "de ce"
Ajuta si indruma subiectul sa contacteze si alte agentii care ii pot oferi un ajutor specifi atunci cand e cazul	Nu impartasii teoriile tale subiectului, ci doar ceea ce-l intereseaza cu adevatat
Asista subiectul sa formuleze un plan prin care intelege sa iese din criza	Nu-i arata subiectului asteptarile tale,
Ramai disponibil sa te contacteze cand doreste	Nu furniza teorii asupra lucrurilor discutate

Tabelul Nr. 4: Lucruri ce se recomanda a fi facute si altele care se recomanda a fi evitate in timpul unei interventii in criza (modificat dupa Roberts si Yeager, 2009 si Millman si colab. 1998).

In partea speciala a acestei carti se va discuta inteventii croite anume pentru situatii specifice.

## **Bibliografie:**

Aguilera DC, (1998). Crisis intervention: Theory and methodology (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

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

Beck AT (1976): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Butcher JN, Stelmachers AT, Maudal GT (1983): Crisis Intervention and Emergency Psychotherapy in ID WEINER (ed.): Clinical Methods in Psychology, (2nd ed.), John Wiley & Sons, New York.

Carich MS and Spilman K (2004): Basic Principles of Intervention, Family Journal: Counseling and therapy for couples and families, 12 (4): 405-410.

Carkhuff RR (1969): Helping and human relations. Vol. I: Selection and training. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Everly Jr. GS & Mitchell JT (1999): Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention (2nd Ed.). Ellicott City, MD: Chevron.

Everly Jr.GS: Five principles of crisis intervention: reducing the risk of premature crisis intervention, International Journal of Emergency Mental Health, 2000; 2:1-4;

Erikson E (1963): Childhood and society (2nd ed.). New York: Norton.

Ewing CP (1978): Crisis Intervention as Psychotherapy, Oxford University Press, New York.

Flannery Jr RB, Everly Jr GS (2000): Crisis Intervention: A Review, International Journal of Emergency Mental Health, 2(2): 119-125.

Hafen BQ & Peterson B (1982): The Crisis Intervention Handbook, Englewood Cliffs, New Jersey.

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

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

Kalafat J (1983): Training for Crisis Intervention, in L COHEN, W. CLAIBORN and G SPECTER (Eds.): Crisis Intervention, Human Sciences Press, New York.

Kanel, K. (1999). Guide to crisis intervention. (1<sup>st</sup> ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

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

Meichenbaum DH (1977): *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.

Miller WR, Rollnick S (2002): *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.) New York: Guilford Press.

Millman J, Strike DM, Van Soest N, Schmidt E (1998): *Talking with a caller: Guidelines for crisis and other volunteer counselors*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Minuchin S (1974): *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

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

Prochaska J, DiClemente C, Norcross J (1992): In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47: 1102-1114.

Registered Nurses Association of Ontario (2002): *Crisis intervention: nursing best practice guidelines*, Toronto: Ontario; [www.rnao.org](http://www.rnao.org)

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* (3<sup>rd</sup> ed.), 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.

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

Rosenbluh ES (1981): *Emotional first aid*. Louisville, KY: American Academy of Crisis Interveners.

Shapiro D and Koocher G (1996): Goals and practical considerations in outpatient medical crises. *Professional Psychology: Research and Practice*, 122: 109–120.

Skinner EA, Edge K, Altman J, and Sherwood H (2003): Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping, *Psychological Bulletin* 129 (2): 216–269.

*Nota: Urmatoarele sectiuni ale carti ce vor fi postate ulterior*

**PARTEA IV: COMPENDIU DE INTERVENTII SPECIFICE IN CRIZA**

**PARTEA V: ORGANIZAREA UNEI PROGRAM DE CRIZA**