

Marga Kocmur

Kritični pojavi v življenju pomenijo zaplet v gladko potekajočem in uravnoteženem psihičnem delovanju. Zaradi njih je lahko porušeno telesno, psihološko ali socialno ravnovesje. Z izrazom kriza se v medicini in v življenju nasploh tako opisuje marsikaj: odločilno obdobje (nekaj minut ali ur) težke telesne bolezni, v katerih se bolnikovo stanje prevesi bodisi v zdravje ali pa v smrt; nekateri dogodki lahko odločilno zaznamujejo naše prihodnje življenje; zakonski konflikt je lahko odločilen ne le za naše življenje, pač pa tudi za življenje naših otrok; politični konflikti lahko za dolgo časa zaznamujejo življenje mnogih ljudi. Primerov, v katerih je izraz "kriza" ustrezen, je še nič koliko; v vseh primerih pa pomeni pravzaprav tisto, kar je zajeto že v grškem glagolu *krinein*, iz katerega naš izraz izhaja: ta izraz pomeni, da se nekaj odloči, da se torej loči od običajnega in normalnega. V vseh niansah, v katerih uporabljamo izraz kriza danes, nam pomeni nekaj, kar se oddeli, kar zaplete stvari, jih postavi v težavno in problematično stanje: v stanje, ki terjra razplet, rešitev, preokret.

Okrog tega, kaj so krizna stanja v psihiatriji in kako jih opredeliti, je bilo začuda malo nasprotujočih si mnenj, še zlasti, če imamo v mislih burne razprave okrog klasifikacij psihičnih motenj nasploh: v prejšnjih klasifikacijah smo jih sicer našli pod drugimi imeni kot danes, vsebinsko pa se njihovo razumevanje ni kaj dosti spremenilo. O kriznih stanjih se v psihiatriji govori že več kot stoletje. Že leta 1854 je nizozemski psihiater pisal: Ne trudimo se iskati neki določen organ kot sedež "norosti" niti ne skušamo vplivati na mišljenje ali na dušo, pač pa skušamo razumeti bolnika kot enoto, kot posameznika z vsemi njegovimi telesnimi, intelektualnimi, moralnimi in socialnimi

razmerji (1). Lahko bi rekli, da izvira koncept kriznih stanj, kot ga razumemo danes, iz zdravega sožitja med medicino, psihologijo in sociologijo: upošteva spoznanja vseh strok, ne da bi katero koli izmed njih proglašal za edino zveličavno. Tu ne gre za vprašanja prestiža niti ne za to, kdo ima nedvomno prav, saj o krizah in kriznih stanjih govorimo večinoma le v fenomenološkem smislu in ni pomembno niti to, ali jih umeščamo med bolezenska ali med še normalna stanja.

V grobem je koncept kriznih stanj nekakšen seštevek vsaj dveh pomembnih teoretičnih modelov psihičnih motenj, psihodinamskega in socialnega, medicinski, oz. bolezenski model pa vstopa nekako samoumevno kot neobhodni telesni odziv na številne psihološke vzgibe.

Če pogledamo bistvene razlike med psihodinamskim in socialnim modelom nastanka psihičnih motenj, bomo lahko razumeli, da je koncept kriznih stanj in kriznih intervenc v bistvu eklekticizem v najčistejši obliki.

Tabela 1: Psihosomatski in socialni model kriznih stanj

PSIHODINAMSKI MODEL	SOCIALNI MODEL
Vzroki so osebni, zelo specifični in ne takoj razumljivi	Sloni na splošnih teorijah skupin, množic in kultur
Podzavestni duševni procesi so pomembni kot vzrok duševnih motenj	Dejavniki iz okolja lahko razložijo duševno motnjo (npr. socialni in ekonomski pritiski)
Pretekli konflikti iz otroštva lahko razložijo sedanje probleme	Sedanji konflikti lahko razložijo probleme
Simptomi imajo simbolični pomen	Simptome določa narava socialnega dogodka
Zdravljenje z individualno ali s skupinsko terapijo	Zdravilo so spremembe v okolju

*prirejeno po (1).

V psihiatriji govorimo o dveh vrstah kriznih stanj, in sicer o razvojnih in o travmatskih krizah.

Pojem razvojnih kriz je utemeljil Erikson, ki je govoril o življenjskih ciklih (2). Videl jih je kot pričakovane in nujne razvojne stopnje, v katerih mora vsakdo opraviti vrsto psihosocialnih nalog, ki jih nujno spremlja emocionalna kriza. Vsako takšno obdobje (adolescenca, ustvarjanje družine, odhod otrok od doma, klimakterij itd.) nosi v sebi priložnost in grožnjo izgube. Erikson je utrdil prepričanje, da ni le otroštvo tja do 6. leta starosti tisto, ki nas v celoti opredeljuje, pač pa so v našem življenju obdobja, ki pomenijo nekakšna "obračališča", ob katerih se nam stvari lahko zasučejo na boljše ali na slabše.

Travmatske krize pa so naključne, nepredvidene in jih lahko povzročijo zelo različni dogodki ali doživetja, vendar prav vsi nosijo v sebi izgubo ali grožnjo pred izgubo (2).

Tako razvojne kot travmatske krize so sestavni in normalni del našega življenja. Zato jih tudi ne uvrščamo med bolezenska stanja sama po sebi. O motnji v bolezenskem smislu lahko govorimo le tedaj, ko pride do tako velikih duševnih in telesnih sprememb, da je ogrožena integriteta osebnosti.

V množici definicij krize ali kriznega stanja se mi zdi najbolj uporabna naslednja:

Kriza pomeni porušenje emocionalnega ravnotežja, ki ga povzroči izguba ali pa le grožnja pred tem. Izguba ali grožnja sta lahko dejanski, lahko pa sta takšni, da zadevata le posameznikovo notranje življenje, njegove cilje, ambicije ali pa le predstave o vsem tem. Človek se znajde v kriznem stanju tedaj, ko zaznava neki dogodek ali situacijo kot neznosno do mere, ki presega njegove zmožnosti obvladovanja.

Za nastanek kriznega stanja je torej poleg dogodka samega pomembna še človekova sposobnost prilagajanja in obvladovanja različnih situacij. Tudi o teh lastnostih lahko najdemo vrsto različnih teorij, vendar se zdi za razumevanje, predvsem pa za ukrepanje ob kriznih stanjih najustreznejša Lazarusova teorija obvladovanja (3). V njej je poudaril zlasti dve komponenti našega odziva na obremenjujočo situacijo: emocionalno in kognitivno, pri čemer naj bi bila za oceno kritičnega dogajanja pomembna predvsem kognitivna komponenta. Teorija pravi, da vsako novo situacijo ocenjujemo v treh stopnjah: prva se nanaša na to, ali je situacija pomembna ali ne oz. ali bo imela dobre ali škodljive posledice. Druga stopnja je presoja o oblikah našega odziva, s katerim naj bi premagali škodo ali pa facilitirali morebitne

dobrobiti. Tretja stopnja, ki pomeni prevladovanje stresa, pa je že usmerjeno delovanje. Raziskave so pokazale, da je obvladovanje lahko usmerjeno na problem ali pa na čustva. Problemsko usmerjeno prevladovanje je navadno uspešnejše in je pogostejše tedaj, kadar je stresna ocena "izziv". Emocionalno usmerjeno obvladovanje pa je navadno tipično "obrambno", je manj učinkovito in ne prinese dobrih rešitev kritične situacije. Pogostejše je, kadar ocenjujemo stresni dogodek kot "škodo ali izgubo".

Kakšna bo v dani situaciji naša ocena in kam bo usmerjeno naše ravnanje, je odvisno od številnih dejavnikov, ki vplivajo na potek in izide tega dogajanja. Zlasti so pomembni osebni dejavniki, vendar ne le tisti, ki jih opredeljuje psihodinamska teorija, pač pa tudi tisti, ki nastajajo po principih učenja in imajo svoj izvor prvenstveno v kognitivnem območju in prek tega vplivajo tudi na naš čustveni odziv.

Glede na razmerje med emocionalnim in kognitivnim v našem vedenju lahko ločimo štiri vrste obvladovanja:

1. v problem usmerjeno obvladovanje;
2. regres - uporaba zgodnejših, primitivnejših oblik, zlasti odvisnost;
3. zanikanje - spremenjena zaznava realnosti, da se zdi, kot da problema ni več;
4. inertnost - stanje neaktivnosti ali umika, ko se človeku zdi, da ni več možna nikakršna rešitev problema.

Tem štirim manevrom, od katerih je vsak bodisi specifičen za določeno situacijo ali pa je značilna osebna poteza, lahko dodamo še petega:

5. izražanje čustev: ustrezen čustveni izraz, ki ga sproži neki dogodek, lahko pripomore k obvladovanju tega, pretiran ali sploh neustrezen izraz čustev pa lahko problem še poglobi ter upočasni ali onemogoči njegovo obvladovanje.

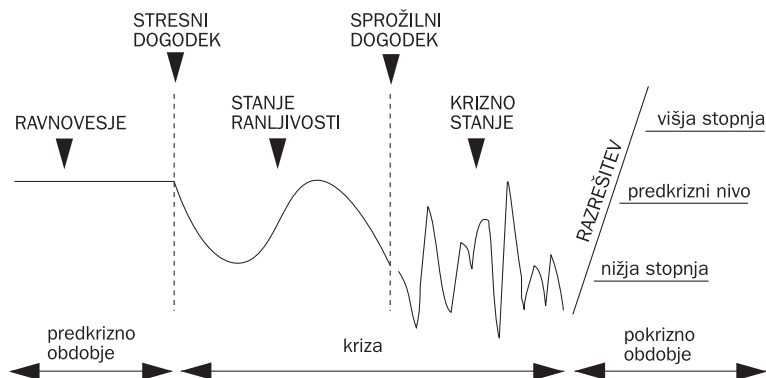
POTEK KRIZE

Kriza je navadno časovno omejena, vendar je od njene razrešitve odvisno, ali se bo znova pojavila in v kakšni obliki.

Sicer pa je sam potek kriznega dogajanja značilen do take mere, da lahko govorimo o tipičnih fazah (Slika 1)(3).

V predkriznem stanju uspeva človek ohranjati ravnovesje s svojim okoljem z uporabo običajnih obvladovalnih tehnik in strategij. Dokler traja to stanje, ni nevarnosti krize.

Slika 1: Potek krize



Ko pa je soočen z nekim stresnim dogodkom, ki predstavlja grožnjo njegovim življenjskim ciljem ali njegovi podobi o samem sebi in mu običajni izbor obvladovalnih tehnik ne zadošča več, se prične neravnovesje in s tem krizno stanje.

Stanju naraščajoče tenzije in anksioznosti pravimo vulnerabilno stanje: človek išče dodatne vzgibe in načine, da bi problem obvladal, vendar ti napori že naznanjajo občutja obupa. Kljub temu pa je sposobnost doživeti situacijo na različne načine - kot grožnjo, kot izgubo ali kot priložnost - še ohranjena. Kadar je v ospredju doživljanja grožnja, bo predvsem zrasla anksioznost, ob izgubi pa se lahko pojavijo depresivnost, nemoč in izgubljenost. Kadar pa doživimo situacijo kot priložnost, bo ob zvišani anksioznosti zaslediti še upanje, da se stvari lahko razrešijo. Če razrešitve v tej fazi ni mogoče najti, bo napetost rasla naprej.

Na določeni točki nastopi "sprožilni dogodek", ki potisne človeka v aktivno krizno stanje. Sprožilni dogodek je običajno del že obstoječega problema. Lahko je v resnici pomemben, lahko pa je manjših dimenzij, navidez nepomemben, vendar označuje izčrpanost človekovih sposobnosti pri vzdrževanju napetega ranljivega stanja.

Včasih je že prvi stresni dogodek takih dimenzij (npr. umor, posilstvo, huda nesreča, večja naravna katastrofa), da postane hkrati tudi sprožilni dejavnik in tako človeka že sam potisne v stanje krize.

Kot "precipitant" nastopajo navadno potlačena čustva, ki jih sproži nasilni dogodek. Ta speča bolečina ima zvezo s preteklimi konflikti, ti pa

spet podžigajo bolečino precipitanta. Prav zveza s preteklostjo ponuja kriznim intervencam priložnost za predelavo nekaterih vsebin iz preteklosti, tudi če ohranimo fokus terapije v sedanji situaciji. Pri človeku v krizi lahko opazujemo nekakšen presek pomembnih osebnostnih potez, ki so prispevale k sedanjemu stanju.

V stadiju aktivne krize, ki traja 6-8 tednov, zrasteta tenzija in anksioznost do neznosnih razmer. Prav v tem času mnogi iščejo strokovno pomoč; drugi utegnejo doživeti čustveni zlom, ker pač ne zmorejo več prenašati te anksioznosti; tretji se zatečejo v slabo prilagojene oblike vedenja, v regres, odvisnost ali pa v samomedikacijo, največkrat z alkoholom.

Obdobje reintegracije je podaljšanje kriznega stanja, v katerem se tenzija in anksioznost zmanjšata in se prične neka oblika reorganizacije.

Končno stanje prilagoditve je lahko nižje, enako ali višje kot predkrizno. Profesionalna pomoč veča verjetnost, da bo človek dosegel vsaj predkrizni nivo funkcioniranja, če že ne višjega.

ZNAKI KRIZNEGA STANJA (4)

1. Anksioznost z vsemi psihološkimi in fiziološkimi značilnostmi: nemir, mišična napetost, nespečnost, hiperaktivnost, utrujenost, zmanjšanje apetita itd.
2. Usmerjena pozornost: prizadeti je osredotočen na en sam, pogosto irelevanten vidik svojega doživetja, kot so npr. različne telesne senzacije, ali pa brez pravega učinka ruminira o možnih vzrokih in rešitvah problema.
3. Regres: z anksioznostjo in s številnimi nepredelanimi dražljaji preplavljeni ego regredira na zgodnejše, infantilno vedenje, ki ni več v skladu z realnostjo.
4. Spremenjena časovna perspektiva: pogosto so v doživljanju pomešani sedanji, pretekli in celo prihodnji dogodki.
5. Vsi impulzi in vse potrebe postanejo enako pomembne: oseba ne zmore več razvrščanja, vrednotenja in odlaganja zadovoljitve teh potreb, pač pa pričakuje takojšnjo zadovoljitev: princip ugodja naraste na škodo realitetnega principa.
6. Naraščajoča osamljenost: je neobhodna posledica regresa. Nenehno pešanje prilagoditvene ali kreativne, navzven usmerjene energije in njena investicija v internalnejše, primitivnejše, od realnosti odmaknjene rešitve se kažejo v odtujevanju od pomembnih oseb iz okolja. S tem se konflikt in osamljenost še povečujeta.

7. Povečana sugestibilnost: izguba samozaupanja in neodvisnosti se kažeta v hlastnem iskanju odvisnega odnosa, ki je v očitnem nasprotju s progresivno izolacijo. Te želje in z njimi povezano zahtevajoče, dependentno, infantilno vedenje še bolj odbijajo in odtujujejo bližnje, ki jim je namenjeno.
8. Preplavljenost z informacijami: prizadeti ima navadno veliko informacij, kako bi rešil svoj problem, vendar so te običajno dezorganizirane, zanj nekoristne in neuporabne.

KRIZNE INTERVENCE

Osnovno vodilo te terapije je, da moramo narediti za pacienta zelo veliko, vendar ničesar brez njegove volje ali namesto njega. To pomeni, da ne naredimo za pacienta nič od tega, kar zmore sam (5).

Terapevt se lahko ponudi kot začasni pomožni jaz, ki prevzame del odgovornosti za obvladovanje pacientovih problemov, in že samo s tem se bosta regres in anksioznost zmanjšala.

Osnovne smernice (4)

1. Zaupanje in samozaupanje sta potrebna, če naj bi nas pacient sprejel kot svojega pomočnika. Že samo identifikacija s to potezo izboljša pacientove obvladovalne poskuse. Terapevtov cilj je prepričati pacienta, da spremeni svoj brezupni in nemočni koncept o sebi in svetu in da tvega z novim, kreativnejšim vedenjem. Nekateri poskusi so pokazali, da je uspešno prepričevanje funkcija izraženega samozaupanja prepričevalca. Dogodki, o katerih nam pacient pripoveduje, so neredko taki, da tudi terapevta osebno zadevajo, ali pa so objektivno tako hudi, da se je lastnemu čustvenemu odzivu težko izogniti.
2. Vzburjanje upanja: upanje je, tako kot zaupanje, nalezljivo. Realna pričakovanja pozitivnih rezultatov so motivator terapevtskih sprememb, še zlasti v vseh oblikah kratkih psihoterapij. Za vzburjanje upanja je treba pacientovo situacijo kar se da realno oceniti in mu vzbujati upanje za takšne rešitve, ki so realno možne. Vzburjanje upanja za preveč ali prevelike spremembe je terapevtska napaka, ki se ji lahko izogne le redkokateri terapevt na začetku tovrstnega dela. Botruje ji njegova onnipotenca, njegova prevelika identifikacija s pacientom, velika želja pomagati in še kaj.
3. Aktivno vodenje: vsebuje tudi kontrolo, ki je pacient sam ne zmore. Tu ni prostora za pasivno, permisivno, "stone-face" držo terapevta, pač pa mora

vzeti krmilo dogajanja v svoje roke. Nato pa mora skupaj s pacientom in njegovimi bližnjimi vzpostaviti smer dogajanja, preden krmilo v celoti prepusti njemu samemu. To pomeni, da mora terapevt iz pacientove zgodbe razbrati, na katerem področju njegovega življenja je dogodek napravil največ škode, ga usmeriti v iskanje rešitev prav tam in mu pomagati najti tiste ključne ljudi v njegovi okolici, ki mu pri tem lahko pomagajo.

4. Vsiljivost: v stiski je človek nesposoben sprejeti in predelati vse informacije. Pogosto je njegova pozornost popolnoma neustrezno usmerjena v kakšen nepomemben detajl, ali pa na neorganiziran način skače od ene teme na drugo. Terapevt mora biti vztrajen in prekinjati takšen način razmišljanja in vedenja in se vrniti v njegovo življenje - začasno - kot pomembna oseba. Dovoljeno in potrebno je pokazati tudi lastna čustva, prizadetost, jezo, da dosežemo pacientovo pozornost.

5. Empatija: vse, kar smo navedli doslej, je možno le tedaj, ko je podlaga vsemu temu empatija. Doživljena na primitivnem nivoju, je empatija podobna simbiozi med materjo in otrokom. Vsebuje dejansko deljenje emocionalnega bremena, hkrati pa ostanejo objektivnost in obvladovalne sposobnosti na voljo pacientu. Empatijo moramo razlikovati od simpatije, ki pomeni, da se tudi sami potopimo v disforijo pacienta in nismo več sposobni reševati njegovih težav. Simpatije pacienti ne doživijo kot suportivno, pač pa kot obremenjujočo. Empatija se zlahka sprevrže v simpatijo, kadar rešujemo težave, ki so dejansko ali po svoji čustveni vsebini podobne našim. Lahko celo ravnamo tako, da reševanje svojih težav prenesemo na pacienta in na njegovo situacijo, ki jo doživljamo podobno kot svojo.

Po drugi strani pa postane intervencija brez empatije interakcija med razumsko poizvedujočim, k tehnični rešitvi stremečim računalnikom in klientom v stiski. Regres ga je še dodatno osamil in prek empatije, ki jo začuti s terapevtove strani, se bo zmožen počasi vrniti iz izolacije, kar bo začutil kot olajšanje. Pomembno je še to, da se na ta način vzpostavi partnerstvo z zdravim, v problem orientiranim egom terapevta.

Kdaj uporabiti tehniko kriznih intervenc?

Tudi danes še nimamo splošno sprejetih kriterijev, kdaj in pri katerih pacientih uporabiti krizne intervence. Nekateri kliniki zagovarjajo stališče, da je vsakdo, ki zahteva psihiatrično pomoč, ipso facto v krizi (6,7,8). Drugi pa se s tem ne strinjajo, saj krizne intervence niso vedno najprimernejša oblika terapije (9,10) in mora terapevt skrbno presoditi, kdaj bo uporabil to tehniko in kdaj ne.

V splošnem pa je doseženo okvirno soglasje o tem, da so krizne intervence ustrezne v naslednjih okoliščinah (11):

1. ko je prisoten očitni sprožilni dogodek, ki je povzročil neravnovesje;
2. ko sta očitno narasli anksioznost in psihična bolečina;
3. ko so se obvladovalne zmožnosti očitno zmanjšale ali zlomile;
4. ko sta motivacija in zmožnost za spremembo očitni;
5. ko poišče pomoč, še preden so se pojavile sekundarne koristi in maladaptativno obvladovalno vedenje.

Kako naj potekajo krizne intervence?

Krizne intervence sestojijo predvsem iz dveh osnovnih in med seboj prepletenih dimenzij: poslušanja in delovanja, ki pa ju lahko razdelimo na posamezne stopnje.

Poslušanje pomeni pozornost, opazovanje, razumevanje in odgovarjanje z empatijo, pristnostjo, spoštovanjem in s sprejemanjem brez obsojanja.

1. Opredeli pacientov problem z njegovega vidika: poslušanje naj bo aktivno, z odprtimi vprašanji, spremljaj njegove verbalne odgovore in neverbalna sporočila.
2. Pacientu zagotovi varnost: oceni resnost grožnje za njegovo telesno ali psihološko integriteto; oceni pacientove notranje vzgibe in zunanje okoliščine; oceni njegovo impulzivnost in morebitno avtodestruktivnost in ga pred njo zavaruj.
3. Zagotovi pacientu vso podporo: s pozitivnim, neposesevnim, neobsojajočim in sprejemajočim odnosom.

Delovanje je lahko nedirektivno, sodelujoče ali pa direktivno, glede na pacientove potrebe in dostopnost podpore iz okolja.

4. Preveri alternative: pacientu pomagaj poiskati možnosti, ki so mu na voljo, tako v njem samem (obvladovalne strategije, pozitivno mišljenje) kot v njegovem okolju.
5. Napravi načrt: pacientu pomagaj izdelati kratkoročni načrt, kako bo rešil svojo situacijo; določi naj, kdo in kako mu bo pri tem pomagal in kaj bo storil sam.
6. Zagotovi, da bo pacient načrtu sledil: pomagaj mu opredeliti realistične korake, ki naj ga pripeljejo k cilju.

Terapevtovo delovanje naj bo prilagojeno pacientovim potrebam: lahko je kjer koli na kontinuumu od nedirektivnega prek sodelujočega do direktivnega

vpletanja v njegovo situacijo. Odločitev o tem, kako bomo delovali, je odvisna predvsem od presoje pacientovih sposobnosti in od tega, kako doživlja svojo situacijo. Splošno pravilo pa je, da bo naše delovanje ob manj hudi krizi nedirektivno, ob hudi krizi, ki pacienta imobilizira, pa bomo bolj direktivni. Sodelujoč odnos med terapevtom in pacientom pa je možen tedaj, ko je pacient še sposoben sam opredeliti alternative za reševanje svojega problema in tudi določiti potrebne korake, potrebuje pa partnerja, svetovalca in čustveno podporo za uresničitev svojega načrta.

Pomanjkljivosti kriznih intervenc (4)

1. Težko se je pametno odločati ob pomanjkljivih ali pa močno selekcioniranih informacijah. Težko je ohraniti mir in kontrolo nad samim seboj in nad terapevtskim procesom ob pogosto hudih in celo šokantnih zgodbah, ki smo jim priča.
2. Na voljo imamo le malo časa za zbiranje informacij in za odločanje. Krizne intervence se namreč od drugih terapij razlikujejo ravno po tem, da je tu čas odločujoči dejavnik. Le redko si lahko privoščimo čas za refleksijo ali pa za počasno premljevanje problemov. Terapevt mora biti dovolj hiter in fleksibilen, da se lahko sooča z vedno novimi in spremenljivimi problemi, ki jih krizno stanje rojeva.
3. V akutnih situacijah imamo pogosto opravka z manj prilagodljivimi, manj zdravimi ljudmi, ki imajo pogoste težave v življenju. Terapevt se sooča s kronično insuficientnim egom v nekontrolirani regresiji in preplavljenim z anksioznostjo. Srečuje se z ljudmi, ki so prav zaradi teh potez razvili že celo vrsto neustreznih oblik vedenja, zaradi katerih so njihove težave še pogostejše, krizna stanja pa vse težje rešljiva.
4. Možnosti za intervence so pogosto zelo omejene: krizna stanja so že sama po sebi tako heterogena, da se v časovni stiski lahko zmotimo v oceni resnosti krize, vzrokov zanje in pacientovih zmožnosti za reševanje; pacient pogosto pričakuje nekaj drugega, kot mu lahko ponudimo, tako da ostaneta nezadovoljna oba. Idealni izidi kriznih situacij so pravzaprav redkost, pogostejši so manj idealni kompromisi.
5. Krize terapevta in terapevtskega tima so zato pogoste in je treba biti nanje pozoren. Ni verjetno, da bi se za takšno delo odločil nekdo, ki ga to ne zanima in mu ne predstavlja izziva. Vendar pa predstavljajo konfrontacije s številnimi pacienti, njihove nepredvidljive potrebe in raznovrstni terapevtski ukrepi, ki jih je treba izvajati, pogosto tolikšno obremenitev, da kaj hitro odnehajo tisti, ki kljub zanimanju ne zmorejo vzdržati ritma tega dela. Težje pa je prepoznati težave, v katerih se znajde terapevt tedaj, ko je sam v

določeni krizni situaciji, tista, ki naj bi jo reševal, pa je podobna njegovi. Pri tem ni važno niti to, za kakšno situacijo gre, niti to, kako sposoben jo je bil terapevt reševati, preden se je sam znašel v njej. Kljub zadostnemu racionalnemu uvidu se pri terapevtih pojavljajo podobni načini reagiranja, kar je še en dokaz več, da samo racionalni uvid ne zadošča za reševanje krize. Kar se pri takšni situaciji rado zgodi in je posebej težko rešljivo, je to, da terapevt primerja svojo situacijo s pacientovo in skoraj po pravilu ugotovi, da je njegova hujša, kar seveda pomeni podcenjevanje pacientovih problemov in s tem manj angažirano reševanje. Lahko pa ravna tako, da skuša pacientu vsiliti svoj način reševanja situacije in ni pripravljen poslušati in preverjati alternativ, ki mu jih morda sporoča pacient.

Prav gotovo je res, da je treba biti za takšno delo strokovno dovolj kompetenten in izurjen, po drugi strani pa tudi dovolj avtonomen, zrel in trden. Še najboljše bi bilo, ko bi bil terapevt tudi zadovoljen in srečen. Vse to pa so že zahteve, ki so blizu predstavi o popolnem ali idealnem človeku, kar pa je ne samo nerealno, pač pa tudi nevarno pričakovati od sebe in od drugih. Pomembnejše je spoznati, kaj nas jezi ali žalosti, kdaj smo prizadeti ali užaljeni, kdaj smo ogroženi ali nas je strah, kdaj smo zamerljivi ali zlobni in kdaj navdušeni ali veseli. Prav tako je pomembno dovoliti si in priznati napake, ki jih storimo: le tako jih bomo lahko popravili, ne da bi si zaradi njih očitali; in le tako bomo lahko ohranili primerno distanco in primerno spoštovanje do težav, s katerimi se soočamo bodisi v lastnem življenju ali pa ob pacientu.

LITERATURA

1. Tyrer P, Steinberg D. Models for Mental Disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 1994, pp. 89-103.
2. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books, 1954.
3. Swanson WC, Carbon JB. Crisis Intervention: Theory and Technique. In Karasu TB (Ed): Treatments of Psychiatric Disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
4. Rusk TN. Opportunity and Technique in Crisis Psychiatry. Comprehensive Psychiatry, 1971; 12:249-263.
5. Aquilera D, Messick J. Crisis Intervention: Theory and Methodology.

Missouri: Mosby Comp., 1986.

6. Lang J. Planned short-term treatment in a family agency. *Social Casework*, 1974; 55:369-374.
7. Schwartz S. A review of crisis intervention programs. *Psychiatr Q*, 1971; 45:495-508.
8. Wolkon G. Crisis theory, the appreciation for treatment and dependency. *Compr Psychiatry*, 1972; 13:459-464.
9. Kaplan D. Observations on crisis theory and practice. *Social Casework*, 1968; 49:151-155.
10. LaVietes R. Crisis intervention for ghetto children: contradictions and alternative considerations. *Am J Orthopsychiatry*, 1974; 44:720-727.
11. Gilliland BE, James RK. *Crisis Intervention Strategies* (3rd ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company, 1997.