

## **Interventia in criza, o alternativa la psihiatria institutionala.**

(Crisis Intervention Program, an alternative of the institutional psychiatry)

Radu Vrasti, MD, PhD, Huron Perth Healthcare Alliance, Stratford General Hospital, Special Services Unite, Crisis Intervention Program, Ontario, Canada<sup>1</sup>

***Rezumat:** Psihiatria de urgenta si interventia in criza au aparut si s-au dezvoltat dintr-un trunchi comun: psihiatria comunitara. Mai tarziu, in ultimele decenii ale sec. XX, centrele de criza au crescut ca o alternativa viabila la spitalizarea cazurilor psihiatrice severe. Autorul descrie cum se identifica persoanele in criza, mai mult modele de interventie in criza, elemente cheie de buna practica si unele protocoale incorporate in programul de criza. La sfarsit, cititorul gaseste elemente si standarde utilizate in dezvoltarea serviciilor de criza.*

Cuvinte cheie: criza, interventie, bune practicei, psihiatrie comunitara

x x x

***Summary:** Emergency psychiatry and crisis intervention have emerged and developed from the same stem, the community psychiatry. Later on, in the last decades of the 20<sup>th</sup> century, crisis centers have grown as a viable alternative to hospitalization for person with serious mental disorders. Autor describes how to identify people in crisis, several models of intervention in crisis, key elements of the best practice, and some protocols that are incorporated into crisis program. In the end, the reader could find some elements and standards used in developing community crisis services.*

Key words: crisis, intervention, best practice, community psychiatry

Ingrijirea oamenilor cu tulburari psihice care au nevoie de ajutor imediat a fost dintotdeauna apanajul psihiatriei de urgenta (1). Aceste cazuri se refera la persoane care prezinta tulburari acute ale functiilor mentale si un nivel ridicat de pericolozitate, de unde nevoia urgenta a unui raspuns adecvat fara de care ar exista un risc imediat de auto- sau hetero-agresiune (suicid, violente, homicid, etc.). In schimb, indivizii cu o deteriorare serioasa si neasteptata a nivelului uzual de functionare cu pierderea consecutiva a starii

---

<sup>1</sup>Adresa pentru corespondenta: [radu\\_vrasti@hotmail.com](mailto:radu_vrasti@hotmail.com)

de echilibru psihologic reprezinta cazurile de “criza”. Aceste cazuri de urgenta psihiatrica si de criza psihologica sau emotionala au fost frecvent confundate si intersanjabil utilizate (2), lucru ce a condus la suprasolicitarea serviciilor de urgenta psihiatrica, ca de ex. camera de garda a spitalelor de psihiatrie sau a spitalelor generale cu sectie de psihiatrie. Pentru multi pacienti, camera de garda functioneaza ca “un medic de familie” sui-generis si ei apeleaza la acest serviciu ca un mod de a ventila problemele lor emotionale. In felul acesta “camera de garda” devine un loc privilegiat de apel si un filtru pentru sistemul de ingrijire a sanatatii mentale urmand ca aici sa se evalueze severitatea problemelor prezentate si nevoia de asistenta specializata a solicitatorilor.

Presiunea tot mai mare asupra camerei de garda exercitata de solicitatori si utilizarea in exces a serviciilor spitalicesti a facut sa se contureze si un raspuns nespitalicesc la urgentele psihiatrice care sa inlocuiasca ingrijirea rezidentiale. Primul pas a fost facut printr-o imbunatatire a evaluarii clinice a urgentelor si a deciziei subsecvente asupra nevoii de internare. Astfel, s-a constatat ca multi din cei ce apeleaza sunt de fapt “pacienti aflati cronic in criza”. Fata de aceasta situatie, serviciile de urgenta au incorporat in raspunsul lor modalitati de detectie si tehnici de rezolvare a crizelor, criza fiind o perturbare brutala a existentei cotidiene. Ulterior dezvoltarea unui sistem de raspuns fata de persoanele aflate in criza a condus la conturarea unei alternative viabile la spitalizarea persoanelor cu tulburari mentale care nu prezentau o recadere a bolii ci doar o stare in care capacitatea de coping a acestor era depasita. Triajul a devenit astfel o necesitate stringenta pentru a indrepta solicitatorii spre resursele adecvate, iar interventia in criza s-a dovedit o alternativa viabila la spitalizarea multor cazuri. Confuzia se poate naste din cauza ca atat tulburarea mentala cat si criza existentiala se dezvoltata pe coordonate psihosociale. Totusi din acest punct comun s-au dezvoltat ulterior cele doua sisteme: psihiatria de urgenta si programul de interventie in criza.

Psihiatria de urgenta si interventia in criza functioneaza ca santinele pe interfata dintre comunitate si spital sau intre serviciile rezidentiale si cele ambulatorii, fiind o oglinda fidela a filozofiei si organizarii serviciilor de sanatate mentala. In multe cazuri, serviciile de interventie in criza au facut parte din programul de dezinstitutionalizare si reforma a asistentei psihiatrice spitalicesti. In foarte multe tari programul de interventie in criza si serviciile de criza au fost si sunt incorporate ca elemente cheie in reforma

serviciilor de sanatate mentala si in conceptual de “cele mai bune practice” (*best practices*). In Ontario, Canada, loc in care autorul locuieste si lucreaza, programul de interventie in criza face parte din reforma sistemului de sanatate mentala (*Making it Happen. Operational Framework for the Delivery on Mental Health Services and Support*) (3). In acest document se postuleaza principiile reformei din sistemul de sanatate mentala din Ontario, dintre care amintim: clientul este in centrul sistemului de sanatate mentala, serviciile vor fi dimensionate in functie de cerintele clientului in vederea cresterii calitatii vietii, serviciile vor fi legate si coordonate astfel incat clientul sa se poate misca usor dintr-o parte a sistemului in alta, serviciile vor fi bazate pe principiile de buna practica.

### **Istoricul si evolutia serviciilor de interventie in criza:**

Este foarte comun sa se spuna ca originea conceptului de interventie in criza se gaseste in lucrarile lui Erik Lindemann care a studiat tulburarile emotionale ale supravietuitorilor sau membrilor de familie a celor 493 decedati intr-un incendiu dintr-un club de dans din Boston petrecut in 1942 (citata de 4). Lindemann si colaboratorii au putut sa constate rolul important jucat personalul de ingrijire a acestor persoane in depasirea durerii si doliului provocat de teribilul accident. Ulterior el a dezvoltat conceptual de criza emotionala exemplificat de reactiile de doliu, de pierdere, sau fata de situatii neasteptate. Autorii considera ca desi acest fel de situatii genereaza stress la toti cei expusi, numai unii din acestia dezvoltaza crize emotionale 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. Lindemann a conturat cinci faze prin care trec persoanele care experimenteaza doliul: tulburari somatice, retrairea imaginii celui decedat, vinovatie, reactii ostile, pierderea modelelor comportamentale. Dupa Caplan, individul este vazut intr-un continuum echilibru emotional si principalul scop al mecanismelor de adaptare este sa-l conserve ca atare (citata de 5). 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-o stare de 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 stressului 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. Rappaport (6) defineste criza ca o deteriorare a unei stari de echilibru emotional aparuta in conditiile in care individul experimenteaza un eveniment amenintator aparut brusc, o pierdere sau o provocare careia nu ii poate face fata.

Treptat apar primele forme organizatorice care inglobeaza ingrijirile pentru persoanele in criza. Primele unitati care au gestionat crizele emotionale au fost spitalele de zi, apoi au aparut 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; initial, interventia in criza a fost dedicata persoanelor cu un statut economic precar.

Interdisciplinaritatea a fost de la inceput o trasatura a echipei programului de interventie in criza. In 1968, pendinte de spitalul de copii din Los Angeles apare prima linie telefonica pentru furnizarea ajutorului persoanelor in criza, asa-zisa linie fierbinte (hotline) care functiona 24 ore si 7 zile pe saptamana oferind consiliere si interventie scurta. Ulterior, furnizarea telefonica de suport persoanelor in criza a devenit o parte importanta a programului de interventie in criza. Astazi exista servicii de criza “on-line”, care furnizeaza suport prin internet, servicii mobile de criza care se deplaseaza la locul “victimei” sau servicii specializate de criza, ca linii speciale pentru persoanele 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 mai aproape de cei care au urgent nevoie de ele.

#### **Ce este criza si modul de aparitie si dezvoltare:**

Exista o confuzie semnatica intre criza, stress, tulburarea acuta de stress, trauma, tulburarea posttraumatica de stress, situatie dificila si situatie de urgenta. In putine cuvinte se poate spune ca stressul psihic se manifesta ca o tensiune, presiune sau incordare

aparuta in conditiile adaptarii la un agent stressanta intern sau extern. Situatia dificila este o situatie neplacuta, periculoasa sau grea, iar urgenta este o combinatie de circumstante care necesita o actiune imediata (7). 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. Reactia subiectiva, emotionala, la evenimentul declansator compromite stabilitatea si abilitatea individului de coping si de functionare (8). 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. In schimb, tulburarea acuta de stress se caracterizeaza prin simptome de anxietate si disociatie consecutive unei expunerii la un stressor extrem, simptome care pot sa apara pana intr-o luna de la actiunea agentului traumatizant. Trauma psihologica se refera la o reactie fata de un agent amenintator care duce la blocarea modalitatilor de adaptare si aparitia unei stari de hipervigilenta, anxietate, manie si anxietate generate de retrairea evenimentului amenintator (9). Hoff (7) descrie doua feluri de crize, *crize de dezvoltare* datorate “schimbarilor naturale de rol, ale imaginii si functiilor corporale, ale imaginii de sine si a perceptiei lumii inconjuratoare” si *crize situationale* care apar ca rezultat al actiunii unui agent traumatic neanticipat care scapa de sub controlul propriu. Gilliland si James (10) adauga si *crizele existentiale* generate de conflictele interne care pot aparea pe drumul existentei in realizarea scopurilor, asumarea responsabilitatii, independentei, libertatii sau angajarii personale. Desigur ca o criza apare in conditiile in care individul nu are capacitatea de a depasi cu propriile resurse situatia respectiva. Se considera ca de-alungul existentei, individul sufera o serie intreaga de crize care in mod normal sunt puncte nodale in dezvoltarea competentei personale. Nu pentru putine persoane crizele sunt momente care vulnerabilizeaza individul si care pot fi punctual de pornire a unor situatii ce necesita atentie medico-sociala de urgenta (suicid, auto-agresiune, homicid, etc.).

Dupa Hoff (7) intr-o situatie de criza individul parcurge mai multe etape. Prima etapa, cea de impact, ar fi cea in care apare un eveniment traumatic ce surprinde individul si acesta raspunde automat cu propria rutina de rezolvare a problemelor. In etapa urmatoare, de recul, individual constata ca nu poate depasi problema prin mijloacele si

strategiile familiare lui si tensiunea emotionala creste proportional cu esecul perceput de individ. In etapa a 3-a, post-traumatica, pe fondul cresterii anxietatii si destructurarii emotionale, individual cauta sa mobilizeze toate resursele disponibile si sa rezolve problema chiar si intr-un mod impropriu. In faza a 4-a, de criza activa, individul constata ca este depasit, problemele raman nerezolvate, iar tensiunea si anxietatea devin de nesuportat si apar tulburarile de functionare psiho-sociala.

Criza este o stare limitata in timp, individual neputand sa suporte la nesfarsit o astfel de stare. In general dureaza de la cateva zile la maximum cateva saptamani dupa care persoana se poate intoarce la starea de pre-criza ca rezultat al rezolvarii situatiei generatoare sau poate sa descopere noi resurse si noi tehnici de coping depasind situatia de criza. Exista si cazuri in care persoana poate reduce tensiunea intolerabila prin dezvoltarea unei situatii nevrotice sau psihotice de lunga durata, utilizarea de substante sau alcool sau aparitia unui comportament impulsiv-destructiv (suicid, agresivitate fata de sine si/sau altii, etc.). Alte caracteristici ale crizei ar fi: incorporeaza atat pericolul individual cat si oportunitatea ca persoana sa se dezvolte ulterior si competenta individului sa creasca ("criza contine samburele dezvoltarii"), individul in criza se confrunta cu necesitatea schimbarii, nu exista un panaceu universal pentru rezolvarea crizelor, in rezolvarea crizei intervine caracteristicile personale ale profesionistului din serviciul de criza (10).

### **Modelele si strategiile de interventie in criza:**

Dupa Everly (11) oricare ar fi modelul sau doctrina de care un serviciu de criza se ancoreaza, acesta are ca scop: stabilizarea emotionala, mitigarea simptomelor, restaurarea functionala si urmarirea/indrumarea subiectului. Flannery si Everly (12) conceptualizeaza 5 principii esentiale in interventia in criza: interventia imediata, stabilizarea emotionala a individului, facilizarea intelegerii cauzelor, situatiei si repercusiunilor, focalizarea pe solutia problemei si incurajarea si restaurarea increderii in propria competenta.

Exista mai multe modele teoretice cu expresia lor operationala care pot sta la baza desfasurarii activitatii serviciilor de criza.

Robert si Ottens (13) postuleaza un model in 7 stadii a interventiei in criza:

1. Identificarea precoce a persoanelor in criza (evaluarea letalitatii, pericolozitatea fata de sine si fata de altii, evaluarea nevoilor psihologice imediate)

Se poate considera ca exista persoane cu risc crescut de a face crize, precum indivizii care nu sunt adecvat pregatiti pentru a trece de la un ciclu al vietii la altul sau indivizi care nu au capacitatea de a anticipa aparitia unor evenimente de viata negative sau indivizi cu o capacitate restransa de coping. Aceste persoane pot fi identificate si ajutate prin mijloace de consiliere, crestrea suportului familial si social sau mijloace psiho-educative. Sunt si persoane care dezvoltă “crize existentiale” ca expresie a comportamentului propriu de cautare a ajutorului, acestea preferand sa fie ingrijite de altii decat sa-si asume propria responsabilitate.

Recunoasterea unei stari de criza impune un “diagnostic” de urgenta pentru ca persoana sa poate fi indrumata corect si sa primeasca ingrijirile si protectia adecvata in cel mai scurt timp posibil. Astfel, una din cele mai grele probleme careia personalul din serviciile de criza (asa zisul “*crisis worker*”) trebuie sa le faca fata este de a face deosebirea dintre o stare de criza si o tulburare mentala. Toate aceste considerente conduc la un anumit tip de evaluare a persoanei aflate in criza. In mod tipic, exista doua paliere a evaluarii unei astfel de persoane:

- daca exista o probabilitate inalta ca persoana sa comita suicid sau homicid,
- daca persoana prezinta o deteriorare evidenta a nivelului functional, acesta ducand la excluderea din mediul familial si social si la incapacitatea de a se auto-ingriji.

In codul de bune practici ale personalului din programul de interventie in criza exista proceduri bine conturate de evaluare timpurie ale situatiilor de criza si de evaluare a situatiilor particulare precum homicidul, auto-agresiunea, suicidul, tulburarile de impuls cu pericolozitate sociala, consumul de alcool si alte substante, actele medico-legale, sau daca persoana este o victima a violentei domestice, a abuzurilor sexuale, are probleme stringente de locuit, financiare sau de prabusire a stimei de sine, necesita atentie medicala de urgenta, etc.

Datorita spatiului limitat al acestei prezentari amintim doar o grila de evaluare care ar cuprinde: in ce masura criza a perturbat rutina de viata a individului, este el capabil sa mearga la lucru/scoala, este persoana capabila sa se autoingrijeasca, exista pericol de suicid sau homicid, este persoana in pragul disperarii, persoana pastreaza capacitatea de a percepe realitatea, prezinta aceasta persoana un suport familial sau social adecvat, exista in comunitatea resurse care ar ajuta persoana, etc. Nu trebuie uitati

indicatorii de sanatate fizica si psihica, evaluarea stimei de sine, a situatiei ocupationale si locative, a situatiei financiare, aprecierea abilitatii de a lua decizii, filozofia/conceptia generala de viata si valorile individuale, timpul liber si implicarea in comunitate, religiozitatea. Un portret tipic al unei personae in criza ar fi: o persoana care prezinta o perceptie distorsionata a evenimentului declansator, care are un nivel scazut de stima de sine, cu o lipsa a suportului adecvat familial si/sau social, avand o capacitate defectoasa de coping, care prezinta “destorsionari cognitive de tipul “problema este de nerezolvat”, “sunt un ratat”, “viata nu merita traita” si prezinta o vulnerabilitate afectiva care genereaza depresie, anxietate sau labilitate emotionala.

## 2. Stabilirea 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. Dialogul empatic, gesturile simple de simpatie, un comportament necritic, intrebarile simple si asigurarea ca se gaseste in locul cel mai potrivit sunt esentiale in aceasta etapa.

## 3. Examinarea dimensiunilor problemei si definirea ei:

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 si gradul lor de success, existenta resurselor personale.

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

In aceasta etapa este foarte important sa se identifice sentimentele si emotiile subiectului. Personalul 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.

## 5. Explorarea capacitati de coping:

Evaluarea capacitatii de coping, a repertoriului de strategii si tehnici utilizate in trecut in situatii similare sau apropiate de cea prezenta va evidenta 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. Important este ca profesionistul sa



dezbată cu aceste modalități de coping familiare lui și eventual să genereze și să exploreze alternative. Terapia bazată pe soluție (*solution-focus therapy*) trebuie să fie integrată în pachetul de bune practici a intervenției în criză, individul fiind văzut ca o persoană cu resurse care temporar nu sunt operationale. La fel, tehnicile cognitive ajută la explorarea distorsiunilor cognitive, a atitudinilor disfuncționale și a expectanțelor individului, urmând ca ulterior ele să reprezinte punctual de plecare a intervenției terapeutice.

6. Restaurarea schemelor cognitive prin formularea și implementarea unui plan:

O atitudine profesionistă este explorarea schemelor cognitive ale individului congruente cu evenimentul declanșator al crizei, credințele și așteptările personale, gândurile automate. Apoi, pe această bază, sprijinirea lui în formularea unei imagini realiste a ceea ce s-a petrecut, a semnificației evenimentului traumatizant și să constientizeze propriile erori și distorsiuni cognitive (suprăgeneralizarea, personalizarea, catastrofizarea, “totul sau nimic”, etc.) spre conturarea unei viziuni rationale a realității. Pe aceste premise se construiesc variante alternative și planuri de viitor pentru depășirea crizei. Planul trebuie să înglobeze resursele clientului, în viziune proprie, suportul rețelei proximale, resursele comunitare.

7. Continuitatea suportului:

La sfârșitul întâlnirii, lucrătorul de criză asigură subiectul de continuitate și disponibilitate de furnizarea suportului, a ideilor creative și de înțelegere pentru continuitate și strădanie de a depăși situația de criză sau alte situații speciale. Stabilirea unui contact ulterior cu clientul este esențială pentru a-l asigura de acest sprijin.

Un alt model de intervenție în criză este cel propus de Aguilera (4). Acesta este un program de intervenție în 3 stadii: evaluarea severității crizei, intervenția propriu-zisă și conturarea unui plan de viitor. Intervenția propriu-zisă cuprinde 4 stadii care sunt: i) ajutarea individului de a dobândi o înțelegere a crizei personale, ii) sprijinirea acestuia în a deveni conștient de emoțiile sale actuale, iii) explorarea capacității de coping și iv) redeschiderea subiectului pentru perceperea lumii înconjurătoare.

Modelul de intervenție în criză propus de Gilliland și James (10) cuprinde șase pași: i) înțelegerea și definirea problemei, moment în care profesionistul trebuie să dea dovadă de empatie, autenticitate și înțelegere față de client; ii) asigurarea siguranței sale

proprii si a celor din proximitatea sa prin minimizarea pericolelor fizice si psihice; iii) furnizarea de suport general emotional si specific; iv) examinarea alternativelor impreuna cu clientul; v) conturarea unui plan de actiune pe termen scurt si mediu, vi) obtinerea angajamentului persoanei referitor la deciziile si calea pe care o va parcurge dupa parasirea serviciului de criza.

Conform principiilor reformei sistemului de sanatate mentala, lansat de Ministerul Santatii si Ingrijirilor de Lunga Durata din Ontario (3), serviciile de criza asigura: i) evaluarea clientilor prin decelarea evenimentului traumatizant, strangerea datelor disponibile si intelegerea factorilor predispozanti biologici si psihosociali; ii) suport/consiliere individuala si/sau familiala; iii) interventie medicala adecvata prin medicii/surorile ce fac parte integranta din echipa mobile de criza; iv) aduce resursele comunitare mai aproape de individ si face potrivirea acestora la necesitatile particulare ale lui; v) faciliteaza reintalnirea cu clientul in vederea consolidarii deznodamantului pozitiv, furnizeaza informatii adecvate, face legatura sau creaza un parteneriat cu alte institutii, sustine interesele subiectului in fata diferitelor instante (*advocacy*) si colaboreaza cu alte institutii comunitare pentru satisfacerea nevoilor acestuia.

#### **Organizarea serviciilor/programelor comunitare de criza:**

Un serviciu de criza trebuie sa include mai multe elemente de baza sau mai multe facilitati pe care subiectul sau alte persoane le poate accesa fara nici un fel de bariere:

- Evaluare si interventie la telefon, disponibila 24 ore si 7 zile din saptamana, acesta fiind mandatul oricarui serviciu de criza care vrea sa fie eficient (“*on-call crisis program*”);
- Evaluare si interventie “fata-in-fata” care ofera posibilitatea individului de a contacta direct lucratorul de criza;
- Echipa mobila de criza care se deplaseaza la solicitare pentru a evalua si interveni “in situ” atunci cand situatia o cere; echipa cuprinde medici, surori, asistenti sociali, ofiter de politie;
- Serviciu de urgenta psihiatrica/medicala: acest serviciu apartine spitalului dar lucreaza in tandem cu serviciul de criza. Aici se realizeaza triajul si se separa cazurile psihiatrice de cele de “criza”;

- Program de consiliere de scurta durata (“*short-term support*”) de 1 pana la 8 sedinte de consiliere;
- Legatura cu serviciile rezidentiale si non-rezidentiale de ingrijire a sanatatii mentale (servicii cu paturi sau ambulatorii) sau cu programele dezvoltate de acestea (de ex. Programul “Primul episoade de psihoza”, “Programul pentru persoanele cu tulburare borderline de personalitate”, “Programele pentru oamenii fara camin”, “Programele pentru persoanele cu tulburare post-traumatica de stress”, etc.), lucratorul de criza putand inrola persoana in criza in aceste programe, face aplicatii pentru intrarea in program sau legatura cu o persoana de contact;
- Legatura cu resursele comunitare precum agentii/organizatii non-guvernamentale sau institutii care furnizeaza protectie (politie, programe pentru violenta in familie, copii abandonati, copii abuzati, asociatii de sanatate mentala, etc.), adapost de urgenta, suport alimentar, financiar, consiliere, ajutor medical, etc. Profesionistul asigura adecvarea nevoilor persoanei in criza la resursele comunitare din care acesta face parte.

Modelul Canadian presupune ca serviciile de criza fac parte din “prima linie” de furnizare a ingrijirii sanatatii. Prima linie cuprinde i) furnizarea de informatii si indrumarea; ii) serviciile de criza; iii) serviciile de urgenta medicala; iv) medicii de familie; v) consilierea pentru sanatate mentala; vi) centrele de sanatate comunitara. Fiecare comunitate isi dezvoltata si implementeaza o strategie locala de raspuns la criza. Conform regulilor de buna practica (*Review of Best Practices in Mental Health Reform*), (14) in organizarea programelor de criza trebuie sa existe urmatoarele elemente cheie: serviciile trebuie sa rezolve criza persoanelor cu tulburari mentale serioase utilizand mijloace minimale, scopul fiind de a evita pe cat posibil internarea acestora. Functiile esentiale ale serviciilor de criza in Canada ar fi pe scurt: evaluare, suport in criza si consiliere, interventie medicala, interventie psiho-sociala, urmarirea si indrumarea ulterioara a clientului, informare, legatura cu alte formatiuni medicale si sociale, “*advocacy*”. Organizarea minimala a serviciilor de criza trebuie sa cuprinda 24h/7 zile interventie in criza, serviciul de urgenta din spital aflandu-se 24h in spatele serviciului de criza. Spitalul este cel care furnizeaza integrarea acestor programe intr-un tot functional.

### **Standardele profesionale ale serviciului de criza:**

Exista un consens in ceea ce priveste caracteristicile necesare unui lucrator la serviciul de criza (medic, sora, asistent social, etc) pentru a fi eficient in activitatea curenta. Gilliland si James (10) trec in revista urmatoarele cerinte ale unui profesionist din cadrul serviciului de criza: i) sa aiba o variata experienta de viata ca baza a stabilitatii si competentei emotionale de care are nevoie, ii) sa manifeste atentie, capacitate de ascultare empatica, capacitate de a furniza ajutor, liniste si calm; iii) sa posede calitati profesionale solide printre care abilitatea de a analiza, sintetiza si diagnostica, abilitatea de a formula alternative si a rezolva probleme, congruenta intre judecata, emotionalitate si decizie profesista; iv) creativitate si flexibilitate pentru a putea sa se confrunte cu situatii neobisnuite si aparent de nerezolvat; v) energie, tenacitate, curaj, optimism, obiectivitate si realism.

Activitatea lucratorilor din serviciile de criza este dirijata de codurile si procedurile de buna practica care la randul lor sunt reactualizate periodic in functie de rezultatele furnizate de cercetare sau de practica bazata pe dovezi. Lucratorul este certificat in aceasta pozitie profesionala pe baza de examene si recertificat periodic. Aceasta asigura un profesionalism robust si evita activitatea rutiniera. Alaturi de procedura de certificare exista si procedura de evaluare periodica a programului, de tip audit intern si extern, care autentifica valoarea programului fata de scopurile in prealabil stabilite. Eficacitatea serviciilor de criza a fost subiectul a multor studii care nu a mai lasat nici o indoiala asupra oportunitatii montarii lor in fiecare comunitate (11).

Serviciile de criza lucreaza integrate cu serviciile de urgenta din spitale, medici de familie, sectii de psihiatrie si cu alte forme comunitare (ambulatorii) de tratament precum foarte eficientul si dificil de tradus "*Assertive Community Treatment*" (tratamentul comunitar de sustinere) sau organizatii non-guvernamentale cu programele lor tinta, fiind parte integranta a programul larg comunitar si national de sanatate mentala.

## BIBLIOGRAFIE:

1. Hillard JR: *Manual of Clinical Emergency Psychiatry*, Washington: American Psychiatric Press, 1990;
2. Callahan M: Defining Crisis and Emergency, *Crisis*, 1994;15:164-171;
3. Ministry of Health and Long-Term Care: *Making it Happen. Operational Framework for the Delivery on Mental Health Services and Support*, Ontario, Canada, 1999;
4. Aguilera DC: *Crisis Intervention. Theory and Methodology*, 8th ed., St. Louis, Missouri: Mosby, 1998;
5. Roberts AR: *Crisis Intervention Handbook*, New York: Oxford University Press, 2000;
6. Rapaport L: The state of crisis. Some theoretical consideration, *Social Service Review*, 1962; 36:211-217;
7. Hoff, LA: *People in Crisis: Understanding and Helping*, Menlo Park, California: Addison-Wesley, 1996;
8. Yeager KR, Roberst AR: Differentiating among stress, acute stress disorder, crisis episodes, trauma, and PTSD: Paradigm and treatment goals, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2003; 3:3-25;
9. Roberts AR: Assessment, crisis intervention and trauma treatment: The integrative ACT intervention model, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2003; 2: 1-21;
10. Gilliland BE, James RK: *Crisis Intervention Strategies*, Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Comp, 1998;
11. Everly GS: Five principles of crisis intervention: reduceing the risk of premature crisis intervention, *International Journal of Emergency Mental Health*, 2000; 2:1-4;
12. Flannery RB, Everly SG: Crisis Intervention: A review, *International Journal of Emergency Mental Health*, 2000; 2:119-125;
13. Roberts AR, Ottens AJ: The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problems solving, and crisis resolution, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2005; 5:329-339;
14. Clarke Institute of Psychiatry: *Review of Best Practices of Mental Health Reform*, Toronto, Ontario, 1997