
PRVO POGLAVLJE

Prijedimo na stvar

Svatko može ponuditi kratku terapiju, no je li moguće ponuditi tretman kratkotrajnom, ali sveobuhvatnom psihoterapijom? Moj je izričit odgovor “Da, često”. Na idućih nekoliko stranica točno ću objasniti kako je to moguće.

BASIC I.D.

U osnovi, mi smo biološki organizmi (neurofiziološko-biokemijski entiteti), koji se (1) ponašaju (djeluju i reagiraju), (2) osjećaju (imaju čuvstvene reakcije), (3) doživljavaju osjete (reagiraju na taktilne, njušne, okusne, vidne i slušne podražaje), (4) zamišljaju (stvaraju slike, zvukove i druge događaje u svojoj mašti), (5) misle (imaju vjerovanja, mišljenja, vrijednosti i stavove) i (6) stupaju u međusobne odnose (uživaju u različitim odnosima s drugima, podnose ih ili zbog njih pate). Ako ovih šest zasebnih dimenzija ili modaliteta koji su u međusobnoj interakciji nazovemo ponašanje (eng. Behavior), čuvstva (eng. Affect), osjeti (eng. Sensation), zamišljanje (eng. Imagery), kognicija (eng. Cognition) i interpersonalna dimenzija (eng. Interpersonal), te dodajući sedmu - farmakološke tvari i biologija (eng. Drugs-Biology) - iz početnih engleskih slova nastaje zgodan akronim BASIC I.D.*

* Engleske nazive sedam modaliteta koje navodi Lazarus naveli smo u zagradi kako bismo u dalnjem tekstu mogli zadržati izvorni Lazarusov akronim BASIC I.D., sastavljen od prvih slova tih naziva (op. prev.).

Mnogi psihoterapijski pristupi su trimodalni, te se odnose na čuvstva (A), ponašanje (B) i kogniciju (C) – A-B-C. Višemodalni pristup kliničarima nudi sveobuhvatnu šablonu koja im omogućuje da točno odrede važne probleme koje treba rješavati. Odvajajući osjete od emocija, razlikujući zamišljanje i kogniciju, naglašavajući i intraindividualno i interpersonalno ponašanje, te podcrtavajući biološki supstrat, višemodalna je orijentacija najdalekosežniji pristup. Procjenjujući kod klijenta dimenzije koje obuhvaća BASIC I.D., kliničar nastoji “zaviriti pod svaki kamen”.

Elementi brze, ali temeljite procjene uključuju sljedeći niz pitanja:

B: Ponašanje. Što ta osoba čini da staje na put vlastitoj sreći ili osobnom ispunjenju (npr. postupci koji su unaprijed osuđeni na neuspjeh, neadaptivna ponašanja)? Što je klijentu potrebno da bi poboljšao vlastito funkcioniranje te smanjio nepoželjna ponašanja? Što bi on ili ona trebali prestati činiti, a što bi trebali početi činiti?

A: Čuvstva. Koje su prevladavajuće emocije (čuvstvene reakcije)? Srećemo li se s ljutnjom, anksioznosću, depresivnošću ili njihovom kombinacijom, i u kojoj mjeri (npr. uzrujanost nasuprot bijesu; žalost nasuprot dubokoj melankoliji)? Za što se čini da proizvodi ova negativna čuvstva – određene kognicije, predodžbe, interpersonalni konflikti? I kako osoba reagira (ponaša se) kada se osjeća na određeni način? Važno je tražiti interaktivne procese – kakav utjecaj imaju različita ponašanja na čuvstva osobe i obrnuto? Kako utječe ovaj na druge modalitete?

S: Osjeti. Javljuju li se određene senzorne tegobe (npr. napetost, krovna bol, tremor)? Koji su osjećaji, misli i ponašanja povezani s tim neugodnim osjetima? Koje ugodne osjete osoba navodi (npr. vidne, slušne, taktilne, njušne i okusne užitke)? Ovo uključuje pojedinca kao senzualnu i seksualnu osobu. Kad je to potrebno, povećanje ili njegovanje erotskog užitka je održiv terapijski cilj (Rosen i Leiblum, 1995).

I: Zamišljanje. Koja maštanja i predodžbe prevladavaju? Kakva je slika o sebi te osobe? Ima li specifičnih predodžbi o uspjehu i neuspjehu? Ima li negativnih ili intruzivnih predodžbi (npr. prisjećanja nesretnih ili traumatskih epizoda)? Na koji su način te predodžbe povezane sa sadašnjim spoznajama, ponašanjem, afektivnim reakcijama itd.?

C: Kognicija. Možemo li odrediti najvažnije stavove, vrijednosti, vjerovanja i mišljenja određene osobe? Koja su njezina prevladavajuća “mo-

gao bih”, “trebam”, “moram”? Ima li neka iskrivljena vjerovanja ili iracionalne ideje? Možemo li ustanoviti ikakve nepoželjne automatske misli koje ometaju njezino funkcioniranje?

I: Interpersonalna dimenzija. Govoreći o odnosima s drugima, tko su značajni drugi u životu te osobe? Što ona od njih hoće, želi, očekuje i dobjiva; što im zauzvrat daje i što čini za njih? Koji joj odnosi donose posebno zadovoljstvo, a koji bol?

D: Farmakološke tvari/Biologija. Je li osoba tjelesno zdrava i ima li osviješten stav o očuvanju zdravlja? Žali li se na kakve tegobe ili teškoće medicinske prirode? Koji su važni detalji u vezi njezine prehrane, tjelesne težine, spavanja, vježbanja i korištenja alkohola ili psihoaktivnih tvari?

Opširniji način određivanja teškoća jest primjena Višemodalnog inventara osobne povijesti (Lazarus i Lazarus, 1991). Taj upitnik od petnaest stranica (sadržan u Dodatku 1) olakšava tretman tako što:

- potiče klijente da se usredotoče na pojedine probleme, njihove izvore i načine na koje su ih pokušali riješiti;
- daje informacije o važnim prošlim događajima, prikazuje probleme i bitne podatke iz prošlosti;
- nudi vrijedne spoznaje o klijentovu stilu i očekivanjima od tretmana.

Ovaj se upitnik daje klijentima kao domaća zadaća, obično nakon prvog susreta. Od ozbiljno poremećenih klijenata (npr. onih s deluzijama, u dubokoj depresiji ili onih izrazito agitiranih) sasvim sigurno nećemo očekivati da obave zadatak, no većina ambulantnih psihijatrijskih pacijenata, ako su dovoljno pismeni, smatraće ovu vježbu korisnom jer ubrzava rutinsko bilježenje povijesti slučaja, nudi terapeutu analizu BASIC I.D. elemenata te omogućuje stvaranje provedivog tretmanskog plana.

SAGLEDAVANJE BASIC I.D.-a U KONTEKSTU VIŠEMODALNE TERAPIJE

U višemodalnoj procjeni BASIC I.D. nas treba podsjetiti na to da ispitamo svaki od sedam modaliteta i njihove interaktivne učinke. On podrazumijeva da smo mi društvena bića koja se kreću, osjećaju, doživljavaju

osjete, zamišljaju i misle i da smo mi u osnovi biokemijsko-neurofiziološka bića. Studenti i kolege često pitaju jesu li neka od područja značajnija, imaju li veću težinu od drugih. Zbog temeljitosti treba pažljivo ispitati svih sedam područja, no vjerojatno su biološki i interpersonalni modalitet od osobitog značaja.

Biološki modalitet ima snažan utjecaj na sve ostale modalitete. Neugodna osjetilna reakcija može ukazivati na niz bolesti; pretjerane emocionalne reakcije (anksioznost, depresija, bijes) mogu imati biološku osnovu; pogrešno mišljenje i sumorne predodžbe, predodžbe propasti i strave mogu biti u potpunosti posljedica kemijske neravnoteže; nepoželjna ponašanja, i ona okrenuta sebi i ona prema drugima, mogu izvirati iz mnogih somatskih reakcija različitih uzroka, od psihoaktivnih tvari (npr. droge ili alkohola) do intrakranijalnih lezija. Dakle, kad postoji bilo kakva sumnja o mogućoj uključenosti bioloških faktora, moramo ih temeljito ispitati. Osoba koja nema medicinskih ili fizičkih smetnji i uživa u toplim, smislenim i ljubavlju ispunjenim odnosima s drugima, vjerojatno će smatrati da joj je život osobno i u međuljudskim odnosima ispunjen. Stoga je biološki modalitet osnova, a interpersonalni je modalitet vjerojatno vrhunac. Sedam modaliteta ni u kojem slučaju nisu statični ili linearni, već su oni stalno u uzajamnim transakcijama.

Pacijent koji traži terapiju može istaknuti bilo koji od sedam modaliteta kao polaznu točku. Čuvstva: "Muči me anksioznost i depresija". Ponašanje: "Muče me moje kompulzivne navike". Interpersonalna dimenzija: "Ne slažem se sa suprugom". Osjeti: "Imam te glavobolje zbog napetosti i bolnu vilicu". Zamišljanje: "Ne mogu se otresti slike sprovoda svoje bake, i često sanjam uznemirujuće snove." Kognitivni: "Znam da si postavljam ne-realne ciljeve i da previše očekujem od drugih, no čini se da si ne mogu pomoći". Biološki: "Dobro mi je dok uzimam litij, ali netko mi treba mjeriti razinu lijeka u krvi."

Međutim, ljudi češće započinju terapiju s očitim teškoćama u dva ili više modaliteta - "Imam najrazličitije vrste bolova za koje moj doktor kaže da su posljedica napetosti. Previše brinem i često osjećam frustraciju. Osim toga, vrlo sam ljut na svog oca." Obično je u početku korisno pacijenta uvesti u terapiju tako što ćemo se usmjeriti na one teškoće, modalitete ili područja problema koja nam on iznosi. Prerano stavljanje naglaska na druge stvari koje se mogu činiti važnijima, vjerojatno će kod pacijenta samo

izazvati osjećaj odbacivanja. Međutim, obično je lako prijeći na značajnije probleme kad je jednom uspostavljen odnos povjerenja.

FORMULA

U ime sažetosti i jezgrovitosti, ovdje navodim svoju formulu za kratku, ali sveobuhvatnu psihoterapiju: moj pristup terapiji prvenstveno su oblikovali nalazi o ishodima terapije te oni nastali praćenjem pacijenata tijekom posljednjih 40 godina:

- *Prvo:* Odrediti ima li značajnih problema u kojem od sljedećih modaliteta:
 - (1) Ponašanje;
 - (2) Čuvstva;
 - (3) Osjeti;
 - (4) Zamišljanje;
 - (5) Kognicija;
 - (6) Interpersonalna dimenzija;
 - (7) Farmakološke tvari/Biologija.
- *Drugo:* U suglasnosti s klijentom, odaberite tri ili četiri istaknuta problema koji zahtijevaju posebnu pažnju.
- *Treće:* Postoje li indikacije, treba svakako osigurati da pacijent prođe medicinski pregled i po potrebi dobije lijekove ili psihofarmake.
- *Četvrto:* Kad god je to moguće, primijenite empirijski potvrđene metode tretmana za pojedine probleme.

U praksi često nije potrebno ispitati sve modalitete BASIC I.D.-a. Kad je uspješno tretiran problem u jednom modalitetu, to može neizravno djelovati na ublažavanje teškoća u drugim modalitetima. (Prisjetimo se da prva slova svakog od modaliteta daju zgodan akronim BASIC I.D.: B = ponašanje, A = čuvstva S = osjeti, I = zamišljanje, C = kognicija i I = interpersonalna dimenzija, te dodajući sedmu - D = farmakološke tvari i biologija.)

Ako se u svakoj dimenziji BASIC I.D.-a učini jedna konstruktivna promjena, dinamički i sinergijski utjecaj tog sedmerostrukog procesa obično ima dalekosežne učinke. U mnogim slučajevima uspješno rješavanje važnog

problema u jednom modalitetu ublažava izvjesne teškoće u drugim modalitetima, stoga nije potrebno obraditi čitav BASIC I.D.

Ponovno moram istaknuti da, premda je u kliničke svrhe zgodno podijeliti interaktivni uzajamni tijek stvarnih životnih događaja u naizgled odvojene dimenzije BASIC I.D.-a, u stvarnosti uvijek susrećemo kontinuirani, povratni životni proces koji se odvija na više razina. BASIC I.D. nije jednoličan, statican linearni prikaz ljudskog iskustva. Isprva sam procjenu na temelju BASIC I.D.-a i sustavne tretmane nazivao višemodalnom bihevioralnom terapijom (Lazarus, 1973, 1976), a kasnije je taj naziv promijenjen u višemodalnu terapiju VMT (Lazarus, 1981, 1989).

U osnovi, višemodalni pristup uključuje sljedeća četiri načela:

1. Ljudi djeluju i međusobno komuniciraju kroz sedam modaliteta obuhvaćenih s BASIC I.D.-om.
2. Ti su modaliteti povezani složenim nizovima ponašanja i drugih psihofizioloških događaja, te su oni u stalnoj uzajamnoj transakciji.
3. Točna evaluacija (dijagnoza) postiže se sustavnom procjenom svakog modaliteta i njegove interakcije sa svima drugima.
4. Sveobuhvatna terapija zahtijeva specifično rješavanje značajnih problema u područjima obuhvaćenim akronimom BASIC I.D.

Višemodalni pristup u osnovi postavlja sljedeća pitanja: (1) Koji su specifični i međusobno povezani problemi u područjima BASIC I.D.-a? (2) Tko ili što izaziva ili održava te probleme? (3) Koji bi bio najbolji način za rješavanje tih teškoća u svakom pojedinom slučaju? (4) Jesu li za rješavanje bilo kojeg od ovih pitanja određene empirijski validirane metode promjene ili specifični tretmani izbora? Odgovori na ova pitanja donose sustavnu strukturu koja osigurava temeljitost, a istodobno nude i specifične metode prepoznavanja idiosinkratičnih reakcija.

Čitatelj koji je odlučio i dalje čitati, naći će eksplisitne strategije i racionalu za primjenu ovog višemodalnog procesa.

ŠTO SE PODRAZUMIJEVA POD KRATKOM PSIHOTERAPIJOM?

Odnosi li se pridjev *kratka* uglavnom na vremensko kraćenje? Postoji li metodologija koja je specifična za *kratku psihoterapiju*? Radi li se o osobito intenzivnim tehnikama? Je li kratkoća određena opsegom i fokusom problema kojima se bavimo? Jesu li postavljeni umjereni ciljevi? Je li kratka terapija bolja od dugotrajne, ili je jednostavno praktičnija, iako ne i najbolja? Ova pitanja postavljam samo zato da pokažem kako kratka terapija nije dobro definirana i kako ju različiti kliničari različito shvaćaju. Vjerojatno bi se većina složila u tome da *efikasna terapija manje ovisi o broju sati koji u nju uložiš nego o onome što radiš za to vrijeme*. Cooper (1995) ističe da terapeuti koji provode kratku terapiju ne žele postići manje; oni žele “postići više pomoći manjeg.” Time se pred kliničara postavlja veliki izazov da “u kratkom vremenu donese puno promišljenih i teških odluka, a da pritom ne požuruje terapiju” (str. 85-86).

Kad se radi o vremenu, važno je razmotriti nekoliko stvari. Bez obzira na to koliko je susreta s terapeutom klijentu potrebno, možemo se zapitati koliko bi svaki susret trebao trajati. Šezdesetih se raspravljalo o “terapiji kratkog kontakta”, sa susretima koji traju između 10 i 20 minuta (Dreiblatt i Weatherly, 1965; Koegler i Cannon, 1966). Hoyt (1989) se pita je li Berenbaumov (1969) jedan maratonski desetosatni susret oblik produžene kratke terapije ili kratke produžene terapije. Nažalost, čak i ako kliničar procijeni da će klijent imati koristi od susreta koji traju 15 do 20 minuta, izazvat će katastrofu podnese li uobičajeni račun vladinim agencijama ili tijelima upravljane zdravstvene zaštite koja propisuju minimalno vremensko trajanje.

Razmak između susreta još je jedna bitna pojedinost vezana uz vrijeme. Budman (1994) je ispitivao čini li 10 susreta tijekom razdoblja od dvije godine kratku terapiju. Kome bi više koristilo šest odvojenih desetominutnih susreta tijekom jednoga dana nego jedan kontinuirani šezdesetminutni susret? Koji pacijenti trebaju dolaziti dvaput dnevno, tri puta tjedno ili s razmacima od nekoliko mjeseci?

Budman (1994) naglašava da se “vremenski učinkovita terapija” ne treba temeljiti na unaprijed zadanim broju susreta. Također ističe da nema ničeg čarobnog u tjednoj psihoterapiji te da se susreti mogu rasporediti prema potrebama klijenta. Bez obzira na to, mnogi terapeuti koji primjen-

juju kratku ili kratkotrajnu terapiju drže se broja od 6 do 12 susreta. Neki su stroži i definiraju kratku terapiju kao onu koja traje između jednog i 10 susreta. Dryden (1995) postavlja standard od 11 susreta. Jedna od prvih knjiga o kratkoj terapiji, koju sam pročitao prije mnogo godina (Small, 1971), iznosi da je "raspon susreta u okviru kratke psihoterapije varirao od jednog do 217" (str. 21). Small je u nastavku naveo brojne autoritete koji kratkom smatraju onu terapiju koja traje od jednog do šest susreta, druge koji se drže brojke od 10 do 24 susreta, a treća skupina spominje da kratki tretmani traju između 3 i 36 sati. Da ponovimo, zbujuje to što neki terapeuti koji primjenjuju kratkotrajnu terapiju sa svojim klijentima rade jednom tjedno na susretima koji traju 50 do 60 minuta, dok drugi primjenjuju terapiju kratkog kontakta, susrećući klijente 15 do 30 minuta nekoliko puta tjedno, ili čak istog dana u različita vremena. Dovoljno je reći da ja kratkom smatram onu terapiju koja traje od jednog do 15 jednosatnih susreta koji se mogu zbiti u kratkom vremenskom razdoblju ili se protegnuti tijekom nekoliko mjeseci.

Čovjek se zgrozi pred ogromnim brojem raznorodnih ideja o kojima se raspravljalio pod nazivom "kratka terapija". Izdanje koje je uredio Budman, *Oblici kratke terapije* (1981; ponovljeno izdanje 1995), ima 17 poglavlja koja pokrivaju širok raspon ideoloških i tehničkih razlika. Slično tome, dodatna područja pokrivaju i *Priručnik kratkih psihoterapija* urednika Wellsa i Gianettija (1990), kao i *Kratka terapija: Mitovi, metode i metafore* Zeiga i Gilligana od 490 stranica. Pa ipak, kao što Budman navodi u izdanju *Oblika kratke terapije* iz 1995: "Kad terapeute odabiru za sudjelovanje u mrežama upravljanog zdravstvenog sustava (eng. managed care), jedno od prvih pitanja je: 'Jeste li uvježbani i imate li iskustva u primjeni kratkotrajne terapije?' " (str. 464). S tim u vezi, Hoytova se *Kratka terapija i upravljeni zdravstveni sustav* (1995) može smatrati standardnom referencom i priručnikom.

KRITERIJI ZA SELEKCIJU

Prije daljnje rasprave nužno je razjasniti za koga je prikladna kratka terapija, a za koga nije. Očito je da su MPRIU (Mladi, Privlačni, Rječiti, Inteligentni i Uspješni) klijenti najbolji kandidati za bilo koji oblik terapije. Neki teoretičari (npr. Davanloo, 1978; Sifneos, 1992) postavljaju stroge kriterije uključivanja, dok drugi nisu toliko određeni (npr. Budman i Gur-

man, 1988). Dvije detaljne studije - jedna Howarda, Kopte, Krausea i Orlinskog (1986), a druga Kopte, Howarda, Lowrya i Beutlera (1994) - pokazale su da je kod 48% do 58% anksioznih i depresivnih pacijenata došlo do mjerljivog poboljšanja nakon osam susreta, a kod 75% do 80% došlo je do značajnog poboljšanja nakon šest mjeseci (26 susreta). Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti, međutim, nisu pokazali takav napredak - nakon 26 susreta do poboljšanja je došlo kod samo 38% njih. Ljudi koji su iskazali *simptome vezane uz karakter* (npr. oni koji su priznali da imaju potrebu škoditi drugima, iskazivali veliko nepovjerenje te vjerovali da imaju duševne nenormalnosti) često i nakon 100 susreta pokazuju tek vrlo male promjene.

Sa stajališta višemodalne terapije, našli smo da će klijentima čiji Profili modaliteta (vidi 3. poglavlje) pokazuju preko dva tuceta međusobno povezanih problema vjerojatno trebati više od 15 susreta za značajan napredak u tretmanu. Ljudi koje bismo mogli označiti kao one koji "sve znaju unaprijed" (vidi knjigu Prochaskе, Norcrossa i DiClementea, 1994), nisu dobri kandidati za kratku terapiju - doduše, vjerojatno ni za kakvu terapiju. To su osobe koje se odupiru promjeni te odbijaju priznati da im treba pomoći. Takve ljude obično treba pažljivo nagovarati i detaljno pripremati prije nego što postanu otvoreni za suvislu pomoć. Također je iznimno teško kratko raditi s ljudima koji svoje probleme ne izražavaju jasno, pa je postavljanje ciljeva nejasno i zbumnjuće. Iako se neki možda neće složiti, smatram da kratka terapija nije prikladna za kronične konzumante psihotaktivnih tvari i klijente čija opća procjena svakodnevnog funkcioniranja na Osi V priručnika DSM-IV iznosi 50 ili manje. Takvi pacijenti obično imaju suicidalne ideje, pokazuju loše socijalno i radno funkcioniranje te povremeno mogu biti nesuvisli i nasilni.

Svi su problemi dio kontinuma koji se kreće od blagog do ekstremnog. Tako iznimno anksiozni klijenti, čini se, nisu dobri kandidati za kratku terapiju u usporedbi s onima koje nazivamo "anksioznim neuroticima", čiji su strahovi manje izraženi i ograničeniji. Slično tome, nasrtljivi, tvrdokorni klijenti s graničnim poremećajem ličnosti, koji često ozljeđuju sami sebe, iznimno su skloni ispadima u ponašanju, pretjeranim manipulacijama, ponovljenim prijetnjama i neprekidnom zlostavljanju svojih terapeuta te nisu dobri kandidati za kratku terapiju. Pa ipak, ima mnogo pacijenata s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti koji mogu u dovoljnoj mjeri obuzdati svoju anksioznost da bi poštovali ograničenja i koji mogu imati

koristi od 10 do 15 susreta u sklopu kratke višemodalne terapije. Dijagnos-tička oznaka u manjoj mjeri određuje može li netko imati koristi od usmjerene ili kratkotrajne terapije, a više ovisi o *stupnju poremećaja* ili *opsegu emocionalne poremećenosti*. Tako će neki klijenti s posttraumatskim stresnim poremećajem, neki od onih s opsessivno-kompulzivnim poremećajem ili neki koji često imaju panične napadaje biti dobri kandidati za kratku terapiju, dok drugi s istim poremećajima to nisu. Kad govorimo o posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP), toplo preporučam Meichenbau-mov (1994) vrlo informativan priručnik o dijagnosticiranju i tretmanu PTSP-a. On nudi opsežne informacije kliničarima koji žele temeljito razumjeti probleme vezane uz traumatske doživljaje u životima ljudi.

OSAM SKUPINA PROBLEMA

Želi li terapeut biti učinkovit, zadržati konstruktivan fokus, doći do kreativnih rješenja te istodobno biti i kratkotrajan i sveobuhvatan, predlažem da, kad je to potrebno, isključi ili se pozabavi sa sljedećih osam vrsta problema:

1. Proturječni ili podvojeni osjećaji ili reakcije,
2. Neadaptivna ponašanja,
3. Krive informacije (osobito pogrešna vjerovanja),
4. Informacije koje nedostaju (npr. nedostatne vještine, neznanje ili lakovjernost),
5. Pritisci i zahtjevi u međuljudskim odnosima,
6. Biološki poremećaji,
7. Vanjski stresori koji ne izviru iz neposredne socijalne mreže (npr. loši uvjeti života, nesigurna okolina),
8. Traumatski doživljaji (npr. seksualno zlostavljanje ili teško zanemarivanje u djetinjstvu).

Rijetko koji od mojih klijenata nije imao teškoća koje spadaju u prvih pet skupina. Svatko dvoji oko nečega i ima najmanje jednu ili dvije nesretne navike. Malo je stvari koje su jasne i nedvosmislene, a podvojenost je svepri-sutna. Isto tako, svi smo mi pogrešno informirani o nekim temama ili činitel-jima, a u većoj ili manjoj mjeri svakome nedostaju određene vještine i važne

informacije. Što se tiče pritisaka i zahtjeva u međuljudskim odnosima, samo ih pustinjak može izbjegći, no potpuno povlačenje iz društva nije baš zdravo rješenje, stoga je bitno naučiti se vještom ophođenju s drugima. Ako su pri-sutni biološki poremećaji ili se na njih sumnja, jasan prioritet postaje nužna medicinska pomoć.

Prema mojoj iskustvu, kad vanjski stresori ili teška traumatska iskustva čine dio problema, obično je nužno posavjetovati se s drugim stručnjacima i službama. U tom je slučaju manje vjerojatno da će kratko-trajne intervencije imati smisla ili se pokazati djelotvornima. Tako će osobe pogodene siromaštvom imati više koristi od socijalnih službi koje im mogu pomoći sa socijalnim iskaznicama i bonovima za hranu. Žrtve teških traumatskih događaja uz psihoterapijske intervencije obično trebaju i socijalnu podršku i podršku zajednice.

INICIJALNI INTERVJU U KRATKOJ TERAPIJI

Kako bismo ostali usredotočeni i djelovali ciljano, u inicijalnom intervjuu treba obratiti pažnju na sljedeće:

1. Na što se klijent žali i koji su glavni događaji tome prethodili?
2. Koji se prethodni faktori čine bitnima?
3. Tko ili što održava klijentova neprilagođena ponašanja?
4. Je li bilo dovoljno jasno što klijent želi od terapije?
5. Koje su neke od klijentovih jakih snaga ili pozitivnih osobina?
6. Zašto je klijent baš sada potražio pomoć?
7. Kakav je klijentov izgled s obzirom na fizičke osobine, uređenost, način govora i držanje?
8. Je li bilo ikakvih znakova psihoze (npr. poremećaji mišljenja, deluzije, nesukladnost osjećaja, bizarna ili neprikladna ponašanja)?
9. Je li bilo znakova samooptuživanja, depresije, ubilačkih ili samoubilačkih sklonosti?
10. Je li uzajamno zadovoljavajući odnos izgledao moguć, ili klijenta treba poslati negdje drugdje?