

1. POGLAVLJE

Uvod *Frank M. Dattilio i Arthur Freeman*

Svaka civilizacija, prije ili kasnije, biva izložena kriznim situacijama. Od postanka svijeta do danas one su nedvojbeno pokora ljudskog roda, bile to tjelesne bolesti, prirodne katastrofe ili nešto treće. Iako snaga i učestalost kriznih situacija mogu varirati, one se stalno se pojavljuju. U odnosu na ranije razdoblje, promijenio se način izlaženja na kraj s kriznim situacijama i to koliko one utječu na čovjekovu psihu. Zbog njihova velikog broja, današnjem svijetu više nego ikada trebaju krizne intervencije.

Pojam kriza obično priziva sliku bilo kojeg od krajnje negativnih životnih događaja. Prirodne katastrofe, teroristički napadi, silovanja, bolesti, gubici – sve to po svojoj prirodi uključuje situacije u kojima postoji prijetnja životu. Slike i doživljaji žrtava takvih nesreća svakog od nas pogađaju ravno u srce. To se najbolje vidi kad promatramo ono što se događalo 11. rujna 2001. godine. Međutim, kriza može biti povezana i s okolnostima ili iskustvima koja uključuju prijetnju vlastitom domu, obitelji, imovini ili osjećaju dobrobiti. Psihička kriza može biti izazvana stvarnim gubitkom, prijetnjom gubitkom ili korjenitom promjenom u odnosu prema sebi ili prema nekome tko nam je važan (Goldenberg, 1983). Kad je riječ o djetetu, to može biti iznenadna promjena mjesta stanovanja zbog preseljenja u drugu državu i opraštanja s prijateljima. Kad je riječ o adolescentu, to može biti prekid romantične veze ili vršnjački bojkot. To što izaziva ili potkrepljuje krizu ne može se jednostavno odrediti pomoću jedne određene situacije ili sklopa okolnosti, već samo osobnim doživljajem nekog događaja i sposobnošću (ili nesposobnošću) pojedinca da se uspješno nosi s tim okolnostima. U istoj situaciji različiti ljudi različito kompetentno ili uspješno izlaze na kraj s mogućom krizom. Jednostavno rečeno, kriza nastaje kad stres i napetost u životu pojedinca dosegnu neuobičajene proporcije i ostave traga na njemu (Greenstone i Leviton, 1993).

POVIJEST KRIZNIH INTERVENCIJA

Povijesno gledajući, pojam krizne intervencije potječe od Lemberger Freiwilligern Rettungsgesellschaft¹ osnovane u Beču

¹ Engl. Lemberger Rescue Society/Lembergerova spasilačka udruga. (nap. prev.)

krajem 19. stoljeća (1883.-1906.). Godine 1906. u Londonu je pri Vojsci spasa osnovan Odjel protiv samoubojstva, a u gradu New Yorku osnovana je Državna liga za očuvanje života (National Save-a-Life League, Farberow i Schneidman, 1961). Krizno savjetovanje razvijeno je tijekom 2. svjetskog rata, kad su psiholozi i psihijatri koji su djelovali u blizini bojišnica viđali slučajeve iznimno jakog "umora od borbe" ("šok od granate" u 1. svjetskom ratu; posttraumatski stresni poremećaj u Vijetnamskom ratu). Oni su utvrdili da je bavljenje krizom u blizini bojišnice, umjesto slanja oboljelih u pozadinsku bolnicu, jako koristilo uznemirenim vojnicima. Intervencija koja je tada primjenjivana bila je vrlo usko usmjerena. Njezin je cilj bio što brže vratiti vojnika u aktivnu službu.

Otvaranjem Centra za sprečavanje samoubojstva u Los Angelesu, 1950-ih godina, uspostavljen je temeljni model suvremenog centra za krize, a ubrzo nakon toga po čitavoj Americi počeli su nicati slični centri za sprečavanje samoubojstva i telefonske linije namijenjene općim kriznim intervencijama. Te su aktivnosti velikim dijelom bile odgovor na opće ozračje društvene skrbi i osviještenosti kasnih 1950-ih i 1960-ih godina. Takvo ozračje osobito je bilo vidljivo 1963. godine, kada je tadašnji predsjednik SAD-a John F. Kennedy proglasio Zakon o centrima za zaštitu duševnog zdravlja u zajednici, koji veliku važnost daje tzv. kriznim jedinicama (Dattilio, 1984). Uvođenjem telefonskih linija namijenjenih sprečavanju samoubojstava, telefonske službe namijenjene kriznim intervencijama, počele su se međusobno razlikovati i preciznije određivati svoje usmjerenje. To se dogodilo zato što se od centara za sprečavanje samoubojstava tražilo da pomažu ljudima u izlaženju na kraj sa svim vrstama kriza. Iz toga su se razvile telefonske linije namijenjene tinejdžerima, ovisnicima, žrtvama silovanja i starijim ljudima. Telefon se počeo upotrebljavati kao sredstvo za održavanje kontakta i za praćenje bolesnika otpuštenih iz psihijatrijskih ustanova. Pojavile su se i telefonske linije za kontrolu otrova, nadgledanje glasina u zajednici, izradu domaćih zadaća, a telefonske linije za opće usluge u zajednici pomagale su nazivateljima da riješe teškoće povezane s uklanjanjem smeća ili kontrolom štetočina, lošim uvjetima stanovanja, registracijom birača, zagađenjem okoliša itd.

Trenutačno postoji više od 1.400 spontano osnovanih nevladinih kriznih centara i kriznih jedinica povezanih s Američkom udrugom za suicidologiju ili s mjesnim centrima za zaštitu duševnog zdravlja. Postoji i više od 11.000 programa podrške žrtvama različitih događaja, podrške ljudima u krizi nakon silovanja i intervencijskih programa povezanih s dječjim zlostavljanjem te 1.250 skloništa i telefonskih linija namijenjenih pretučanim ženama. Roberts i Camasso (1994) procjenjuju da krizne telefonske linije svake godine imaju čak 4.3 milijuna poziva. Roberts (2005) dalje procjenjuje da kad bismo toj brojci dodali sve mjesne 24-satne krizne telefonske linije, uključujući one namijenjene žrtvama zločina, preživjelima nakon terorističkih napada, pretučanim ženama, žrtvama seksualnih napada, uznemirenim radnicima, odbjeglih adolescentima i žrtvama dječjeg zlostavljanja, te jedinice za krizne intervencije pri centrima za zaštitu duševnog zdravlja, ukupna godišnja brojka bila bi približno 35-45 milijuna telefonskih poziva povezanih s krizom (str. 11). Ta brojka ne uključuje tisuće usluga povezanih s krizom koje su dostupne u hitnim službama mjesnih bolnica ili u centrima za hitan prihvrat psihijatrijskih slučajeva.

TEORIJA KRIZE

Krizna intervencija, koja se temelji na teoriji krize, jedna je od najčešće primjenjivanih vrsta kratkotrajnih tretmana koje upotrebljavaju stručnjaci u području duševnog zdravlja zaposleni u različitim ustanovama u zajednici (Ell, 1996). Burgess i Roberts (2005) te Burges i Holstrom (1974) kažu da kriza nastaje kad se poremeti homeostaza, tj. kad se naruši ravnoteža pojedinca, ma koliko ona ranije bila krhka ili stabilna, i kad osoba više ne može djelotvorno izlaziti na kraj s nekom situacijom. Posljedica toga jest pojava brojnih simptoma koji postaju klinički markeri za kriznu reakciju, što često zahtijeva neku vrstu krizne intervencije. Općenito, krizna je intervencija usmjerena na psihološko razrješenje trenutačne krize u životu pojedinca i njegovu vraćanju barem na razinu funkcioniranja prije krize (Aguilera, 1990). Rosenbaum i Calhoun (1977) kažu da krizi prethodi događaj koji je ograničena trajanja i koji remeti uobičajeno suočavanje sa stresom te korištenje sposobnosti rješavanja problema. Slaiku (1990) nudi definiciju koja je, ustvari, spoj nekoliko različitih definicija i kaže da je kriza "privremeno stanje uznemirenosti i dezorganizacije, koje prvenstveno obilježava nemogućnost pojedinca da izađe na kraj s nekom situacijom primjenom uobičajenih načina rješavanja problema, a koje može imati drastično pozitivan ili negativan ishod" (str. 15). Ta je definicija usmjerena na nekoliko specifičnih područja. Prvi dio definicije bavi se "privremenom" prirodom kriznih situacija. Za većinu ljudi, krize su trenutačne, prolazne i privremene. Međutim, kod nekih pojedinaca ta "privremenost" može značiti godine i godine uznemirenosti. Njihove životne krize mogu postati dijelom posttraumatskog stresa koji je dugotrajan i kroničan. Drugi pojedinci skloni su tome da određene podražaje procijene opasnim i štetnim. Oni će za mnoge okolnosti reći da su krcate krizom. Kod njih ne postoji jedna kriza, već niz "lokalnih požara" koji uporno, tijekom čitavog života opterećuju sposobnosti za suočavanje.

Drugi dio definicije odnosi se na reakciju uznemirenosti. Pojam *uznemirenost* može se proširiti tako da uključi najčešće reakcije na krizu, tj. tjeskobu i depresiju. Kad je riječ o ozbiljnijim reakcijama, valja reći da pojedinac može biti i potpuno dezorganiziran. Takva dezorganizacija može uključivati zbunjenost i smanjenu sposobnost rješavanja problema. U svom najtežem obliku, može se odnositi na kratkotrajne reaktivne psihoze. Dezorganizacija može biti kognitivna (npr. mentalna zbunjenost), ponašajna (npr. nepredvidljivo ili neobično ponašanje) ili emocionalna (npr. emocionalna nestabilnost). Pojedinčeva nesposobnost suočavanja, na što je usmjeren sljedeći dio definicije, tiče se sposobnosti rješavanja problema. Ako je nečija ravnoteža ozbiljno narušena i ako je posljedica toga neki oblik tjeskobe, tada misaona prilagodljivost slabi, zbog toga pati rješavanje problema, a kao strategije suočavanja primjenjuju se izbjegavanje i nijekanje. Primjenjujući uobičajene ili tradicionalne tehnike osobnog suočavanja s krizom, mnogi se ljudi osjećaju shrvanima. Njihovi uobičajeni načini rješavanja problema ne odgovaraju trenutačnim zahtjevima situacije (Roberts, 2000).

Zadnji dio definicije odnosi se na mogućnost pojave vrlo teških posljedica. Gubitak zdravlja, imovine ili voljenih ljudi i smrt, primjeri su takvih teških posljedi-

ca koje mogu dovesti do drastično pozitivnih ili negativnih ishoda. Negativni ishodi mogu biti gubitak samopoštovanja, gubitak poštovanja drugih ljudi ili, gledano u kontekstu kulture, gubitak "obraza". Slaiiku (1990) govori i o mogućnosti da krizna situacija ima moćne pozitivne ishode, uključujući priliku za stjecanje novih iskustava, za nov početak ili za usvajanje novih vještina, postupaka, pa čak i stjecanje novih uvida, uključujući i uvažavanje vlastite osjetljivosti na životne nedaće.

Dobri primjeri toga vidljivi su u dvjema nedavnim krizama koje su se dogodile u SAD-u: u događajima povezanim s 11. rujna 2001. i uraganom Katrina. Oba ta događaja imala su jako velike posljedice, uključujući gubitak života, zdravlja, imovine, da ne spominjemo povećanu osjetljivost na životne nedaće. Ustvari, već i samo tijekom zbivanja povezanih s 11. rujna 2001., izgubljen je najveći broj života američkih građana u jednom danu tijekom čitave naše povijesti (Roberts, 2005).

Amerikanci su iz obje te situacije naučili jako važnu lekciju, a to je da u svako doba moramo biti spremni na događaj koji prijete životu i da smo mi, kao ljudska bića, po svojoj prirodi uvijek ranjivi.

Kad se nađu u kriznoj situaciji i kad postojeće mogućnosti ne odgovaraju zadatku, ljudi se, da bi to mogli podnijeti, obično počinju oslanjati na rijetko korištene rezerve osobne snage i duha. Katkada se oslanjaju i na rijetko primjenjivane vještine koje im mogu pomoći u svladavanju krize. Ili ako imaju dodatnu prednost po tome što imaju obitelj ili socijalnu mrežu na koju se mogu osloniti za pomoć, podršku ili ohrabrenje, tada će tu mrežu koristiti za proširenje svojih mogućnosti. Osim toga, katkada traže ili stvaraju privremene sustave podrške koji će im biti korisni dok traje krizno razdoblje. Zahvaljujući širokom repertoaru strategija suočavanja sa stresom i tehnikama za njihovu primjenu, a uz podržavajući obiteljski sustav, dobre prijatelje ili dostupnog terapeuta, mnogo je lakše prebroditi moguće životne krize.

Zašto neka situacija ili događaj u jednom trenutku izazove krizu, a u drugom ne, središnje je pitanje koje leži u osnovi tretmana pojedinca koji zapadne u krizu. Strategije i tehnike djelovanja u kriznim situacijama glavna su tema ove knjige. Naš je cilj u ovom poglavlju iznijeti teorijsku i pojmovnu osnovu te argumentaciju za kognitivno-bihevioralni okvir pružanja usluga povezanih s kriznim intervencijama.

RASPRAVA

Eriksonova (1950) teorija psihosocijalnog razvoja oblikovana je kao "teorija krize" i temelji se na shvaćanju da krize nisu nužno negativne životne pojave koje ozljeđuju ili uništavaju pojedinca, već mogu biti prijelazne razvojne točke. Taj razvoj može ljude osnažiti, opremiti ih repertoarom načina suočavanja i pomoći im da budu uspješni u svim područjima života. Erikson je usto mislio da neuspjeh u rješavanju razvojnih kriza može dovesti do usvajanja nedjelotvornog stila suočavanja. Takvoj bi se teoriji vjerojatno usprotivile žrtve krize i to neposredno nakon njezine pojave. Većina žrtava katastrofe ili terorističkog napada ne razumije Eriksonovo shvaćanje krize. Njega je moguće prihvatiti tek mnogo godina nakon kriznog događaja.

Prema Eriksonovu modelu, pojedinac se tijekom svog života sreće s mnogo predvidljivih životnih kriza (Erikson kaže da ih ima osam). Ovisno o prirodi krize te o stupnju njezina ne/rješavanja, pojedinac će rasti i razvijati se u određenom smjeru. Taj rast i razvoj vode u oblikovanje idiosinkratskog pogleda na život koji prate određeni postupci, misli i emocije. Osam kriza, svaka za sebe i u međusobnim kombinacijama, obuhvaćaju gotovo sve moguće životne sheme. Razrješenje ili nerazrješenje životnih kriza potiče razvoj životnih shema o sebi, obitelji, kulturi, spolu i onih povezanih s dobi (Freeman, 1993). Te sheme potom postaju model ponašanja. Erikson smatra da je početno rješavanje kriza podložno promjeni tijekom čitavog života jer se svih osam kriza odvija istodobno, a ne jedna za drugom (starenje, smrt, bolest itd.), iako u nekom životnom trenutku jedna od njih može prevladavati (tj. krize ne počinju i završavaju u određenom razvojnom razdoblju). Ta činjenica omogućuje optimističniji pogled na trajno rješavanje krize. Ako netko nije uspio izaći na kraj s nekom krizom ili ako je nije uspio razriješiti na povoljan način, tijekom života imat će za to i druge prilike.

Razumijevajući određene vrste postupaka koji su posljedica rješavanja ili nerješavanja životnih kriza, terapeut može shvatiti stil i strategije suočavanja nekog pojedinca. Takvo razumijevanje shema temelj je djelotvornijeg oblikovanja intervencija kojima možemo pomoći pojedincima i obiteljima da razriješe postojeće krize ili da s njima izađu na kraj. Prvi i najvažniji terapeutov zadatak jest otkrivanje i pokazivanje određene sheme, razmatranje prednosti i nedostataka njezina održavanja te primjena metoda za njihovo dovođenje u pitanje ili mijenjanje. Takva usmjerenost na sheme središnja je značajka kognitivno-bihevioralnog pristupa kriznoj intervenciji.

SHEME

Sheme su pretpostavljene strukture koje vode i organiziraju obradu informacija i pomažu u razumijevanju životnog iskustva. Beck (1967, 1976) kaže da su sheme čovjekova kognitivna osnova iz koje nastaju različita kognitivna iskrivljenja koja se često vide kod klijenata. Sheme služe jačanju ili slabljenju čovjekove osjetljivosti na različite situacije. Sheme ili temeljna pravila o životu već u djetinjstvu postaju važnom silom u području mišljenja i ponašanja, a u razdoblju srednjeg djetinjstva već su jako uvriježene. One uključuju akumulaciju naučenog i doživljenog unutar obitelji, unutar vjerske skupine, etničke, spolne ili mjesne podskupine te šireg društva. Kakav će biti osobit utjecaj neke sheme na život ovisi o: 1) tome koliko je se čvrsto pridržavamo, 2) važnosti koju joj pridajemo za vlastitu sigurnost, dobrobit ili postojanje, 3) što ranijem učenju o važnosti i suštinskoj prirodi određene sheme, 4) tome koliko je ona rano internalizirana i 5) tome koliko je shema jako potkrepljivana i tko to čini.

Shema može biti aktivna ili pritajena. Sheme koje su aktivnije služe kao pravila za svakodnevno ponašanje. Pritajene sheme nastupaju na scenu da bi upravljale ponašanjem u stresnim razdobljima. Shema može biti prisiljavajuća ili neprisiljavajuća. Što je više prisiljavajuća, to je vjerojatnije da će pojedinac ili obitelj reagirati na nju.

Sheme se neprekidno mijenjaju i razvijaju. Ljudi će primati podatke iz okoline i iskustva jedino ako ih mogu upotrijebiti u skladu s vlastitim subjektivnim doživljajem. Prema tome, sheme o sebi postaju selektivne kad pojedinac zanemaruje određene podražaje iz okoline. Postoji aktivan i razvojni proces pomoću kojeg se doživljaji i kognitivne strukture primjenjuju na nove funkcije (*asimilacija*), dok se nove strukture razvijaju da bi ispunjavale stare funkcije u novim situacijama (*prilagodba*). Neki ljudi uporno koriste stare strukture ne prilagođavajući ih novim okolnostima u kojima se nađu – primjenjuju ih *kao cjelinu*, bez provjere njihove prikladnosti i tako se ni nadalje ne uspijevaju prilagoditi okolini ili izgraditi nove strukture.

Sheme su kognitivne strukture koje je moguće potanko opisati. O njima možemo zaključivati na temelju postupaka ili automatskih misli. Ponašajna komponenta sheme uključuje način na koji sustav vjerovanja upravlja reakcijama na određen podražaj ili skup podražaja. U nastojanju da promijeni određenu shemu koja postoji neko dulje vrijeme, stručnjak mora pomoći pojedincu da svoje vjerovanje razmotri sa što više stajališta. Čista kognitivna strategija neće dotaknuti ponašajnu i emocionalnu komponentu sheme. Čista emocionalna strategija ima slično ograničenje, a naravno, strogo bihevioralan pristup ograničen je svojim neuvažavanjem kognitivno-emocionalnih elemenata. U mnogo slučajeva vidljivo je da nečije sheme potvrđuju dogovorno.

Kognitivno-bihevioralni pristup usmjeren je na automatske misli i sheme. Taj se dio terapijskog rada odnosi na sustav vjerovanja, pretpostavke o sebi, svijetu, iskustvu i budućnosti te na općenita iskustva/doživljaje. Drugo težište terapije je interpersonalno i bavi se individualnim stilom odnošenja prema drugim ljudima.

Treće težište je izvanjsko, a uključuje mijenjanje ponašanja da bi se uspostavio produktivniji stil suočavanja sa stresom. To vanjsko težište uključuje učenje novih postupaka/ reakcija, iskušavanje novih postupaka, vrednovanje njihovih ishoda te razvoj i korištenje dostupnih mogućnosti.

Specifične značajke kognitivne terapije čine je idealnom za primjenu u području kriznih intervencija. Prva od njih je *aktivnost*. Tim se dijelom modela, klijenta poziva da bude aktivan sudionik u terapiji, što će mu pomoći da ponovno uspostavi osjećaj kontrole nad vlastitim životom.

Direktivnost modela također je veoma važna jer potiče terapeuta da bude aktivan i direktivan u vođenju terapije. Terapeut iznosi vlastite pretpostavke, primjenjuje vođeno otkrivanje, potiče klijenta, on je domišljata osoba i ona koja upravlja slučajem, a katkada je i klijentov zastupnik.

Struktura terapije tiče se uspostave popisa pojedinačnih problema, a on pomaže klijentu i terapeutu da razjasne kamo terapija ide i da procijene njezin napredak. Ta je struktura jako važna klijentu u krizi i u skladu je s većinom modela o provedbi kriznih intervencija (Greenstone i Leviton, 1993, Roberts, 2005).

Sadržaj i smjer terapije uspostavljaju se vrlo rano. Pošto su načinili popis problema i usuglasili se u vezi s njim te s onim što će biti u središtu terapije, terapeut i klijent strukturiraju pojedinačne susrete tako da određuju teme za razgovor i dogovaraju se o domaćim zadaćama.

Dogovor o temama za razgovor jako povećava vjerojatnost da će terapija biti uspješno provedena tijekom često vrlo kratkog raspoloživog vremena. Umjesto da terapijskom susretu dopusti da "luta bez cilja" i da krivuda, terapeut može s klijentom točno dogovoriti o čemu će se razgovarati tijekom susreta i time je terapijski rad bolje usredotočen te se djelotvornije koriste vrijeme, energija i dostupne vještine. Dogovaranje o temama za razgovor na samom početku susreta omogućuje terapeutu i klijentu da toga dana na dnevni red stave pitanja koja su im važna. Da bi mogao prorađivati ta pitanja, terapeut mora biti vješt u određivanju prioriteta i u vođenju susreta, a uzimajući u obzir klijentove potrebe. To je vještina koja se poboljšava vježbom i iskustvom. Međutim, čak i vrlo iskusan savjetovatelj može biti napet, tjeskoban i ne baš jako djelotvoran za vrijeme učenja vođenja susreta koji se temelji na zajednički dogovorenom "dnevnom redu". To je jednostavno prirodan proces prilagođavanja klijentovim potrebama i uspostave uporišta u tretmanu.

Kratkotrajnost terapije četvrti je element u kriznoj intervenciji. Istraživački protokoli za provjeru djelotvornosti kognitivne terapije obično uključuju 12 do 20 susreta u razdoblju ne duljem od 20 tjedana, iako tretman u kriznoj situaciji katkada mora biti proveden brže i nije nužno ograničen na 20 tjedana. Terapija s nekim klijentima može trajati 6, a s drugima 50 susreta. Trajanje terapije te učestalost i trajanje terapijskih susreta podložni su pregovaranju. U stručnoj literaturi vodi se i rasprava o razlozima *za* i *protiv* tehnika koje se primjenjuju u ranim intervencijama (Brom i Kleber, 1989, Foa, Herst-Iked i Perry, 1995, Schützwohl, 2000). To je nešto što terapeut mora ozbiljno razmotriti kad je riječ o djelotvornosti bilo koje intervencije.

Osim već spomenutog, na parametre tretmana utječu još i problemi kojima se bavimo, klijentove i terapeutove vještine, vrijeme raspoloživo za terapiju te materijalne mogućnosti.

Sljedeće pitanje tiče se uspostave *suradnje*. Terapeut i klijent moraju raditi kao tim. Taj je pojam dugo bio glavni oslonac kognitivno-bihevioralne terapije (Beck, Rush, Shaw i Emer, 1979). Suradnja nije uvijek uspostavljena u omjeru 50 : 50, već u radu s klijentom u krizi taj omjer može biti 70 : 30 ili 90 : 10, kada terapeut tijekom jednog susreta ili općenito u terapiji, ulaže veći dio energije ili mnogo više radi od klijenta. Što je klijent pod jačim stresom, to ima manje dostupne energije koju bi mogao koristiti tijekom terapije. Tada je u središtu terapije pomaganje klijentima da, najbolje što mogu, iskoriste svoju energiju i da poboljšaju njezine izvore.

Šesto obilježje kognitivne terapije jest da je ona *dinamičan* terapijski model. Dinamičan kognitivni pristup terapiji potiče klijentovo brzo otkrivanje misli da bi se poboljšalo razumijevanje, i to zahvaljujući većoj količini znanja, te da bi se bolje shvatile misli, vjerovanja, stavovi i uvjerenja. Rane sheme razvijaju se i mijenjaju unutar obitelji. Kognitivna obiteljska terapija može biti kontekst za opažanje tih shema na djelu (vidite Dattilio, 1993, 1998, 2005, 13. poglavlje u ovoj knjizi; Teichman, 1992).

Osim toga, kognitivna terapija je i *psihoedukativni* terapijski model. To je model usmjeren na poboljšanje vještina i suočavanja sa stresom, nasuprot modelu liječenja. Klijenti uključeni u kognitivnu terapiju mogu steći vještine za djelotvornije

izlaženje na kraj s vlastitim mislima i postupcima, koji su katkada nefunkcionalni. Umjesto da liječi, kognitivni terapeut pomaže klijentu u stjecanju različitih strategija suočavanja sa sadašnjim i budućim životnim nuždama.

Konačno, model kognitivne terapije je *socijalno/interpersonalni* model. Ljudi ne žive u socijalnom vakuumu. Odnosi pojedinca s ljudima koji su mu važni, s prijateljima i suradnicima na poslu temelje se na shemama i važne su teme u terapiji. Ako je pojedinac izoliran, tada vjerojatno postoje velike praznine u njegovoj socijalnoj mreži.

Jasno je da će do krize doći ako netko nema vanjskih mogućnosti i ako ima malo unutrašnjih snaga na koje se može osloniti. U nekim slučajevima može se činiti da pojedinac objektivno ima puno podrške, ali je ne prihvaća ili, ako osjeća beznade, doživljava je nedovoljnom i nedostupnom. U pjesmi *Richard Cory*, autora Edwarda Arlingtona Robinsona, čini se da Cory ima sve što mu treba. On je bogat, zgodan, dobro odjeven i profinjen. Međutim, unatoč tim vidljivim mogućnostima, "jedne mirne ljetne noći (Richard Cory, nap. autora) otišao je kući i ubio se pucajući si u glavu."

Da bismo istaknuli važnost razumijevanja shema pojedinca, njemu dostupnih mogućnosti i vjerovanja u njih, pogledajmo Ljestvicu socijalne prilagodbe (Social Readjustment Scale, Holmes i Rahe, 1967). U njoj se smrti supružnika pripisuje brojka 1. To se smatra najjačim stresorom i standardom o koji se odmjeravaju svi drugi životni stresori. Smrti člana uže obitelji u toj je ljestvici pripisan broj 5, a smrti prijatelja broj 17. Ako je supružnik bio jako voljen, lako je shvatljivo zašto se njegova/njezina smrt doživljava kao najstresnija situacija. Ako je riječ o posvađanom i otuđenom bračnom paru, smrt supružnika može biti kraj dugotrajnog stresa i sa sobom donijeti olakšanje, pa čak i materijalnu sigurnost. Ili u slučaju voljene osobe oboljele od smrtonosne bolesti koja je trpjela neizdrživu bol, moguća smrt tog supružnika, člana obitelji ili prijatelja može biti nešto čemu se nadamo – i zbog ljubavi i zbog brižnosti prema njemu/njoj. Takva smrt može biti veliko olakšanje zbog smirenja i prestanka muke neizlječivo bolesnog čovjeka. Dakle, u tim bi slučajevima procjena na Ljestvici socijalne prilagodbe bila niža.

Slaiiku (1990) kaže da je "kratkotrajna, vremenski ograničena terapija tretman izbora u kriznoj situaciji" (str. 98). U tom smislu, aktivna, direktivna, cilju usmjerena, strukturirana, suradnička i na rješavanje problema usmjerena priroda kognitivne terapije čini je idealnim modelom tretmana kao krizne intervencije. Tri su neposredna cilja kognitivno-bihevioralnih strategija u kriznoj intervenciji: 1) procjena važnosti krizne situacije, 2) procjena repertoara strategija suočavanja potrebnih za izlaženje na kraj s krizom i 3) oblikovanje raznolikih misli, doživljaja i postupaka. Neki ljudi imaju slabo razvijene vještine rješavanja problema. Tada je nužno izravno poučavanje boljim vještinama rješavanja problema. Drugi posjeduju strategije i tehnike rješavanja problema, ali nisu dovoljno svjesni tih svojih sposobnosti. U prvoj situaciji potreban je pristup usmjeren na ponašanje, dok je u drugoj nužan više kognitivni pristup.

Primjenjujući prije spomenutu Slaikeovu (1990) definiciju, može se reći da postoji nekoliko mogućih točaka za intervenciju. Početna točka je uviđanje da situacija

koja izaziva uznemirenost i dezorganizaciju ima *ograničeno trajanje*. To podrazumijeva da je, dugoročno gledajući, moguće "pričekati" da ona okonča. Na primjer, klijentima koje muče panični napadaji teško je gledati dugoročno budući da im stalna prisutnost fizioloških simptoma i pogrešno tumačenje opasnosti usmjera-vaju pažnju na "ovdje i sada" (vidjeti Dattilio i Kendall, 3. poglavlje u ovoj knjizi). Oboljelima od paničnog poremećaja čini se nemogućim čak i zamisliti da bi pričekali prestanak tjelesnih simptoma te da ne bi reagirali bijegom. Rad s klijentom na tome da situaciju nauči promatrati dugoročno, može pomoći u ublažavanju doživljaja kri-ze. Doživljaj neposredne opasnosti i potreba da se ona izbjegne, navodi oboljele od paničnog poremećaja da postupaju na samoporažavajuće načine, a s krajnjim ciljem spašavanja vlastita života.

Druga točka intervencije odnosi se na *uzrujanost*. Jasno je da kad situacija ne bi bila uznemirujuća, ne bi bilo ni krize. Uzrujanost izaziva doživljaj koji može biti do-veden u pitanje ili osporen. Pogledajmo primjer poslovnog čovjeka koji kaže da je u krizi zbog ekonomske krize i moguće propasti njegove tvrtke. On kaže da svaku po-misao na gubitak posla proširi tako da se odnosi na gubitak svega i svačega. Tada za-mišlja da gubi kuću, automobil, suprugu, djecu, samopoštovanje i poštovanje drugih ljudi. Po njegovu mišljenju, živjet će na ulici, u velikoj kartonskoj kutiji smještenoj na ventilacijskom otvoru. Njegova uzrujanost ne pojavljuje se toliko zbog stvarnih teškoća koje ima na poslu, već više zbog njegova katastrofična stila razmišljanja.

Treća točka intervencije povezana je s *dezorganizacijom*. Ako su nečije misli, postupci i emocije zbrkani i dezorganizirani, jasno je da će terapijska strategija biti nudenje određene strukture i okvira za rješavanje problema. Terapeut mora biti svje-stan toga da su zbrka i dezorganizacija uobičajene teme u gotovo svim psihičkim teškoćama. Klijentove pritužbe da "mora ponovno staviti na kup svoj život/glavu/brak" vrlo su česte. Kod klijenata koji imaju osjećaj da su u krizi, takvo skupljanje dijelova ili komadićaka života obično je prilično hitno. Model kognitivne terapije osobito je koristan u radu s dezorganiziranim klijentom. Na primjer, žena koja je silovana tijekom izlaska s muškarcem, misli da je jedino što može učiniti napušta-nje posla i školovanja. Preplavljena je mislima, slikama i osjećajima povezanim sa silovanjem. Dodatno je zbunjuju proturječni savjeti i informacije koje dobiva od drugih ljudi, što je pomiješano s pravnim pitanjima i prijetnjama. Kaže da njezina reakcija nalikuje na bježanje u deset pravaca istodobno. Ni na jednom od njih ne dobiva odgovore i ne nalazi mir.

Svatko od nas upotrebljava ograničen repertoar tehnika za izlaženje na kraj sa životom. Naš svakodnevni život prilično nam je poznat i udoban. Kad postupamo na određene načine, možemo očekivati određene posljedice. Ako, na primjer, netko ujutro sjeda u automobil i kreće na put u 6.30 sati, vjerojatno će promet na cesti biti slab. Međutim, ako iz kuće izlazi u 8.00 sati, vjerojatno će se naći u najvećoj prometnoj gužvi. Nakon toga će znati da mora ranije izaći iz kuće da bi se izbjegla "kriza" u jutarnjem prometu. Ako živi u području gdje ima puno snijega, znat će da je vožnja po snijegu dio rizika ili cijena koju mora platiti zbog življenja u tom području. U najboljem slučaju, s tim će izlaziti na kraj tako što će imati automobil-

ske gume za snijeg, pijesak u prtljažniku, lopatu, pogon na sva četiri kotača, deku i signalne rakete. Kad snijeg padne u području koje za to nije pripremljeno, tada čak i njegov vrlo tanki sloj postaje krizom velikih razmjera.

Zadnja točka u intervenciji jest pomoć pojedincu da *smanji mogućnost drastičnog ishoda*. Ako je ishod neugodan, a ne katastrofičan, kriza će biti mnogo slabija.

PROCJENA

Kao u svim drugim slučajevima, tako je i u kriznim situacijama procjena iznimno važna, osobito zato što u određenom trenutku ta situacija može biti jako bitna i može zahtijevati gotovo trenutačnu reakciju. Procjenu otežava to što mora biti provedena gotovo triput brže nego u uobičajenim tretmanskim uvjetima, a katkada, i u vrlo teškim okolnostima. Kad je krizna situacija takva da nije moguće primijeniti službena sredstva procjene, tj. inventare ili upitnike, predlaže se provođenje strukturiranog intervjua. Greenstone i Leviton (1993) predlažu pridržavanje sljedećih pravila:

1. Neposrednost. Intervencija obično počinje u trenutku kada pomagač sretne osobu u krizi. Tada je nužno odmah pokušati procijeniti situaciju, ublažiti tjeskobu, spriječiti daljnju dezorijentaciju i osigurati da žrtva ne ozlijedi sebe ili druge ljude.

2. Preuzimanje kontrole. Važno je da pomagač bude jasan glede toga što i koga nastoji kontrolirati. Svrha preuzimanja kontrole nije svladati ili preplaviti žrtvu, već joj pomoći da uvede red u kaos koji je u trenutku krize nastao u njezinu svijetu. Osoba koja provodi kriznu intervenciju daje potrebnu strukturu sve dok žrtva ne bude u stanju sama preuzeti kontrolu. Prema tome, važno je oprezno stupiti na scenu krize.

Polagano i oprezno prilaženje kriznoj situaciji može spriječiti nepotrebnu bol, a stručnjaku može dati vremena da mentalno apsorbira ono s čime se sreće. Važno je da stručnjak poduzme sve kako bi ostao stabilan, podržavajući i sposoban uspostaviti strukturiranu okolinu. To katkada uključuje osobnu prisutnost, zajedno s kontrolom vlastite snage, i nastojanje da se krizna situacija smiri te da se postigne određena emocionalna kontrola nad žrtvom. Istraživanja obično pokazuju da žrtva povoljno reagira na strukturu i na ljude koji je nude ako osjećaju da je stručnjak koji vodi razgovor, autentičan i iskren.

3. Procjena. Intervencija obično uključuje brzu procjenu koja se provodi na licu mjesta. To znači pokušaj razumijevanja toga kako je i zašto netko baš u tom trenutku zapao u krizu te kojim se specifičnim problemom valja prvo pozabaviti. Procjena uključuje prepoznavanje sviju varijabli koje bi mogle nepovoljno djelovati na proces rješavanja problema i upravljanje njima.

Najvažnije je pitanje kako pomagač može biti najdjelotvorniji u najkraćem mogućem vremenu. Prema tome, umjesto da prikupljamo opsežne podatke o klijentovoj povijesti, usmjeravamo se na procjenu trenutačne krize i zbivanja koja su se događala nekoliko sati prije krize. Drugim riječima, jako je važno utvrditi događaje koji su prethodili krizi.

Konstruirano je mnogo upitnika koje je moguće primijeniti u kriznim situacijama, iako, nažalost, nema dovoljno standardiziranih instrumenata s dobrim psihometrijskim osobinama koje bi stručnjaci u području duševnog zdravlja mogli koristiti radeći s ljudima u krizi.

Jedno sredstvo za brzu procjenu psihičke traume i teškoća u suočavanju s krizom je Ljestvica za procjenu stanja krize (Crisis State Assessment Scale, Lewis, 2002). Ta je ljestvica još uvijek u procesu validacije, a sadrži ranije spomenute konstrukte i upotrebljava se za predviđanje ili procjenu jačine kriznog stanja. To sredstvo procjene može biti korisno u prvom kontaktu s osobom u krizi i to kao pomoć u usmjeravanju budućeg tretmana.

Sljedeći upitnik je izmijenjeni oblik Predložka za strukturirani klinički intervju za DSM-IV (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994¹). Riječ je o skraćenom obliku Predložka za strukturirani klinički intervju koji pomagaču omogućuje djelotvorniju procjenu u kriznoj situaciji (Spitzer i Williams, 1986). Osim toga, postoje i druge ljestvice kao što su Ljestvica za procjenu smrtonosnosti Američke akademije pomagača u krizi (American Academy of Crisis Intervenens Lethality Scale, Greenstone i Leviton, 1993, str. 19-20). Tom je ljestvicom moguće brzo procijeniti smrtnu opasnost u kriznoj situaciji, i to zbrajanjem bodova te usporedbom ukupnog rezultata s kriterijem.

4. Odlučivanje o tome kako postupiti u kriznoj situaciji nakon procjene. To u biti uključuje upotrebu sadržaja prikupljenog u fazi procjene te odlučivanje o načinu i smjeru intervencije. Ova faza može uključivati i istraživanje mogućnosti koje pojedincu u krizi stoje na raspolaganju te bavljenje kriznom situacijom u tom trenutku ili, po potrebi, slanje klijenta drugom stručnjaku.

Čitatelje upućujemo na druga poglavlja u ovoj knjizi radi detaljnijeg prikaza različitih sredstava procjene upotrebljivih u određenim kriznim situacijama.

TRETMAN

Očito je da su modeli kratkotrajne psihoterapije tretman izbora u uvjetima krize. Postoji nekoliko modela kratkotrajne psihoterapije, međutim cilj sviju jest uklanjanje i ublažavanje specifičnih simptoma u što kraćem vremenu. Intervencija može dovesti do određene rekonstrukcije ličnosti, ali to se ne smatra najvažnijim ciljem (Aguilera, 1990).

Usmjereni kognitivno-terapijski pristup ima pet faza. Prva je uspostava odnosa s klijentom, što je u skladu s pojmom suradnje iz kognitivnog modela. Klijent se mora osjećati dovoljno ugodno da bi mogao slobodno davati podatke o krizi u kojoj se trenu-

¹ Hrvatski prijevod: *DSM-IV, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: Američka psihijatrijska udruga* (1996.), Naklada Slap, Jastrebarsko (nap. prev.).

tačno nalazi. Terapeutovi postupci pomažu u uspostavi takvog odnosa. Terapeut mora klijentu pokazivati nevrednujući stav te svoju zainteresiranost za njegov problem. Povjerenje se lakše uspostavlja kad je klijent u teškoj krizi; takav klijent već pri prvom susretu s terapeutom osjeća određeno povjerenje prema njemu, pa odnos neće biti jako teško uspostaviti. Međutim, kad je riječ o slabijoj krizi, odnos je osobito važan aspekt procesa savjetovanja budući da se on tada obično teže uspostavlja.

Druga faza je početna procjena ozbiljnosti krizne situacije. Takva procjena omogućuje terapeutu da shvati kakva neposredna tjelesna opasnost prijeti klijentu. Ona može pomoći i u razumijevanju klijentovih shema. Terapeut mora odrediti i smjer djelovanja. Konačno, mora pomoći klijentu u prepoznavanju specifičnih teškoća koje ovaj osjeća. Klijentova zbunjenost i dezorganizacija često mu otežavaju prepoznavanje problema. Terapeut mora poduzeti sve što može da bi ljudima pomogao u specifičnim područjima koja su im problem, nasuprot pokušajima da se bavi hirovima "depresije", "tjeskobe" ili "komunikacijskih teškoća". Međutim, važno je ne usmjeriti se prerano na jedan točno određen problem jer tada postoji mogućnost previđanja neke druge važne teškoće. Stvaranje popisa teškoća pomaže nam u usmjeravanju na specifično, ali u okviru šireg konteksta.

Nakon utvrđivanja problema, treća faza uključuje pomaganje klijentu u procjeni i pokretanju vlastitih snaga i mogućnosti. To se može postići prepoznavanjem najbližih prijatelja koji mogu pomoći, ali i prepoznavanjem unutrašnjih snaga i mogućnosti koje osoba u krizi lako može previdjeti. Iznimno je korisno imati pri ruci *meni/ponudu* kognitivnih i ponašajnih mogućnosti.

U četvrtoj fazi terapeut i klijent moraju zajednički raditi na stvaranju pozitivnog plana djelovanja (suradnja i rješavanje problema). Bitan aspekt te suradnje uključuje jačanje klijentove posvećenosti provedbi plana djelovanja. U tom trenutku dobro je primijeniti tehniku rješavanja problema. Ako je priroda krize takva da rješavanje problema nije prikladan način djelovanja, nužna je posljednja faza. U tom trenutku terapeut može postati klijentov "zastupnik" i tada mu mora izravnije pomagati u donošenju odluka.

Peta faza uključuje provjeru različitih zamisli i novih postupaka. U njoj može biti procijenjena djelotvornost novih tehnika suočavanja sa stresom, a u skladu s procjenom neke od tih strategija mogu biti i izmijenjene.

KLIJENTI U KRIZI

Terapeut koji radi s klijentima u krizi nalazi se pod osobitim pritiskom. Vrlo često javlja se *sindrom sagorijevanja na poslu*. Terapeut često nema kada i gdje dati oduška svojoj frustraciji i uzbuđenosti, što u njemu može izazvati doživljaj krize. Mnogo je lakše reći: "Terapeute, izliječi samoga sebe" nego to i postići. Terapeuti koji se bave krizom, trebaju vršnjачku superviziju ili neku priliku za otpuštanje pritiska zbog rada s klijentima u krizi. Čitatelje upućujemo na Millera (4. poglavlje u ovoj knjizi o traumatiziranim psihoterapeutima), koji detaljnije raspravlja o tom pitanju.

Krizna intervencija često je jedina čvrsta karika za koju ljudi u krizi vjeruju da im je još preostala. Čak i kad krizna situacija ne uključuje smrt, klijent često osjeća da je na neki neodređen način ugroženo njegovo postojanje. Kad pojedinac dosegne vrhunac svoje emocionalne uzbuđenosti, terapijsko okruženje može se smatrati jedinom vezom s preživljavanjem, ma kako ona bila slabašna. Klijentu koji je navikao na primanje podrške, odluka o traženju stručne pomoći manje je zastrašujuća. Klijenti prečesto ne traže pomoć, sve dok teškoće ne dosegnu razmjere krize. Kad je riječ o ovisnijim klijentima, traženje pomoći može biti pretjerano razvijeno kao strategija suočavanja sa stresom (Beck, Freeman i sur., 1990). Takvi klijenti svaku teškoću vide kao moguću krizu i zbog toga često traže pomoć i trebaju podršku. Nasuprot tome, samostalniji klijent može izbjegavati traženje pomoći bojeći se terapeutova ismijavanja ili kritike.

S obzirom na potrebu za razmjerno brzim razumijevanjem situacije i interveniranjem, klijente u krizi dijelimo u sljedećih pet općih skupina:

1. Adolescentni stil. Takvi klijenti mogu i ne moraju biti u adolescentnoj dobi. Oni općenito doživljavaju veće životne promjene povezane sa slikom o sebi. Iznimno jako oklijevaju pokazati ikakav znak koji bi mogao govoriti o njihovoj ovisnosti, ranjivosti, slabosti ili nedostatku samopouzdanja. Zbog toga, svaki zahtjev za pomoć doživljavaju kao jaku prijatnu svojoj slici o sebi. Tipične sheme takvih ljudi vrte se oko pitanja gubitka, ovisnosti i straha.

2. Klijent sklon izoliranju. Ti su pojedinci obično toliko uznemireni da im nedostaje bilo kakva motivacija za uspostavu kontakta s drugim ljudima. Njihova se kriza vrti oko socijalnih interakcija ili nedostatka uključenosti u društvo. Njihovi problemi često uključuju nedostatak socijalnih vještina, strah od odbacivanja, pasivnost i apatiju. Zahvaljujući usvojenim shemama, odbijaju svaki kontakt s drugim ljudima, sve dok ne dobiju potpunu garanciju da će biti priznati ili podržani.

3. Očajan pojedinac. Takvi su klijenti mnogim autorima primjer ljudi s kojima valja provoditi kriznu intervenciju. Nakon što dožive kakav iznenadni psihički šok, osjećaju očajničku potrebu za nekom vrstom trenutne pomoći. Taj šok može biti uzrokovan nesrećom u okolini ili psihičkim gubitkom. Očajni će pojedinac zbog šoka najvjerojatnije izgubiti kontakt sa stvarnošću ili će on biti ozbiljno uzdrman. Terapeut može biti njegova veza sa stvarnošću. Takvim je ljudima često već i sâm zvuk brižnog i zainteresiranog glasa dovoljan da ih izvuče iz stanja očaja. Na primjer, jedan terapeut govori o susretu s klijenticom u krizi. Terapeut je produžio susret tako da traje dvostruko dulje nego inače kako bi ženu odvratio od samoubojstva. U jednom trenutku ona je zatražila cigaretu. Partner s kojim terapeut dijeli ured je pušač i u ladici stola imao je kutiju cigareta. Terapeut je klijentici ponudio cigaretu, a i sâm je jednu popužio iako već godinama ne puši. Kad mu se učinilo da je klijentica u stanju prebroditi krizu, terapeut je završio susret i dogovorio još jedan za sljedeći dan. Kad je klijentica sutradan došla, bila je mirnija i manje zbunjena. Na terapeutovo pitanje o njezinoj reakciji na jučerašnji susret, odgovorila je: "Ne sjećam se ničega o čemu smo razgovarali. Sve čega se sjećam jest da ste mi dali cigaretu."

4. Klijent u krizi koji traži samo jedan susret s pomagačem. Takvi su klijenti inače normalni i emocionalno stabilni ljudi. Iako ljudi doživljavaju različite vrste kriza,

na terapiju se javljaju zbog specifičnih razloga. Najčešće traže pomoć u izlaženju na kraj s određenom kriznom situacijom. Sebe najčešće doživljavaju kao nekoga tko traži tuđu pomoć dok prolazi kroz neku trenutačnu situaciju. Zbog toga je kratkotrajan kognitivni pristup osobito prikladan. Takvi pojedinci jednostavno traže kakav izravni savjet ili nekoga tko će im biti zvučna kulisa koja će im pomoći da razmotre različite planove djelovanja koje su vjerojatno već sami načinili.

5. Kronični klijent. Takvi klijenti traže terapiju zbog još jednog od mnogih "lokalnih požara". U tom slučaju terapija znači da će u svako doba moći nazvati i da će tada uvijek naći nekoga tko će ih saslušati i pomoći im da prebrode krizu u koju su upali tog dana. Ovdje podsjećamo na Konfucijevu misao o tome da kad nekome damo ribu, tada ta osoba ima hrane za jedan dan, ali ako je naučimo pecati, tada može sama sebe prehraniti. Tu je vrstu klijenata dugotrajna povijest terapijskog kontakta poučila da sami ne moraju naučiti izlaziti na kraj s nevoljama. Mogu pristupiti i tada će to za njih učiniti njihov terapeut.

Upotreba tehnika kognitivne terapije u kriznoj intervenciji pruža mogućnost klijentima da prime pomoć, ali i terapeutima da pokažu svoju sposobnost nudenja pomoći. Klijent se često osjeća nesposobnim da promijeni svoje životne okolnosti ili nemotiviranim za rješavanje problema i traženje rješenja. Zajedničkim i aktivnim radom na prepoznavanju kognitivnih iskrivljenja i automatskih misli te nudenjem različitih mogućnosti, terapeut može takvim klijentima pružiti nadu da će njihove, prividno nerješive, nevolje biti uklonjene.

Kognitivno-bihevioralna terapija je privlačna "jer je većina pojmova povezanih s kognitivnom i bihevioralnom terapijom u skladu s općeprihvaćenim poimanjem ljudske prirode, pa ih i novopečeni terapeut može lako usvojiti" (Beck, 1976, str. 318). Teorije kognitivno-bihevioralne terapije lako se prikazuju i, što je najvažnije, veza između terapije i prakse posve je jasna. Zahvaljujući tome što ih je lako naučiti, tehnike kognitivne i bihevioralne terapije omogućuju terapeutu da mu rad u području kriznih intervencija pruža veće zadovoljstvo.

VAŽNA PITANJA POVEZANA S KRIZNOM INTERVENCIJOM

Povjerljivost

Pitanje povjerljivosti vrlo je osjetljivo; jako je važno znati kada povjerljivost treba sačuvati, a kad je treba prekršiti (opširniju raspravu o tom pitanju možete naći kod VandeCreek i Knapp, 21. poglavlje u ovoj knjizi). Iako povjerljivost u velikoj mjeri ovisi o terapeutovoj prosudbi i preciznoj procjeni ozbiljnosti situacije, postoji i opći skup etičkih pravila. Životno ugrožavajuća situacija jest kad je klijent u opasnosti da doživi tjelesnu ozljedu ili smrt. Kad terapeut utvrdi da je riječ o životno ugrožavajućoj situaciji, on etički više nema obvezu povjerljivosti i tada može pribjeći različitim mogućnostima. Na primjer, ako je riječ o krizi ili hitnom slučaju (npr. ubojstvo ili samoubojstvo), terapeut će možda morati pozvati policiju ili zahtijevati da mu klijent kaže ime bračnog partnera, prijatelja, osobe s kojom dijeli sobu, roditelja ili neke druge

važne osobe koja može biti koristan izvor podrške ako ona bude potrebna. Pojedinaac koji je u krizi može popis takvih ljudi dati tijekom tretmanskog procesa.

Kognitivno funkcioniranje

U pojam “kognitivno funkcioniranje” uključujemo inteligenciju, sposobnost razumijevanja i obrade informacija te sposobnost razumijevanja praktičnih i apstraktnih pojmova krize, bolesti, ozljede i zdravlja. Dezorganizacija klijenta u trenutku krize može dovesti do izmjena u terapijskom pristupu.

Ako, primjerice, klijent ili članovi obitelji nemaju dovoljno znanja potrebnog za razumijevanje prirode trenutačne traume, važno je potruditi se da objašnjenja budu što jednostavnija. Katkada podrazumijevamo da su žargon, složena medicinska objašnjenja, skraćeni opisi ili apstraktni pojmovi razumljivi, ali ustvari, oni ne pomažu klijentu i njegovoj obitelji koji su zbunjeni zbog događaja, tretmana i posljedica traumatskog događaja (ili tretmana).

Jako je važno objašnjenja govoriti na materinskom jeziku članova obitelji i unutar konteksta njihovih kulturalnih vrijednosti. Prevoditelji koji rade u službama za podršku traumatiziranima, moraju biti osposobljeni za bavljenje praktičnim i emocionalnim potrebama klijenata i njihovih obitelji te moraju znati na jasan i lako “probavljiv” način prevoditi psihološke pojmove koje terapeut upotrebljava (Dattilio, 1999).

► *Prikaz slučaja*

Šestogodišnjeg Ramona udario je automobil dok se igrao na ulici. Brzo je odvezen u bolnicu i zadržan je na liječenju u jedinici hitne medicinske pomoći. Bio je pri svijesti, ali je imao nekoliko rana iz kojih je jako krvario. Njegova majka koja ga je pratila u vozilu hitne pomoći, bila je izvan sebe. Govorila je španjolski i zahtijevala je objašnjenje o tome što se događa s njezinim sinom. Hoće li preživjeti? Hoće li moći ponovno hodati? Premda su liječnici razumjeli njezina pitanja, bilo joj je teško objasniti prirodu tretmana i činjenicu da je potrebno određeno razdoblje promatranja i skrbi. Osim što je bila jako uzrujana, ta je žena bila neobrazovana i “jednostavna uma”. Medicinska sestra koja govori španjolski, nije joj uspijevala objasniti sinovljeve teškoće i tretman, ali osmogodišnja djevojčica koja govori španjolski, a koja je bila u čekaonici, ponudila je svoje usluge prevoditelju. Djevojčica je razumjela engleski i španjolski, a kad su joj objasnili sve o tretmanu, mogla ga je dječakovoj majci ispričati tako da ga i ona shvati te je tako kriza ublažena.

Tugovanje

Svaki gubitak smanjuje sposobnosti izlaženja na kraj s nevoljama. Hitni slučajevi su katkada takvi da dovedu do gubitka člana obitelji zbog smrti ili do privremenog gubitka člana obitelji koji je smješten u bolnicu. Osim toga, posljedica gubitka može biti i slabljenje misaonih sposobnosti, tjelesnih vještina ili spretnosti, gubitak dijelova tijela i intelektualnih ili tjelesnih mogućnosti.

Terapeut mora prepoznati stvarne i zamišljene gubitke te raditi izravno na njima. U nekim slučajevima, članovi obitelji odbijaju prihvatiti činjenicu da im se dogodio gubitak. Terapeut mora hodati po crti koja dijeli održavanje nade i suočavanje sa stvarnošću, potičući traženje tretmanskih mogućnosti, uz istodobnu procjenu vjerojatnosti uspjeha te pripremajući se na najgore, a nadajući se najboljemu.

Klijentu treba pomoć u razumijevanju procesa tugovanja, treba mu pomoć u prihvaćanju toga da svaki gubitak treba odtugovati te da je tugovanje normalan, prirodan i potreban proces. Često je jako važno nastaviti pratiti klijenta jer nakon gubitka i početnog tugovanja, obično slijedi novi proces tugovanja, koji katkada počinje dugo nakon trenutačne krize. U mnogim slučajevima postoji tzv. "učinak spavača" kada potpun učinak gubitka ne postaje vidljiv, sve dok klijent zaista ne shvati da važne osobe više nema.

► **Prikaz slučaja**

Alexander (62 god.) dovezen je vozilom hitne pomoći u službu hitne medicinske pomoći jer je u svom domu doživio moždani udar. Sara, njegova supruga, koja je 41 godinu bila s njim u braku, nazvala je 911² i ostala je s njim na hitnoj pomoći. U početku se nije znalo hoće li Alexander preživjeti. Nakon pregleda i nakon što mu je stanje stabilizirano, liječnici su utvrdili da je moždani udar bio veoma jak i da su mu oštećena motorička područja i područja za govor.

Alexander je od odlaska u mirovinu do danas bio tjelesno aktivan; on i Sara igrali su golf tijekom čitave godine – kad god su to vremenske prilike dopuštale. Alexander je i svakodnevno trčao. Sara je neprekidno ponavljala: "On će uskoro ponovno trčati. Vidjet ćete. On nikada nije bio bolestan." Kad su joj liječnici rekli da je pred njim dugotrajno razdoblje oporavka, fizikalne terapije, a vjerojatno i terapije govora te učenja jezika, Sara je nastavila ponavljati svoju mantru o njegovu brzom oporavku. Cilj krizne intervencije bio je pomoći Sari da izgradi pozitivan stav, uz istodobno uzimanje u obzir stvarnosti oštećenja koje je doživio njezin suprug. Kad bi zadržala nerealistična očekivanja, kad bi odbijala tugovati zbog gubitka muškarca kojeg poznaje 43 godine ili ako bi pred Alexandra postavljala zahtjeve kojima on ne bi mogao udovoljiti, tada bi se pojavili ozbiljni međuljudski i unutrašnji sukobi.

Premorbidna ličnost, životni stil i interesi

Osobit stil ophođenja s ljudima, životni izbori ili unutrašnji sukobi često su kontekst za razumijevanje klijentove ili partnerove reakcije na krizu. Ovisni ljudi često na traumu reagiraju tako da traže pomoć, ohrabrenje ili utjehu. Ljudi koji su neo-

2 Pozivom na telefonski broj 911 stanovnici SAD-a stupaju u kontakt sa službom koja reagira u različitim hitnim slučajevima šaljući na mjesto događaja policiju, liječnike ili vatrogasce. (nap. prev.)

visniji katkada se opiru pomoći, odbijaju tretman i općenito izbjegavaju terapiju govoreći: “Bit ću dobro”, “Samo me (nas) ostavite na miru”, “Ja (mi) to mogu (možemo) sam(i)”. U drugim slučajevima premorbidna ličnost nije baš dobar prediktor emocionalnih reakcija na traumu. Na primjer, “jaka, tiha osoba” pod stresom, postaje bespomoćna i ovisna, dok slabi i bespomoćni ljudi pokazuju unutrašnju snagu i jakost na koju se tijekom krize može osloniti čitava obitelj. To se može objasniti postojanjem pritaženih shema (Freeman, 1993, Freeman i Leaf, 1989) koje se aktiviraju u uvjetima stresa izazvanog traumom. Međutim, nakon uklanjanja tog stresa, pojedinac se obično vraća na svoj raniji način funkcioniranja.

► **Prikaz slučaja**

Sal je 51-godišnji muškarac koji je vozio automobil po mokroj autocesti kad ga je odostrag udario kamion s prikolicom. Doživio je tešku ozljedu glave i nije bilo sigurno hoće li preživjeti. Obitelj je bila zabrinuta zbog njegove supruge Alice. Mislili su da ona neće preživjeti njegovu smrt. Govorili su: “Ona ga treba. Ona se ne zna brinuti za sebe. Ona ima ozbiljne zdravstvene teškoće.” Sal je na kraju umro od posljedica prometne nesreće, ali upravo je Alice bila očita podrška ostatku obitelji. Neposredno nakon Salove smrti, ona je bila dorasla situaciji pružajući podršku svojoj djeci i drugim rođacima. Svoju slabost i popustljivost koje je pokazivala čitavog života sada je ostavila po strani kako bi se mogla brinuti za druge. Tu je snagu zadržala nekoliko tjedana. Međutim, ubrzo nakon toga doživjela je “živčani slom” i smještena je u bolnicu na psihijatrijski odjel. Postala je depresivnom, bespomoćnom i ovisnom tražeći pomoć medicinskog osoblja za gotovo sve što je činila tijekom dana.

Raskorak između stvarnih i očekivanih teškoća u suočavanju sa stresom

Važno je što bolje pojasniti raskorak između stvarnih i predviđenih teškoća u djelotvornom suočavanju sa stresom. Za klijenta je ključno da bude realističan u svojim očekivanjima glede suočavanja sa stresom, oporavka i preživljavanja.

► **Prikaz slučaja**

Al, 39-godišnji građevinski radnik, ozlijeđen je zbog rušenja dijela svoje kuće na čijoj je obnovi radio. Djelatnici hitne medicinske pomoći brzo su ga odvezli u bolnicu, nakon što su ga prethodno stabilizirali te mu imobilizirali leđa, vrat i glavu. Prilikom prijma u bolnicu, izjavio je da ne osjeća noge. Kad su njegovoj supruzi telefonom javili što se dogodilo, ona je zajedno sa svojom majkom i troje djece (2, 3 i 5 godina) dojurila u bolnicu. Usprkos uvjerenjima da testovi i rendgenske snimke pokazuju da nema oštećenja i da je prognoza za Alov potpun oporavak dobra, njegova supruga i punica bile su negativistički nastrojene i pesimistične glede toga da će on ikada više hodati. Obitelj je Ala doživljavala kao kvadriplegičara – kao osobu koja neće moći raditi, koja će biti osuđena na invalidska kolica, koja neće moći sama jesti i brinuti se o sebi te koja će na kraju umrijeti. Iako je Al ubrzo počeo pomalo osjećati svoje noge, njihovo je uvjerenje bilo da kriza tek počinje.

Poticanje čak i malih terapijskih postignuća

Depresija je česta prateća pojava krize. Negativno gledanje na sebe ("Nisam u stanju izaći s tim na kraj"), na svijet i životno iskustvo ("To je nepravedno; zašto mi se to dogodilo?") te negativan pogled na budućnost ("Uvijek će mi biti tako; umrijet ću") uzroci su depresivnog raspoloženja (Beck i sur., 1979, Freeman, Pretzer, Fleming i Simon, 1990). Klijentova svijest o depresivnoj simptomatologiji, slabi djelovanje terapijskih strategija namijenjenih prepoznavanju područja s najvećim teškoćama i što bržem usmjeravanju na njih. Važno je uočiti i poticati svaki, pa i najmanji pomak ili poboljšanje u izlaženju na kraj s krizom. Takvo poticanje može popraviti klijentovo raspoloženje. Klijente je potrebno upoznati s kognitivnim modelom i pomoći im da počnu prepoznavati svoje automatske misli i sheme.

► Prikaz slučaja

Marla je došla na terapiju zbog gubitka odnosa. Kad joj je zaručnik rekao da se više ne želi vjenčati s njom, Marla je na to reagirala pokušajem samoubojstva. Nekoliko dana bila je u bolnici zbog prekomjerne količine popijenih lijekova. Uzela je smrtonosnu količinu lijekova, ali policija ju je pronašla živu nakon što je, po pozivu njezine majke, provalila u stan. Prije nego što se predozirala lijekovima, Marla nije odlazila na posao i bila je beznadna glede svog oporavka. Pred sobom je vidjela samo mračne, tmurne i prazne dane. Jedini izlaz iz toga bila je smrt.

Kako je Marla postajala sposobnijom na drukčiji način promatrati krizu uzrokovanu prekidom odnosa sa zaručnikom, terapeut joj je pomogao da dovede u pitanje neke od misli koje su je bacale u depresiju (npr.: "Nikada više neću pronaći nekoga tko će me toliko voljeti kao on."; "Moja mi ljubav nikada neće biti uzvraćena."; "Nikada neću imati djecu."; "Ništa ne vrijedim."). Dovođenjem u pitanje takvih misli, Marlina depresija je oslabjela i ona je rjeđe razmišljala o samoubojstvu.

Sljedeći korak bio je zaviriti iza trenutačne krize i pomoći Marli da se "cijepi" od toga da na buduće gubitke reagira na isti način.

Isticanje važnosti suradničkog terapijskog odnosa

Terapeut mora biti doživljen kao topao, podržavajući, kompetentan i razuman pojedinac te mora raditi na uspostavi i održavanju radnog saveza. Zbog prirode krize, važno je odmah uspostaviti odnos s klijentom. Pritom je najvažniji element suosjećanje. Kad je klijent u krizi, sažalijevanje obično ima nepovoljan učinak na sveukupan terapijski rad. U klijentovu životu vjerojatno postoje mnogi drugi ljudi koji nude suosjećanje. Klijentu treba netko tko će moći ući u njegovu unutrašnju stvarnost i potom ponuditi podršku i strategije za uspješno suočavanje s njom.

► Prikaz slučaja

Mary je izgubila obitelj u požaru kuće. Osjećala se silno krivom što nije poginula zajedno sa svojom djecom i suprugom. Susjedi su joj izražavali sućut, njezin ju

je svećenik nekoliko puta posjetio u bolnici da bi joj rekao koliko je tužan i da bi pokazao svoje suosjećanje, a pisane izraze sućuti dobivala je i od školskih prijatelja svoje djece. Ništa od toga nije joj pomagalo. Nakon što je pokazala da je ljuta zbog još jedne pisane poruke o sućuti, sestra ju je upitala: "Što želiš od tih ljudi? Oni daju sve od sebe da ti pokažu kako se osjećaju." Mary je odgovorila da svi pokazuju kako se osjećaju, a da se nitko ne trudi shvatiti kako je njoj.

Prepreke klijentovu osnaživanju

Oснаživanje je iznimno važno kad je riječ o radu s klijentima u krizi. Njima treba pomoći da prepoznaju svoje pravo i sposobnost da budu osnaženi. Cilj osnaživanja može biti ograničen time kako se ono klijentu prikazuje, njegovom primjenom ili pogrešnim razumijevanjem tog pojma ili modela.

Po definiciji, osnaživanje podrazumijeva da jedna osoba ili ustanova daje, nudi, omogućuje ili dopušta drugoj osobi da ima moć ili da je stekne. Ta definicija pretpostavlja da davatelj moći može ponuditi moć ili dopustiti njezino posjedovanje. Ona dalje podrazumijeva da je primatelj voljan primiti ponudenu moć. Ona može biti povezana s poslom ili s preuzimanjem života, odnosno životnih okolnosti u vlastite ruke. Bez obzira na svoj poželjan cilj te na dokazanu vrijednost i usmjerenost na jednakost, osnaživanje može biti osuđeno na propast, i to zbog različitih razloga. Za uspješnost osnaživanja, ključna je sposobnost postizanja promjene u sebi i/ili u obitelji. Promjenu u sebi prečesto otežavaju ponavljajuće, stilske pogreške u osobnoj obradi informacija. Jednostavno rečeno, možemo činiti pogreške u procjeni, razmišljanju ili u doživljavanju. Postoji mnogo primjera ljudi koji su pametni, sposobni, obrazovani, talentirani i koji imaju moć zapažanja, ali koji uporno čine iste greške i zbog toga zapadaju u krizu. Njihov stil činjenja pogrešaka postaje idiosinkratičan i može im stvarati teškoće na poslu, kod kuće, u odnosima s drugim ljudima ili u njima samima. Ljudima je važno pomoći da prepoznaju svoj osobni shematski stil i da potom razviju strategije kojima će svladati prepreke koje stoje na putu promjene. Takve prepreke uključuju neiskustvo u primjeni novih postupaka, okolinske stresore koji otežavaju promjenu, osobne zamisli o sposobnosti mijenjanja sebe ili obitelji, o posljedicama koje pojedinac ili grupa mogu imati zbog promjene, grupne ili obiteljske zamisli o potrebi da se promjena izbjegne, sekundarnu dobit od održavanja postojećeg stanja – unatoč nevoljama koje ono sa sobom nosi, nedostatak motivacije, krutost i nejasne ili neostvarive ciljeve. Ako u terapiji nisu zajednički dogovoreni ciljevi, klijent će biti frustriran.

Prag reagiranja i suočavanja te ranjivost

Sposobnost izlaska na kraj sa stresorom i to hoće li uvijek isti stresori izazivati krizu ovise o pragu reagiranja. Kod iste osobe, taj će prag u različitim situacijama biti vrlo različit. Kirurg koji radi u jedinici intenzivne njege moći će kompetentno i vješto izlaziti na kraj s medicinskim hitnim slučajevima. Kad izađe iz operacijske dvorane, možda neće biti u stanju hvatati se u koštac s uobičajenim životnim nećaćama.

Ako sposobnost suočavanja sa stresom smjestimo na ljestvicu koja počinje nulom, a završava brojkom 100, možemo doslovce prikazati pojedinačan normalni prag suočavanja. Na primjer, ako je uobičajeni životni stres 60, a nečiji prag je 75, tada postoji prostor od 15 jedinica za prilagođavanje izvanrednom stresu. Ako zbog količine trenutačnog stresa koja je veća od uobičajene, životni stres naraste na 80, pojedinac će biti njime preplavljen i u nevolji. Međutim, ako životni stresori ostanu isti, ali se prag spusti, pojedinac će također biti preplavljen stresom.

Činitelji ranjivosti spuštaju prag suočavanja. Riječ je o okolnostima, situacijama ili nedostacima koji slabe klijentovu sposobnost uspješnog suočavanja sa životnim stresorima ili njegovo nalaženje dostupnih rješenja.

U nastavku slijedi popis takvih činitelja ranjivosti (Freeman i Simon, 1989):

1. **Akutna bolest.** Ona može pokrivati raspon od ozbiljne i onesposobljujuće bolesti, do prolaznih tjelesnih stanja poput glavobolja, virusnih infekcija itd.
2. **Kronična bolest.** Kad je zdravstveni problem kroničan, akutno se može pojaviti pojačano razmišljanje o samoubojstvu.
3. **Pogoršanje zdravlja.** Zbog starosti može doći do prestanka aktivnosti.
4. **Glad.** U razdobljima manjka hrane, ljudi su često mnogo osjetljiviji na različite podražaje. Najnovija istraživanja dovela su u vezu dijagnozu depresije s poremećajem hranjenja.
5. **Ljutnja.** U ljutnji ljudi mogu izgubiti sposobnost rješavanja problema. Mogu izgubiti i kontrolu poriva ili pretjerano reagirati na podražaje koje inače mogu zanemariti.
6. **Umor.** Slično tome, umor slabi strategije rješavanja problema i kontrolu poriva.
7. **Osamljenost.** Kad pojedinac sebe doživljava izoliranim, napuštanje takvog nesretnog svijeta može se činiti razumnim rješenjem.
8. **Veći životni gubitak.** Nakon gubitka važne osobe zbog smrti, razvoda braka ili razdvajanja, ljudi često imaju osjećaj da su im mogućnosti smanjene. Gube zanimanje za ono što im se događa.
9. **Slaba sposobnost rješavanja problema.** Neki ljudi imaju oslabljenu sposobnost rješavanja problema. Taj nedostatak katkada nije vidljiv, sve dok se osoba ne nađe u jako stresnim situacijama. Sposobnost rješavanja manjih problema nije dobar pokazatelj nečije sposobnosti izlaženja na kraj s krizom.
10. **Zloupotreba sredstava ovisnosti.** Zloupotreba mnogih psihoaktivnih tvari može izazvati dva problema: akutni, kad je klijentova procjena otežana u razdoblju intoksikacije, i kroničniji, kad je procjena najčešće općenito "oštećena". Takvi problemi pojačavaju sklonost samoubojstvu.
11. **Kronična bol.** Kronična bol može pojedinca navesti na to da samoubojstvo smatra načinom okončanja boli.
12. **Slaba kontrola poriva.** Neki klijenti loše upravljaju svojim porivima zbog organskih (hiperaktivnost) ili funkcionalnih teškoća. Oboljeli od bipolarnog,

graničnog, antisocijalnog ili histrionskog poremećaja ličnosti katkada imaju nedostatak kontrole poriva.

13. **Nove životne okolnosti.** Promjena posla, bračnog statusa, kuće ili obiteljskog statusa – sve su to stresori koji su činitelji ranjivosti.

Spomenuti činitelji mogu, samostalno ili u kombinaciji, pojačati klijentovo razmišljanje o samoubojstvu ili njegove pokušaje, sniziti prag podnošljivosti podražaja koji potiču tjeskobu ili povećati klijentovu osjetljivost na misli ili situacije koje izazivaju depresivnost (Freeman i Simon, 1989). Činitelji ranjivosti mogu imati učinak zbrajanja. Drugim riječima, kad nekoliko činitelja ranjivosti djeluje istodobno, oni će nastaviti snižavati prag suočavanja. Na primjer, ako netko s poviješću uspješnog suočavanja sa stresom (prag = 90, životni stres = 60) odjednom izgubi sposobnost suočavanja i završi u krizi, obitelj je često iznenađena. Članovi obitelji obično zanemaruju činjenicu da je taj čovjek imao moždani udar (10), da je njegova supruga slomila nogu (7), da mu se sin razvodi (6), da je kći ostala bez posla (5), da njegov najstariji unuk ima teškoće u školi (5), a da je njegovog psa udario automobil (4). Njegov je prag sada 54, tj. dovoljno je nizak da on na uobičajen životni stres reagira kao da je kriza. Umjesto da razmišljaju o nizu gubitaka, članovi obitelji obično reagiraju imajući na umu da je klijent u prošlosti uspješno izlazio na kraj sa sličnim teškoćama i nije im jasno zašto je u tom trenutku reagirao toliko negativno.

Procjena činitelja ranjivosti može pomoći u objašnjenju sposobnosti izlaženja na kraj s krizom i u predviđanju vjerojatnosti povlačenja, razmišljanja o samoubojstvu, depresije ili tjeskobe.

LITERATURA

- Aguilera, D.C. (1990). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis, MO: Mosby.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Plenum Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Brom, D., Kleber, R.J. (1989). Prevention of posttraumatic stress disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 335-351.
- Burgess, A., Holstrom, L. (1974). *Rape: Victims of crisis*. Bowie, MD: Robert J. Brady.
- Burgess, A.W., Roberts, A.R. (2005). Crisis intervention for persons diagnoses with clinical disorders based on the Stress Crisis Continuum. In A.R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (3rd ed., pp. 120-140). New York: Oxford University Press.
- Dattilio, F.M. (1984). The mental health delivery system. In M. Braswell, T.A. Seay (Eds.), *Approaches to counseling and psychotherapy* (pp. 229-237). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Dattilio, F.M. (1993). Cognitive therapy with couples and families. *The Family Journal*, 1(1), 51-65.
- Dattilio, F.M. (Ed.). (1998). *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F.M. (1999, January/February). Cultural sensitivities in forensic psychological evaluations. *The Forensic Examiner*, 8, 26-27.

- Dattilio, F.M. (2005). Restructuring family schemas: A cognitive-behavioral perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 15-30.
- Ell, K. (1996). Crisis theory and social work practice. In F. Turner (Ed.), *Social work treatment* (pp. 168-190). New York: Free Press.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Farberow, N.L., Schneidman, E.S. (Eds.). (1961). *The cry for help*. New York: McGraw-Hill.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Freeman, A. (1993). A psychosocial approach for conceptualizing schematic development for cognitive therapy. In K.T. Kuhlwein, H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies In action: Evolving innovative practices*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Freeman, A., Leaf, R.C. (1989). Cognitive therapy applied to personality disorders. In A. Freeman, K.M. Simon, L. E. Beutler, H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive Handbook of cognitive therapy* (pp. 403-433). New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Simon, K.M. (1989). Cognitive therapy of anxiety. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 347-365). New York: Plenum Press.
- Goldenberg, H. (1983). *Contemporary clinical psychology* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Greenstone, J.L., Leviton, S.C. (1993). *Elements of crisis intervention*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Lewis, S.J. (2002). A Crisis State Assessment Scale: Development and validation of a new instrument. *Dissertation Abstract International Section A, Humanities and social sciences*, 62(11-A), 3935.
- Roberts, A.L. (1990). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A.L. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook* (pp. 3-16). Belmont, CA: Wadsworth.
- Roberts, A.L. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A.L. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (2nd ed., pp. 3-36). New York: Oxford University Press.
- Roberts, A. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In A. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook* (3rd ed., pp. 3-34). New York: Oxford University Press.
- Roberts, A.R., Camasso, M. (1994). Staff turnover at crisis intervention units and programs: A national survey. *Crisis Intervention and Time Limited Treatment*, 1(1), 1-9.
- Rosenbaum, A., Calhoun, J.F. (1977). The use of the telephone hotline in crisis intervention: A review. *Journal of Community Psychology*, 5, 325-330.
- Schutzwohl, M. (2000). Frühintervention nach traumatisierenden erfahrungen: Ein überblck über mapnahmen und deren wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie Psychiatric*, 68(9), 423-430.
- Slaiku, K. A. (1990). *Crisis intervention* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Sphzer, R.L., Williams, J.B.W. (1986). *Structured clinical interview for DSM-III-R, Upjohn version* (SCID-UP-R). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.
- Teichman, Y. (1992). Family treatment with an acting out adolescent. In A. Freeman, F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 331-346). New York: Plenum Press.