

Kriseintervensjon — Teoretisk fundament og praktisk virkelighet

ATLE DYREGROV

*NAVFs program for klinisk psykologisk forskning,
Barneklivikken, Haukeland sykehus, Bergen.
Institut for samfunnspsykologi,
Universitetet i Bergen.*

REIDUN INGEBRETSEN

Crisis intervention — Theory and practice.

Abstract. — Crisis theory and intervention is shown historically to be closely related to the area of illness and death. Using illness and death as examples, the relation between theory and clinical practice is discussed. In crisis intervention the focus is on the «here and now» situation and the areas to be covered in the initial session are outlined. Though early intervention usually is recommended, it is not always necessary or best. The duration and frequency of sessions depend on many factors, and flexibility is needed to fit the intervention to the situation and afflicted person. The frequency of contacts may vary from a single session to weekly sessions, or it may contain only telephone sessions. Sessions during «crisis tops» may be a good investment of time. The balance is between signalling availability and time-limitation at the same time. Unfortunately the ideal of availability often collides with the reality of a heavy patient load.

The role of the intervener is more active than in traditional psychotherapy. The activity has to be suited to the stage of crisis, the persons mode of coping and the severity of the crisis reaction. A balance between the intervenors activity and support of the person's activity must be found. Different ways of helping the person to regulate contact with their social network is described, and examples of common network problems given.

The crisis intervener is exposed to stress in dealing with persons in great agony. At the same time he or she works under conditions that give less «safety» than the traditional role. These stressors make the intervenor more vulnerable for «burnout» reactions, and measures should be taken to prevent such exhaustion.

Historisk utgangspunkt

Kriseintervensjon og kriseteori er historisk nært knyttet til feltet sykdom og død, og den teore-

tiske referanseramme ble utviklet i tilknytning til slike hendelser. Lindemann (1944) studerte sorg etter dødsfall, Janis (1958) kronisk sykdomsdiagnose og stress i forbindelse med kirurgiske inngrep, og Kaplan og Mason (1960) og Caplan (1960) studerte mødres reaksjoner på å få et prematurt barn. Parad og Caplan (1960) undersøkte reaksjoner på sykdom i familien. I tillegg har Eriksons (1950, 1959) arbeider om utviklingskriser dannet bakgrunn for teoretisering og praksis på dette felt.

Ulike typer kriser.

Det er vanlig å skille mellom ytre og indre kriser. De *indre kriser* kalles også modningskriser, utviklingskriser og endogene kriser. Kjennetegn ved slike kriser er at de ofte oppstår i overgangsfaser i livet. Eksempler vil være: Ungdomsalderen, inngåelse av ekteskap og alderdom. Overgangsfasene i livet kjennetegnes ved omvelting og forandring: Nye roller skal fylles, og gamle forlates. Kravene til omstilling kommer både fra samfunnet og de nære omgivelser, men også innenfra med utgangspunkt i psykologiske og fysiologiske endringer. Slike kriser innebærer både mulighet til vekst og utvikling og til stagnasjon og fastlåsing i gamle handlemønstre. Ved indre kriser er kriseperiodene ofte predikerbare slik at krisereaksjonene kan forebygges f.eks. ved foreldre- forberedende kurs.

Ytre kriser rammer mer tilfeldig og tidspunktet er mindre predikerbart. Ytre kriser kalles også eksogene, tilfeldige eller miljøbestemte kriser. Burgess og Lazare (1976) skiller mellom 1) Uforventede livshendelser som f.eks. sykehusinnleggelse, fødsel av et funksjonshemmet barn, o.l.

- 2) Offerkriser (victim-crises) som omfatter situasjoner med ekstremt stress hvor en kan bli fysisk eller psykisk belastet. Eksempel: Krig, opptøyer, katastrofer, mishandling og voldtekt.

Schneidman (1973) har innført et skille mellom *intratemporale kriser* som skjer i løpet av et spesielt livsstadie, *intertemporale kriser* som skjer ved overgangen fra et livsstadie til et annet, og *ekstratemporale kriser* som opptrer uavhengig av livsstadier. Jacobsen, Strickler & Morley (1968), unnlater å skille mellom ytre og indre kriser, men skisserer de ulike nivå krisen omfatter: *det sosiale nivå* (rolleforandringer og endringer i interpersonlig atferd), *det intrapsykiske nivå* (forandringer i likevekt innen bevisste og ubevisste prosesser) og *det somatiske nivå* (psykosomatiske forandringer som f.eks. ved sorg).

De skiller som er innført mellom typer av kriser har ikke hatt umiddelbar praktisk betydning. Et første forsøk på å lage et typologisk skille med klare behandlingsimplikasjoner er gjort av Baldwin (1978). Han skiller ut 6 typer kriser. Hans krisekategorier er imidlertid så omfattende at nesten enhver livsforandring kan innordnes en av typene. Kriseintervensjon kan sees som samlebetegnelse for de terapeutiske arbeidsformer Baldwin skisserer. Det kan være vanskelig å skille mellom de ulike intervensjonsmetoder som anvendes for de ulike krisetypene. Likevel er det fruktbart at Baldwin utvikler en inndeling med sikte på klinisk relevans.

Teoretisk grunnlag for kriseintervensjon

Et vesentlig trekk ved det teoretiske grunnlag for kriseintervensjon er bruddet med sykdomsmodellen. Selve krisebegrepet innebærer at det er skjedd en avgjørende og plutselig forandring i ens liv. Ved ekstremt stress vil de fleste oppleve det vanskelig å forholde seg til situasjonen. Det vil kunne oppstå usikkerhet, følelsesmessig ubalanse og forvirring. «Valg av» løsningsmåte i krisesituasjonen vil være mer eller mindre gunstig for tilpasning på lengre sikt.

Ved kriseintervensjon ønsker en å hjelpe de kriserammede til bedre problemløsning på kort og lang sikt. Tanken er å hindre unødig disorganisering i situasjonen, forebygge senere problemer, og gi de kriserammede bedre mulighet til å mestre lignende vanskeligheter senere. En grunnleggende antagelse er at personer eller system i krise er ekstra mottagelig for hjelp og at krisen innebærer vekstmuligheter. Hensikten med kriseintervensjon er å supplere og understøtte mestring og ressurser heller enn å kurere en sykdom (Caplan, 1964; Ewing, 1978; Smith, 1977).

Situasjon, person og miljø.

For å forstå og definere en krise har det blitt lagt ulik vekt på a) trekk ved krisesituasjonen, b) personfaktorer, c) miljømessige forhold av betydning for mestring og d) type og intensitet ved reaksjonen på krisesituasjonen.

Lindemann (1944) definerte akutt sorg som en *normal reaksjon* på en *ekstrem situasjon*. Situasjonen, tapet, bruddet i tilværelsen sto i fokus og de psykiske og somatiske reaksjonsmåtene ble beskrevet og forstått som et relativt klart avgrenset syndrom. Karakteristisk var: 1) Opptatthet av det som var skjedd, 2) skyldfølelse, 3) fiendtlige reaksjoner, 4) tap av det vante atferdsmønster og 5) somatisk ubehag. Typiske reaksjonsmåter ved sorg er senere beskrevet i en rekke sammenhenger (Parkes, 1976; Ramsay, 1979; Ingebretsen, 1981b).

Ut fra erfaringer fra arbeid blant mennesker i vanskelige livssituasjoner har krisereaksjoner blitt beskrevet i faser eller stadier ut fra naturlige forløp. I *akuttfasen* er det ofte sjokk, nummenhet eller sterk protest som dominerer. Senere, i den såkalte *reaksjonsfasen*, vil mange være preget av disorganisering og fortvilelse, før en gradvis når frem til større eller mindre *reorganisering* med følelsesmessig løsrivelse i forhold til det som har vært og etablering av en ny plattform. (Bowlby, 1980; Specter og Clairborn, 1973; Cullberg, 1976; Golan, 1978; Ewing, 1978.)

Visse livshendelser innebærer ekstremt stress som medfører en krisereaksjon hos de fleste mennesker. Jo mer ekstrem en stressor (stress-situasjon) er, jo mindre sjanse er det for at

noen blir uberørt. E (f.eks. plutselig tap voldtekt, alvorlig syk vil de fleste oppleve. Spesielt ved slike vil situasjonsfaktorer telse på senere proble karakteristika ved kata problemtype og intens virkninger av katastro Selv om det er naturl situasjoner som vans knyttet til individ (i personlighet, mestring sjon (mulighet til s ninger) kunne bli avg varighet og intensitet. fylte livshendelser (wend, 1974) har beto krisereaksjoner ut fra der sårbarheten øker og deres alvorlighets imidlertid kritisert fo individets vurdering den mening en gitt h om en hendelse, ha (Rabkin og Strueni Cutler, 1980). I sen individuell vektin a delser blitt inkorpore

Fra ulike hold (V 1980) er det pekt på *egenskaper*, utvikling pasitet for reaksjon situasjon. Det er stor der og ferdigheter per med vanskelige situ på mestringsevne vs tillegg til evnen til etablering av en ny ges det økende vekt p f.eks. i hvilken grad vurdering av situasj krisen (Lazarus, 196 og variasjonsbredde (Pearlin og Schooler

Caplan (1964) kny den *emosjonelle rea* situasjonen. Krisen mellom en situasjon

noen blir uberørt. Etter ekstreme situasjoner (f.eks. plutselig tap av nærstående personer, voldtekt, alvorlig sykdom, katastrofer, m.m.) vil de fleste oppleve psykologiske problemer. Spesielt ved slike ekstreme stress-situasjoner vil situasjonsfaktorene kunne få stor innflytelse på senere problemer. F.eks. vil ulike karakteristika ved katastrofer kunne bestemme problemtype og intensitet for de psykiske ettervirkninger av katastrofen (Dyregrov, 1982). Selv om det er naturlig at «alle» opplever slike situasjoner som vanskelige, vil likevel forhold knyttet til individ (predisponerende forhold, personlighet, mestringsmåter, etc.) og livssituasjon (mulighet til støtte, evt. tilleggsbelastninger) kunne bli avgjørende for problemenes varighet og intensitet. Forskning omkring stressfylte livshendelser (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974) har betont betydningen av å forstå krisereaksjoner ut fra akkumulering av stress, der sårbarheten øker med antall belastninger og deres alvorlighetsgrad. Denne tradisjon er imidlertid kritisert for å legge for liten vekt på individets vurdering av situasjonen, det vil si den mening en gitt hendelse, eller forventning om en hendelse, har for det enkelte individ (Rabkin og Struening, 1976; Chiriboga og Cutler, 1980). I senere forskning har derfor individuell vektning av de stressfylte livshendelser blitt inkorporert.

Fra ulike hold (Weisman, 1979; Bowlby, 1980) er det pekt på betydningen av *personens egenskaper*, utviklingshistorie og psykiske kapasitet for reaksjonsforløpet etter en krisesituasjon. Det er stor forskjell på hvilke metoder og ferdigheter personer besitter til å hanske med vanskelige situasjoner. Dette virker inn på mestringssevne vs. sårbarhet ved kriser. I tillegg til evnen til spenningsreduksjon og etablering av en ny følelsesmessig balanse legges det økende vekt på kognitive komponenter, f.eks. i hvilken grad en kan foreta en kognitiv vurdering av situasjonen og hva som skapte krisen (Lazarus, 1966), og grad av fleksibilitet og variasjonsbredde i ens mestringsrepertoar (Pearlin og Schooler, 1978; Weisman, 1979).

Caplan (1964) knyttet krisebegrepet mer til den *emosjonelle reaksjon* enn til den truende situasjonen. Krisen forstås ut fra avstanden mellom en situasjons krav og individets mest-

ringstype. Caplan bygger på en homeostase-modell. Konfrontert med et problem som innebærer en trusel mot den følelsesmessige likevekt, forsøker en med sine vanlige mestringsmåter å løse problemet. Hvis disse metodene slår feil, og truselen vedvarer, øker spenningen og skaper en følelse av uro og rastløshet. Personens atferd blir disorganisert, og kan gå over til blind prøving og feiling, forsøk på å omdefinere problemet eller resignasjon. Hvis ny balanse ikke opprettes og problemet vedvarer og ikke blir løst, omdefinert eller unngått, vil spenningen stige utover «bristepunktet» og lede til disorganisering av personligheten (Caplan, 1964; Ewing, 1978).

Mens krisebegrepet opprinnelig ble mest benyttet for å beskrive enkeltindivider har det skjedd en utvidelse til å gjelde *familien* og større sosiale systemer. Hendelser og reaksjoner må ses i sammenheng med det aktuelle «system». Ved dødsfall eller alvorlig sykdom må hele familien reorganiseres. Ved barns sykdom vil ofte foreldrene komme i følelsesmessig utakt dersom bare den ene følger barnet på nært hold under sykehusopphold og behandling. Uten et familieperspektiv vil vi også kunne tape søsken og deres problemer av syne. Studier ved sorg har ofte fokusert sørgende enkeltvis (oftest ektefelle eller foreldre) og latt «de andre» danne bakgrunn. Individperspektivet fremhever den enkeltes behov for følelsesmessig avreagering og støtte. Ut fra et familieperspektiv tar en i betraktning samspillet/kommunikasjonen mellom medlemmene, og ikke minst de roller som må omformes i en krisesituasjon. Ofte krever en akutt situasjon at et familiemedlem «tar seg sammen» og holder seg sterk for å hindre disorganisering av familien. (For mer omfattende innføring i familieintervensjon henvises til Umana, Gross og McConwill, 1980; Langsley, 1978; Pittman, 1973).

Kriseteori og erfaringer fra kriseintervensjon har også dannet bakgrunn for arbeid i og etter større ulykker og katastrofer (Dyregrov, 1982).

Samlet kan vi si at vi ut fra den opprinnelige kriseteori har fått en nyansering av reaksjonsmåter med vektlegging på variasjonsbredde og oppmerksomhet mot faren for overforenklete modeller for de følelsesmessige reaksjoner. Kunnskap om variasjonen i mestringsmåte er

økt. Ulike trekk både ved krisesituasjonen og individets omgivelser må analyseres for å forstå den enkeltes reaksjon. I tillegg blir vurderingen av hva som er adaptivt eller gunstig avhengig av ens tidsperspektiv og om en benytter individet, familien eller et større sosialt system som referanseramme.

Konsekvenser for intervensjon — intervensjonsprinsipper

For klinisk praksis har nyanseringen m.h.t. å forstå variasjonsbredden i krisereaksjonene vært særlig nyttig. Overforenklede modeller for «naturlige reaksjoner» innebærer en fare for feiltolkning. På den ene side kan en unnlata å forstå de individuelle ytringsmåter som «naturlig» reaksjon på krise. På den annen side kan en overse behovet for mer langvarig og intensiv behandling i tilfelle der situasjonsfaktoren udiskriminerende brukes som forklaring. En naturlig konsekvens både av teoretisering og klinisk praksis er søken etter spesielle risiko- eller sårbarhetsfaktorer (Parkes, 1975; Ingebretsen, 1981b). Ved å kartlegge hvilke individer som vil være spesielt utsatt for sterke, langvarige og evt. patologiske reaksjoner, blir en uvilkårlig med på å skille ut en spesielt hjelpetrengende gruppe. Dette kan gjeninnføre ulempene med stempling og bli assosiert med sykdomsmodellen. Kriseteori, som i utgangspunktet dannet et brudd med sykdomsmodellen, kan på denne måten komme til å bite seg selv i halen. For klinikerne kan det være et dilemma at en gjerne vil knytte tilbud om kriseintervensjon til *overgangssituasjoner* som nærstående dødsfall, sykdom hos barn eller prematur fødsel, der en ønsker å nå alle, mens en av praktiske grunner må begrense oppfølgingen ut fra visse eksplisitte og implisitte kriterier for «hvem som trenger hjelpen mest» (personfaktoren). Vektlegging av situasjon er nyttig for å alminneliggjøre problemet og kan medføre at hjelpetilbudet blir lettere akseptert. Innhold og videreutvikling av det kliniske tilbud må imidlertid også ta hensyn til de andre faktorene som er nevnt.

Fokus på her-og-nå-situasjonen.

I møtet med et menneske (familie) i krise må

en raskt danne seg et overblikk over hvordan situasjonen oppleves og mestres, om de følelsesmessige reaksjonene er overveldende eller om individet beholder en viss struktur på tilværelsen. Den enkeltes opplevelse av hva som ledet frem til krisen og den utløsende faktor, f.eks. et dødsfall, vil gi en pekepinn om hvilke områder som oppleves som spesielt vanskelige (evt. slik at de unngås/benektes), og om hvilke selvinstruksjoner og forsøk på problemløsning som er forsøkt. I tillegg er det fra starten av vesentlig å danne seg et bilde av personens (familiens) nettverk; i hvilken grad andre er tilgjengelige for økonomisk eller følelsesmessig støtte. I grove trekk må en danne seg et inntrykk av følgende komponenter: Personens livssituasjon, sårbarhet, den utløsende faktor og det akutte sammenbrudd.

Systematisk informasjonsheving med fokus på her og nå situasjon foretas vanligvis i første samtale, og bør omfatte følgende områder:

- Den utløsende hendelse
- Persepsjon og vurdering av hendelsen
- Reaksjon på hendelsen
- Tidligere kriser og mestring av disse
- Andre typer livsstress nå
- Ressurs-svakhet/styrke
- Reaksjoner i familie og nettverk
- Sosial støtte

(Se forøvrig Resnik og Ruben, 1975 for en fyldigere oversikt over informasjonsinnhenting ved kriser, — og Ingebretsen, 1981b om faktorer av betydning ved sorg.)

I en ekstremt overveldende situasjon vil det være nyttig at en tidlig sorterer hvilke oppgaver som er vesentlige og krever en rask løsning og hvilke som kan vente. Etter store brudd i tilværelsen, som for eksempel en nærståendes død, vil mange kunne oppleve at alt blir annerledes, tungt og meningsløst. Midt i en tragisk situasjon med dystre utsikter for hus og hjem, økonomiske vansker og følelse av meningsløshet, må en kanskje likevel legge vekt på om den sørgende har noen som kan lage middag i dag og om hun eller han i morgen kan gå på trygdekontoen og få utbetalt gravferdshjelp. Ved en akutt, overveldende sorgreaksjon er det ikke naturlig å gå detaljert inn på forholdet til avdøde. Dersom intervensjonen har et noe lengre tidsperspektiv, kan det være mer natur-

lig å gå inn på hva på forhold som for arbeidsdeling. Dette oppgavene den sørgende ved akutte kriser il nødvendigvis er tjent nese, vil kjennskapet måter og mestring v nyttig med tanke på l tegi» som skal velges ligere mestrede kriser som en bekreftelse på i en situasjon der vec «ikke klarer noen tin

I kriseintervensjon den enkeltes situasjon trekkes bare inn i der tydning for forståelser eller mestringsmåte. I berøre en del historisk ressurser og svakheter med.

Terapeutens tilgjenge varighet.

Det er ønskelig å e kriserammede for å h nen utvikler seg, fo messige handlingsmå angst. En forsøker i eller offentliggjøre hj så tidlig som mulig. V en stor belastning for nye hjelpetilbud eller som et naturlig ledc hjelpeapparat kan er med kriserammede. knytte tidlig kontakt i lem får en alvorlig di ved plutselig dødsfall bud om veiledning f og enkemenn har alle å søke hjelp umiddel lertid dette fordre at informasjon utad og a i nettverket er aktive Ved oppsøkende v informerte sørgende og tilbød mulighet til

lig å gå inn på hva den enkelte har tapt, og på forhold som for eksempel tidligere rolle- og arbeidsdeling. Dette gir et inntrykk av de nye oppgavene den sørgende blir stilt ovenfor. Mens en ved akutte kriser ikke har mulighet til, eller nødvendigvis er tjent med en fullstendig anamnese, vil kjennskapet til en persons reaksjonsmåter og mestring ved tidligere kriser, være nyttig med tanke på hvilken «terapeutisk strategi» som skal velges. Gjennomgåelse av tidligere mestrede kriser vil også kunne fungere som en bekreftelse på individets mestringsevne i en situasjon der vedkommende føler at hun «ikke klarer noen ting».

I kriseintervensjon fokuseres det altså på den enkeltes situasjon, og «historiske» forhold trekkes bare inn i den grad de har direkte betydning for forståelsen av den nåværende krise eller mestringsmåte. Likevel vil førstesamtalen berøre en del historiske forhold for å kartlegge ressurser og svakheter hos den (de) kriserammede.

Terapeutens tilgjengelighet og intervensjonens varighet.

Det er ønskelig å etablere rask kontakt med kriserammede for å hindre at problemsituasjonen utvikler seg, for å motvirke uhensiktsmessige handlingsmåter, og for å redusere angst. En forsøker å ta aktiv kontakt med eller offentliggjøre hjelpetilbudet for å nå frem så tidlig som mulig. Visse situasjoner innebærer en stor belastning for de fleste. Ved å opprette nye hjelpetilbud eller bygge inn hjelpetilbud som et naturlig ledd i allerede eksisterende hjelpeapparat kan en satse på tidlig kontakt med kriserammede. F.eks. kan en i sykehus knytte tidlig kontakt med familier hvor et medlem får en alvorlig diagnose, eller har lidd tap ved plutselig dødsfall. Ved et frittstående tilbud om veiledning f.eks. i forhold til enker og enkemenn har alle i prinsippet mulighet til å søke hjelp umiddelbart. I praksis vil imidlertid dette forde at en har lagt stor vekt på informasjon utad og at personen selv eller andre i nettverket er aktive m.h.t. å søke kontakt.

Ved oppsøkende virksomhet, der vi aktivt informerte sørgende om veiledningstjenesten og tilbød mulighet til samtale, fant vi det nød-

vendig å vente til vel 3 måneder etter dødsfallet, for ikke å virke påtrengende (Ingebretsen, 1981a). Mange som opplevde samtalen som nyttig, gav på dette tidspunkt uttrykk for at de ikke ville ha maktet en slik kontakt tidligere. Umiddelbar intervensjon er derfor ikke alltid mulig og kanskje ikke alltid nødvendig eller «best». Mens noen mest trenger hjelp i en akutt fase kan andre ha behov for å stokke kortene på egen hånd og heller søke mulighet til klargjøring og gjennomdrøfting dersom de opplever at «kabalene ikke går opp».

I litteraturen om kriseintervensjon nevnes oftest en intervensjonsvarighet som strekker seg fra 4—6 uker og opp mot maksimum 2—3 måneder. Som en kuriositet kan nevnes at prematur avslutning av tradisjonell psykoterapi angis å finne sted innenfor samme tidsramme. Kriser som oppstår i forbindelse med sykdom og død medfører ofte kontakt som strekker seg over et lengre tidsrom. Livstruende sykdom vil ofte innebære tilbakevendende «krisetopper» sentrert rundt sykdommens stadier (f.eks. tilbakefall, amputasjon, nye behandlingsformer. osv.) Kronisk eller livstruende sykdom kan innebære en form for vedvarende krise med vekslende mellom fortvilelse og håp. Pasienten og pårørende som ofte lever i usikkerhet om sykdommens eventuelle progresjon vil også være meget sårbare for annen type livsstress de måtte oppleve. Personer som lider tap av nærstående gjennomlever kriseperioder som strekker seg langt utover de maksimalt 2—3 måneder som er angitt som intervensjonsvarighet i kriselitteraturen. Når en som terapeut står ovenfor sykdom- og døds kriser, må derfor den kriseterapeutiske tidsramme ofte utvides. Ofte kan det være tilstrekkelig med telefonoppfølging og mulighet for kontakt ved «krisetopper». Ved tap av ektefelle vil slike krisetopper kunne være selve dødsfallet, begravelse, påminnelse om avdøde i en rekke situasjoner, omstilling i forbindelse med overtagelse av nye roller i familien, hus/hjem og arbeid, evt. spørsmål om arv. En kan oppleve krisetopper ved at andre trekker seg mer unna eller at en må satse på etablering av nye kontakter eller læring av nye ferdigheter. Disse situasjonene har ikke alle preg av akutt krise, men kan true personens likevekt. Kortvarig

intervensjon vil kunne hindre at individet blir opphengt i ugunstige løsningsforsøk, faller tilbake på gamle, nytteløse metoder eller overveldes av fortvilelse. For mange kriserammede vil vissheten om terapeutens tilgjengelighet redusere angst og øke toleransen for stress. «Det hjelper å vite at jeg kan kontakte deg når jeg har behov for det.»

Det blir her en balansegang mellom å formidle trygghet om at en er tilgjengelig, og ved å legge vekt på en kort tidsramme og samtidig signalisere optimisme om at det her dreier seg om en overgangssituasjon. Kort tidsramme kan i seg selv ha en strukturerende virkning på person/familie, men avhenger av i hvilken grad vedkommende selv øyner noen løsning og kan dele en slik optimisme. En kort tidsramme kan ha den ulempe at den legger et press på de kriserammede til å «ta seg sammen», slik at de senere «faller sammen». Det er ikke bare hurtige beslutninger som skal tas i disse timene, men en understrøm av angst, resignasjon, fortvilelse og håp skal også tas vare på. Dette kan medføre at tidsrammen ofte må utvides og at kriseintervensjon enkelte ganger mer flyter sammen med tradisjonell psykoterapi. Der f.eks. sykdom og død vekker til live sterke, uforløste følelser i forbindelse med tidligere dødsfall eller adskillelse, kan det være nødvendig å gi mulighet for en bearbeiding av disse, selv om det derved både går på tvers av prinsippene om kortvarighet og fokus på her-og-nå-situasjonen.

Dersom en i for stor grad går på tvers av disse prinsippene, vil dette imidlertid gå ut over terapeutens mulighet til å være tilgjengelig under og etter krisen. Ønske om tilgjengelighet er vanskelig å oppfylle når klientmengden blir stor ved utvidelse av tidsrammen. Det skal ikke legges skjul på at dette bruddet mellom ideal og virkelighet til tider fører til «venteliste» også i kriseintervensjonsarbeid. Bedre utnyttelse av eksisterende hjelpeapparat med henvisning av «langtidsproblemer» og målbevisst arbeid for å gjøre intervensjonen kortvarig er nødvendig for til enhver tid å ha et intervensjonstilbud. Dersom det var flere instanser som arbeidet med kortvarig intervensjon og veiledning (krisesentra) ville dette gjøre situasjonen lettere.

Vi har påpekt behovet for å øke tidsspennet for intervensjon ved visse typer kriser. Et kjennetegn ved kriseintervensjon er nettopp den store variasjon både i omfang og lengde av kontakt. Øket forståelse av individuelle variasjoner i krisereaksjoner fordrer økt fleksibilitet fra terapeutens side. I noen tilfelle kan en enkelt samtale utgjøre hele intervensjonen, andre ganger vil en lang inntaktssamtale følges av hyppige samtaler i dagene som følger, før intervensjonen trappes ned. Intervensjonens lengde varierer med praktiske begrensninger, type krise og de problemer som avdekkes underveis. Ved kriser som sorg etter dødsfall, ligger det i sakens natur at en ikke venter noen rask og fullstendig «løsning». Den kognitive og følelsesmessige bearbeiding vil kreve lang tid. Selv om det i noen tilfelle kan være nødvendig med f.eks. ukentlige støttesamtaler over et lengre tidsrom, vil det ofte være tilstrekkelig med sjeldnere oppfølging der klienten kan henvende seg ved krisetopper. For en terapeut kan det være vanskelig å innse at om klienten har det vanskelig, så gir det i seg selv ikke grunn for hyppige samtaler. Sorgbearbeiding er pr. definisjon smertefull, og en skal være forsiktig med å støtte opp under magiske forestillinger hos seg selv og/eller klienten om at en kan «lindre smerter raskt og effektivt». Dette kan medføre skuffelse, avvisning eller angst for avvisning både hos terapeut og klient.

En aktivt strukturerende holdning i kriseintervensjon.

De krav som stilles til en terapeut ved kriseintervensjon går ut på at han eller hun skal være aktiv, dirigerende, strukturerende og skal fremstå som en kompetent ekspert. De nevnte egenskaper må selvfølgelig suppleres med en formidling av forståelse.

I en situasjon med labil likevekt hos klienten bør terapeuten ha en aktiv holdning til det som foregår og lede personen med spørsmål og kommentarer. Når klienten ofte er, eller står i fare for å bli, overveldet av situasjonen er det ikke på sin plass med noen fri assosiasjonsmetode. I denne situasjonen bør terapeuten gjennom aktiv informasjonsheving og styring av prosessen støtte opp om individets

mestringsmåte. Ved det være nødvendig «lukke til» eller utsom er for vanskelig tidspunkt. F.eks. ble vorlig sykt barn etter feilbehandling ved vente med å ta opp anbefalt å konsentrere sykdomsforløp, og «feilbehandlingen» s

Hovedsiktetpunktet holdning blir å støtte ringsevne slik den ulike tidspunkt i kris eller ved akutt over aktiv innsats på det formidler av kontak som skole, barnehag tor, arbeidssted, m.n fordre at en går inn toppen. For en som takte sykehuset for om hvordan ektefell takt og undersøke Angst og uro kan og førstekontakten, or eller selv er til stede fra terapeutens side av mengden av fø slik at en holder overveldelse innenfor kompetent ekspert n alltid er på sin plass simultant. Den aktiv skelige problemer n midler støtte der kl sin opplevelse av s ut, etc. En aktiv ho veksles med at tera bekostning av klien

I forhold til me situasjon må en fin eget initiativ, f.eks. ratet forøvrig, og s For sterkt engasje kan lett resultere i vitet og håpløshetsf ganger er det imidle fra terapeutens side

mestringsmåte. Ved trusel om overveldelse kan det være nødvendig å hjelpe vedkommende å «lukke til» eller utsette å ta opp problemer som er for vanskelige å løse på det nåværende tidspunkt. F.eks. ble et ektepar som fikk et alvorlig sykt barn etter hva de selv opplevde som feilbehandling ved fødeklubben bedt om å vente med å ta opp dette problemet. De ble anbefalt å konsentrere seg om barnet og dets sykdomsforløp, og heller komme tilbake til «feilbehandlingen» senere.

Hovedsiktetpunktet med terapeutens aktive holdning blir å støtte opp om individets mestringsevne slik den kommer til uttrykk på ulike tidspunkt i kriseforløpet. Ved krisetopper eller ved akutt overveldelse kan dette fordre aktiv innsats på det praktiske plan, f.eks. som formidler av kontakt med ulike institusjoner som skole, barnehage, helsevesen, trygdekontor, arbeidssted, m.m. I noen tilfelle kan dette fordre at en går inn for å fjerne deler av krisetoppen. For en som har gruet seg til å kontakte sykehuset for å få nærmere informasjon om hvordan ektefellen døde, kan en ta kontakt og undersøke dette for vedkommende. Angst og uro kan også dempes om en formidler førstekontakten, ordner med en fast avtale, eller selv er til stede, osv. En aktiv holdning fra terapeutens side innebærer en regulering av mengden av følelsesmessige utfordringer slik at en holder situasjonens karakter av overveldelse innenfor tolerable grenser. Som kompetent ekspert må en erkjenne at det ikke alltid er på sin plass å bearbeide alle problemer simultant. Den aktive konfrontasjon med vanskelige problemer må veksle med at en formidler støtte der klienten får snakke fritt om sin opplevelse av situasjonen, får gråte, rase ut, etc. En aktiv holdning må derfor ikke forveksles med at terapeuten står ved roret på bekostning av klienten.

I forhold til mennesker i en akutt krisesituasjon må en finne en balansegang mellom eget initiativ, f.eks. i forhold til hjelpeapparatet forøvrig, og støtte til klientens initiativ. For sterkt engasjement fra terapeutens side kan lett resultere i handlingslammelse, passivitet og håpløshetsfølelse hos klienten. Mange ganger er det imidlertid påkrevet med handling fra terapeutens side fordi kriser lamslår kli-

enten(e). Krav til egenaktivitet hos klienten vil da lett overstige klientens kapasitet. Den rollen psykologen ofte trer inn i kan kanskje best kalles for «brobygger». Vi skal gi et eksempel på hvordan psykologer kan virke som brobyggere innad i et sykehus:

Mange foreldre som opplever alvorlig sykdom hos barn, har problemer med å formulere sine tanker omkring det som har hendt. Mange vil ikke komme ut med sine spørsmål når de står overfor legen. I samtale med psykolog vil de ofte snakke om sin angst og forståelse av sykdommen, og spørsmål som legen best kan svare på vil dukke opp. Psykologen kan da enten hjelpe foreldrene til å formulere disse spørsmålene, sette dem ned skriftlig slik at de kan ta dem opp i samtale med legen, eller psykologen kan spørre for foreldrene. Som brobygger til f.eks. skolen kan psykologen ha samtale med den syke elevens lærer i fellesskap med lege og eventuelt foreldre. Slik kontakt vil kunne bedre elevens tilbakeføring og dagligliv i skolen.

Som brobygger vil også psykologen kunne ta opp med sykehusavdelingen hvordan foreldrene opplever situasjonen, og derved bedre avdelingens forståelse for familien. Ved å være en aktiv modell for kriserammede mennesker og støtte dem til konstruktiv aktivitet kan en fremme håndtering av krisen.

I samtalene med kriserammede fordres en aktiv holdning til den situasjon de er oppe i. Gjennom måten å stille spørsmål på, informerer en samtidig om vanlige reaksjoner ved krise. Ved å fremheve deres reaksjoner som normale kan en redusere «galskapsangst» og håpløshetsfølelse som hindrer dem i å forsøke å møte situasjonen på en mer aktiv måte. I samtaler med sørgende opplever en ofte at de stiller spørsmål «kan dette være normalt?» Når de får vite at f.eks. slapphet, initiativløshet og konsentrasjonsvansker kan forstås ut fra sorgen, blir det lettere å bevare håpet om at de vil bli «seg selv igjen». Med tanke på omfang og type terapeutisk aktivitet, er det viktig å forstå hvor den enkelte befinner seg i kriseforløpet. Aktiviteten vil tilpasses ulike situasjoner, f.eks.

vil aktiviteten være forskjellig overfor et menneske som er i sjokktilstand umiddelbart etter et dødsfall, og et menneske som har behov for å gi uttrykk for, og bearbeide egne følelser en tid etter et dødsfall. Ved såkalt kronisk sorg der sorgen oppleves sterk og intens, som et åpent sår i lang tid etter dødsfallet, kan det være mest hensiktsmessig å arbeide for å finne avledninger fra ensidig fokus på tapet og etablere nye former for kontakter og engasjement. Når en på grunn av unngåelse ikke har gjennomarbeidet en sorg, kan det være nødvendig å nyttiggjøre seg aktive konfrontasjonsteknikker. I alle disse situasjoner må terapeutens aktivitet og intervensjonsmetoder avpasses individet og vedkommendes mestringsmåter. Selv om aktiv konfrontasjon, bearbeiding og evne til å møte utfordringer står sentralt ved kriser, må en innrette seg på at det noen ganger hovedsaklig er spørsmål om å kunne «overleve».

For å fremme adekvat mestring av en krise, må en danne seg et bilde av i hvilken grad situasjonen er korrekt oppfattet, og i hvilken grad personen er i stand til både en kognitiv og følelsesmessig bearbeiding av det som er skjedd.

Forsvarsmekanismer som isolering av affekt, benektning og avledning gjennom fysisk aktivitet går ofte hånd i hånd med mer aktive mestringsmetoder (Chodoff, 1964). Det er vanlig med vekslning mellom aktive og passive mekanismer i forhold til det oppståtte problem. Pearlin og Schooler (1978) understreker betydningen av et vidt spekter av mulige mestringsmetoder. Ved sorg skal en f.eks. være oppmerksom på hvordan nærhetsopplevelser, overtagelse av avdødes vaner, etc. kan fungere adaptivt i en tilpasningsprosess. Når det gjelder spenningsreduksjon er det særlig lagt vekt på gråt som en form for katarsis ved krisesituasjoner. Som vi tidligere har vært inne på, må dette sees i forhold til personens tidligere mestringsmåte, og i forhold til selv vurdering. For enkelte kan det innebære en trusel å «la masken falle». Det fordres da at en har bygget opp et godt tillitsforhold i terapien og viser respekt for den enkeltes måte å sørge på.

Kriserammede kan være ambivalente i forhold til terapeut og hjelp. Personen vil på

samme tid både ha og ikke ha hjelp, vil og vil ikke arbeide med nye problemer, inngå samarbeidsavtaler, osv. Enkelte kan reagere mot hjemmeoppgaver på grunn av at de er redde for ansvar og forpliktelser. Mange enker og enkemenn forteller at de i over ett år etter ektefelles død har problemer med å tenke fremover. Det kan oppleves som truende å skulle utvikle seg bort fra det en var (sammen med ektefellen). I en situasjon der de føler seg overveldet av et nytt og stort ansvar kan de reagere mot alt som fordrer noe av dem. Dette gjør det vanskelig å regne med «strømlinjeformede» kontrakter og samarbeidsavtaler. For eldre som i liten grad definerer seg selv aktivt hjelpsøkende i forhold til psykolog kan det her være av betydning at hjelp og oppfølging skjer innenfor rammen av forskning og forsøksvirksomhet. Ved å betone at en lærer noe *fra* de kriserammede motvirkes det skjeve bytteforholdet. Ubalanse i hvem som gir og hvem som får er vist å ha uheldige konsekvenser for klientene (Fisher, Nädler & Whitcher-Alagna, 1982). Etter at en krise er over kan mange ha ønske om videre kontakt. Dette nødvendiggjør fleksibilitet og tilgjengelighet, men oppfølgingssystemet kan også baseres mer på selvhjelpsprinsipper, der det ikke er nødvendig med direkte terapeutisk kontakt (Ingebretsen, 1981a). For andre kan kriseintervensjon være et naturlig utgangspunkt for å arbeide videre med problemer på egen hånd eller eventuelt søke terapi dersom det er nødvendig.

Omsorg og støtte fra det sosiale nettverk.

I en rekke undersøkelser er det vist at venner og familie kan gi ulike former for støtte og omsorg som reduserer risikoen for en forringelse av den psykiske og fysiske helse i vanskelige livssituasjoner (Cobb, 1976; Kaplan, Cassel & Gore, 1977; Andrews & Tennant, 1978; Lin et al., 1979; Haggerty, 1980). Avgjørende nettverksfaktorer kan være selve tilstedeværelsen av andre (Bunch, 1972), eller det å ha en fortrolig samtalepartner (Lowenthal & Haven, 1968). Ved sorg har en sett betydningen av noen å snakke åpent med ut fra forståelse av at dette kan understøtte sorgarbeidet (Maddison & Walker, 1967). Hirsch

(1979, 1980) skiller ut og hjelp til kognitiv skjedd som avgjørende ved ulike former for ligheter for å tilby avgjørende (Hirsch, 1977).

Som terapeut vil kriserammede til å ut fra sitt sosiale nett arbeidskolleger). Det

De kriserammede *de kan motvirke sammenbrudd i det form for antisipato ved alvorlig sykdom feller vil vennekonta holder seg borte, et takt, eller sykdomme het og levner liten. Der de kriserammede telle hva som er sk gerer kan dette hinc ståelser og avstand.*

Vi skal her nevne problemer etter død

En enke var nå forhold til sin ven tatte ganger lovet på besøk, men h øyeblikk. Når h ringte satt hun i bestemt at neste Hun hadde planer på en bedre midd Hun lurte på den venninnene, som tålmodigheten. Fe hjelpes til å sette c si fra at hun ikke c selskap, at hun i komme hjem til t forsto hun sitt «s

Som dette eksemp med mange poten trengte hjelp til å f former som gjør at gjøre seg disse kon «permisjon» fra de

(1979, 1980) skiller ut mulighet til rådgivning og hjelp til kognitiv forståelse av det som har skjedd som avgjørende nettverksfunksjoner ved ulike former for kriser. Nettverkets muligheter for å tilby alternative roller blir og avgjørende (Hirsch, 1979, 1980; Walker et al., 1977).

Som terapeut vil oppgaven være å hjelpe kriserammede til å utnytte den støtte de kan få fra sitt sosiale nettverk (venner, familie og arbeidskolleger). Dette kan skje på flere måter:

De kriserammede kan få *råd om hvordan de kan motvirke sosial isolasjon* og hindre sammenbrudd i det sosiale nettverk. Denne form for antisipatorisk rådgivning er viktig ved alvorlig sykdom og dødsfall. I mange tilfeller vil vennkontakten forfalle fordi venner holder seg borte, etterlatte tar ikke selv kontakt, eller sykdommen krever all oppmerksomhet og levner liten tid for andre ting, osv. Der de kriserammede selv kan bryte isen og fortelle hva som er skjedd, og hvordan de reagerer kan dette hindre at det oppstår misforståelser og avstand.

Vi skal her nevne et eksempel på nettverksproblemer etter dødsfall:

En enke var nær ved å ødelegge sitt gode forhold til sin vennegruppe ved at hun gjen-tatte ganger lovet «på tro og ære» å komme på besøk, men hun trakk seg alltid i siste øyeblikk. Når hennes trofaste venninner ringte satt hun i sin trygge stue og mente bestemt at neste gang ville hun klare det. Hun hadde planer om å invitere venninnene på en bedre middag, men utsatte det stadig. Hun lurte på denne måten både seg selv og venninnene, som rimeligvis begynte å miste tålmodigheten. Først når denne enken kunne hjelpes til å sette ord på dette, når hun kunne si fra at hun ikke orket å lage i stand middags-selskap, at hun ikke holdt ut tanken på å komme hjem til tomheten etter et godt lag, forsto hun sitt «selvbedrag».

Som dette eksemplet viser kan også en person med mange potensielt støttende kontakter, trenge hjelp til å finne frem til nye kontakts-former som gjør at han eller hun kan nyttig-gjøre seg disse kontaktene. Vår klient trengte «permisjon» fra den tidligere samværsformen,

men kunne godt tenke seg en pratetund med en venninne over en kopp te. Vi ser hvor viktig det kan være å avslutte *en* kontaktform uten derved å avskjære mulighetene for en annen type kontakt eller gjenopptagelse av kon-takten senere. Foreldre til barn med livstruende sykdommer vil også ofte «innsnevre» sin kon-takt med sine venner til noen de har et spesielt godt forhold til, men trenger råd som kan be-vare det nettverket de tar pause fra.

Noen mennesker vil i en krisesituasjon ikke orke samværet med sine venner. De har hverken krefter eller overskudd til slik kontakt. I slike tilfeller må terapeuten hjelpe personen til å akseptere dette, men kanskje forsøke å tids-avgrense denne perioden slik at ikke forbin-delsene til venner og andre lider varig skade. Andre mennesker føler sterk ambivalens til kontakt med andre og de trenger å få satt ord på denne følelsen.

Det er ingen enkel sammenheng mellom til-stedeværelsen av et godt sosialt nettverk og bedret helse. Vårt inntrykk er at eksisterende nettverksforskning enda i liten grad har fanget opp de finere nyanser i samspillet mellom kriserammede personer og deres nettverk. Vi skal illustrere dette med et eksempel som viser hvordan tilstedeværelsen av et tett og støttende nettverk ikke var til stor hjelp under en krise.

I en familie med et alvorlig sykt barn bodde familien nært både besteforeldre og annen familie og venner. Det var hyppig og god kontakt med dette nettverket, og besteforeldrene og familie bisto både med praktisk og økonomisk hjelp. I samtale med mor forteller hun også at hun føler hun har god emosjonell støtte hos familien og nett-verket ellers. På et område har hun imidler-tid ingen mulighet for støtte. Ingen i det nære nettverket kan snakke om det som mor opplever som det vanskeligste for henne; barnets dårlige prognose. Å snakke om det sier hun «det kan de ikke ta, det klarer de bare ikke, da bryter de sammen». På det området foreldrene har størst behov for støtte kan de ikke gjøre bruk av nettverket.

Eksemplet illustrerer hvordan et «tett» nett-verk som vanligvis evner å gi både emosjonell, praktisk og økonomisk hjelp mer kan bli til

belastning enn til hjelp på det område som oppleves viktigst av foreldrene. I dette tilfelle blir det terapeutens oppgave å snakke med foreldrene om den alvorlige prognose og de følelser den skaper hos dem slik at det i alle fall er noen som kan snakke med dem om dette uten å bryte sammen.

Dette eksemplet illustrerer også et annet forhold. Kriserammede opplever ofte at de nære omgivelsene reagerer sterkt på det som har inntruffet. Spesielt ved dødsfall kan mange etterlatte (foreldre, enker og enkemenn) måtte støtte andre i den nære slekt som reagerer sterkere enn de selv gjør. Når barn dør er det ofte besteforeldre-generasjonen som trenger hjelp og støtte, når voksne dør kan avdøde barn eller foreldre trenge spesiell oppmerksomhet og hjelp. Mange etterlatte har nytte av å bli informert og forberedt på de reaksjoner de kan møte hos sine nærmeste og sine venner, og de er takknemlige for råd og eksempler på hvordan andre har taklet lignende situasjoner.

Mennesker som står overfor sykdom og død vil møte klare forventninger om hvordan de skal forholde seg i sitt daglige liv. Kravet til konformitet vil være sterkest i «tette» nettverk. I en del tilfelle vil de kriserammedes behov eller atferd komme på tvers av de sosiale forventningene. En mor til et alvorlig sykt barn mottok f.eks. klare reaksjoner fra naboer fordi hun åpent informerte sitt 7-årige barn om barnets prognose. «Sånt sier man da ikke til barn». Tilsvarende sanksjoner kan gjelde for sørgende som blir betraktet som «for åpne» eller «for lukkede», for «kalde» eller for «følsomme», for «tragiske» eller for «glade» osv. I praktisk klinisk arbeid må en i tillegg til den enkelte klients normer og egne faglige retningslinjer ta hensyn til miljøets toleransegrense.

Som terapeut har en imidlertid som viktig oppgave å hjelpe de kriserammede til å regulere og ta vare på kontakten med venner og familie. For noen er det urealistisk å forvente at det eksisterende nettverk skal kunne formidle den støtte og kontakt som trengs i en krisesituasjon. Andre vil gjennom et «tett» nettverk klare seg godt gjennom den første tiden, men oppleve savn av nye kontaktmulig-

heter senere. Som kriseintervenator er det viktig å danne seg et godt bilde av den hjelp de kriserammede kan påkalle i situasjonen, og så langt som mulig hjelpe dem til å mobilisere «naturlige» hjelpere blant venner og familie. Der det oppstår spesielle vansker f.eks. ved at kontakten kun gis på visse premisser (at en er optimistisk, positiv, osv.) eller det oppleves skjevhet i bytteforholdet til andre fordi de mottar for mye, kan en ta dette opp med deler av nettverket til stede (nettverks-terapi) eller diskutere med klienten (familien) hvordan hun eller han skal forholde seg til dette.

Psykologrollen ved kriseintervensjon.

Dersom vi skulle forsøke å finne en fellesnevner for de intervensjonsprinsipper vi har vært inne på må det bli *fleksibilitet*. Dette gjelder fleksibilitet både i antall kontakter, tidsrammen for kontakt, sted for kontakt, type og innhold av kontakt. De intervensjonsstrategier som velges må tilpasses etter type krise og de praktiske forhold som intervensjonen skjer under.

Dette medfører at rolleutformingen ved kriseintervensjon kan bli nokså forskjellig fra den vanlige terapeut/klientkontakt. Ofte er betingelsene for å inngå en *kontrakt* med de kriserammede ikke til stede. Intervensjonen kan skje her og nå; ved sengekanten på et sykehus eller ved en lengre telefonsamtale der en ukjent person ringer inn og forklarer sitt problem. De uvante betingelsene som en ofte arbeider under, gir mindre trygghet enn der terapeutens aktivitet utspiller seg på vedkommendes kjente kontor. Det akutte og upredikbare ved kriser, fordrer dessuten praktisk kunnskap om ulike ressurser som kan utnyttes i situasjonen.

I arbeid på et sykehus, i korridoren eller «ved sengekanten» vil andre lett få innsyn i det en gjør. Slikt arbeid på «utstilling» vil selvfølgelig kunne virke angstprovoserende for terapeuten. Særlig gjelder dette i situasjoner der en står for tenkemåter og synspunkter som ikke gjennomsyres det system en arbeider i. Når det gjelder arbeid med eldre mennesker i krise, og kanskje særlig der intervensjonstil-

budet inngår i en for-
rette seg på å hjelpe
de ofte ikke selv ha
kan trenge mye hj
at de skal inngå en
kan dessuten være
opp av faste avtal
kan i slike situasj
den sørgende å de
«bidrag til forskn
for eget hjelpebeh

Når en stadig e
som har opplevd
ger, setter det store
ressurser. Emosjon
sert ved tap av ide
med det en gjør, ka
hjelper stadig utset
livssituasjoner, uten
energireservoar. I t
å jobbe nært og i
mennesker kan en h
en i for stor grad s
reduerte venteliste
for mange «gamle»
oppfølging. I krise
derfor bygge inn m
egne opplevelser og
sle mellom ulike t
out» etter intensive
berger, 1974; Pine
bretsen, 1979; Dy
dalen, 1982).

Referanser

- Andrews, G. & Tennant
tric illness. *Psycholo*
- Baldwin, B. A. A pa
emotional crises: Im
American Journal
538-551.
- Bowlby, J. Loss, sadne
of attachment and la
and the Institute of P
- Bunch, J. Recent bere
matic Research, 1972
- Burgess, A. W. & I
health: Target popul
Prentice Hall, 1976.
- Caplan, G. *An approa*
New York: Grunc &

budet inngår i en forsøksordning, må en innrette seg på å hjelpe folk med problemer som de ofte ikke selv har satt ord på. Selv om de kan trenge mye hjelp, kan vi ikke forvente at de skal inngå en klar kontrakt med oss. De kan dessuten være engstelige for å bli bundet opp av faste avtaler og forventninger. Det kan i slike situasjoner være hensiktsmessig for den sørgende å definere samtalene som sitt «bidrag til forskningen» mer enn som uttrykk for eget hjelpebehov.

Når en stadig eksponeres for mennesker som har opplevd kriser eller livsoverganger, setter det store krav til terapeutens egne ressurser. Emosjonell utbrenthet karakterisert ved tap av idealisme, energi og formål med det en gjør, kan bli resultatet når en som hjelper stadig utsettes for andres dramatiske livssituasjoner, uten at en får påfylt sitt eget energireservoar. I tillegg til belastningen ved å jobbe nært og intenst i forhold til andre mennesker kan en ha for mange klienter, fordi en i for stor grad satser på tilgjengelighet og reduserte ventelister. Problemet økes dersom for mange «gamle» klienter ønsker kontakt og oppfølging. I kriseintervensjonsarbeid bør en derfor bygge inn muligheter for samtaler om egne opplevelser og reaksjoner, å kunne vekle mellom ulike typer arbeid og ta «time-out» etter intensive arbeidsperioder (Freudenberger, 1974; Pines & Maslach, 1978; Ingebreetsen, 1979; Dyregrov, Finne & Raundalen, 1982).

Referanser

- Andrews, G. & Tennant, C. Live event stress and psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 1978, 8, 545-49.
- Baldwin, B. A. A paradigm for the classification of emotional crises: Implication for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1978, 48, 538-551.
- Bowlby, J. *Loss, sadness and depression. Volume three of attachment and loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1980.
- Bunch, J. Recent bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 1972, 16, 361-366.
- Burgess, A. W. & Lazare, A. *Community mental health: Target populations*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall, 1976.
- Caplan, G. *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton, 1964.
- Caplan, G. Patterns of parental response to the crisis of premature birth. *Psychiatry*, 1960, 23, 365-74.
- Chiriboga, D. A. & Cutler, L. Stress adaptation: Life span perspectives, in C. W. Poon, *Aging in the 1980's*. Washington: American Psychological Association, 1980.
- Chodoff, P.; Friedman, S. B. & Hamburg, D. A. Stress, defenses and coping behavior: Observation in parents of children with malignant disease. *American Journal of Psychiatry*, 1964, 120, 743-49.
- Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38, 300-314.
- Cullberg, J. *Krise og utvikling*. København: Steen & Hasselbachs forlag, 1976.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley, 1974.
- Dyregrov, A. *Psykososial katastrofeintervensjon*. Rapport om psykososiale konsekvenser etter katastrofer. En oversikt over nødvendig psykososialt arbeid forut for, under og etter en katastrofe. Bergen, mai 1982.
- Dyregrov, A.; Finne, P. H. & Raundalen, M. «Burn-out» syndromet. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 1982, 102 (14), 786-788.
- Erikson, E. H. *Childhood and society*. New York: W. W. Norton and Co., 1950.
- Erikson, E. H. *Identity and the life cycle, selected papers*. New York: International Universities Press, 1959.
- Ewing, C. P. *Crisis intervention as psychotherapy*. New York: Oxford Univ. Press, 1978.
- Fisher, I. D.; Nadler, A. & Whitcher-Alagna, S. Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 1982, 91 (1), 27-54.
- Freudenberger, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974, 30, 159-165.
- Golan, N. *Treatment in crisis situations*. London: The free press, 1978.
- Haggerty, R. J. Life stress, illness and social supports. *Developmental Medicine Child Neurology*, 1980, 22, 391-400.
- Hirsch, B. J. Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 1979, 7, 263-277.
- Hirsch, B. J. Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 1980, 8, 159-172.
- Ingebreetsen, R. Har snille omsorgskvinner lov til å bli følelsesmessig utslitte? Oslo: NAVF's sekretariat for Kvinneforskning. Seminar. *Rapport om lønnet og ulønnet omsorg*. Arbeidsnotat nr. 5, 1979.
- Ingebreetsen, R. Sorg hos eldre, erfaringer fra Veiledningstjeneste for enker og enkemenn. Reykjavik. Den første nordiske gerontologikongress, 2. juni 1981 a.
- Ingebreetsen, R. Sorg — som almenmenneskelig erfaring, teoretisk, klinisk og forskningsmessig utfordring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Supplementnr. 1, 18, 1981 b, 43-77.
- Janis, I. *Psychological stress*. New York: Wiley, 1958.
- Jacobsen, G. F.; Strickler, M. & Morley, W. Generic and individual approaches to crisis intervention. *American Journal of Public Health*, 1968, 58, 335-343.
- Kaplan, B. H.; Cassel, J. C. & Gore, S. Social support

- and health. *Medical Care*, 1977, 15, (No 5 supplement), 47-58.
- Kaplan, D. M. & Mason, E. A. Maternal reactions to premature death viewed as an acute emotional disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1960, 30, 539-552.
- Langsley, D. G. Three models of family therapy: Prevention crisis treatment or rehabilitation. *Journal of clinical psychiatry*, 1978, 39, 792-796.
- Lazarus, R. S. *Psychological stress and the coping process*. London: McGraw Hill Book Company, 1966.
- Lin, N.; Ensel, W. M.; Simeone, R. S. & Kuo, W. Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of health and Social Behavior*, 1979, 20, 108-119.
- Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101, 141-148.
- Lowenthal, M. F. & Haven, G. Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Social Review*, 1968, 33, 20-20.
- Maddison, D. C. & Walker, W. L. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113, 1057-1067.
- Maslach, C. & Pines, A. The burnout syndrome in the daycare setting *Child Care Quarterly*, 1977, 6, 100-113.
- Parad, H. J. & Caplan, G. A. Framework for studying families in crisis. *Social Work*, 1960, 5, 3-15.
- Parkes, C. M. *Sorg*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1976.
- Parkes, C. M. Determinants of outcome following bereavement. *Omega*, 1975, 6, 303-323.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978, 19, 2-21.
- Pittman, F. S. III. Managing acute psychiatric emergencies: Defining the family crisis. I D. A. Bloch (Ed.) *Techniques of family psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1973.
- Rabkin, J. G. & Struening, E. L. Life events, stress and illness. *Science*, 1976, 194, 1013-1020.
- Ramsey, R. W. Bereavement: A behavioral treatment of pathological grief. In P. O. Sjøden, S. Bates and W. Dockens (Eds.) *Trends in behavioral therapy*. New York: Academic Press, 1979.
- Resnik, H. L. P. & Ruben, H. *Emergency psychiatry care. The management of mental health crisis*. Bowie, M. D.: The Charles Press Publ., 1975.
- Schneidman, E. Crisis intervention: Some thoughts and perspectives. I G. A. Specter & W. L. Claiborn (Eds.) *Crisis intervention*. New York: Behavioral Publ., 1973.
- Smith, L. L. Crisis intervention. Theory and practice. *Community Mental Health Review*, Vol. 2, No. 1, 1977, 4-13.
- Specter, G. A. & Claiborn, W. L. *Crisis intervention*. New York: Behavioral Publ., 1983.
- Umana, R. F.; Gross, S. J. & McConville, M. T. *Crisis in the family. Three approaches*. New York: Gardner Press, 1980.
- Walker, K. N.; MacBride, A. & Vachnon, M. L. S. Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 1977, 11, 35-41.

Weisman, A. D. *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1969.

Postadresser:

Atle Dyregrov
Barneklubben
Haukeland sykehus
5016 Haukeland sykehus.
Tlf. (05) 29 80 60.

Reidun Ingebretsen
Institutt for samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen
5014 Bergen-U.
Tlf. (05) 32 00 40.

Tidsskrift for Norsk P

Psykoterapi ve En tilnærming b «The psycho-ana

SIGRID KNUDTZ

Psychotherapy of p.

Abstract. — The art
Donald Meltzer's b
process».

In five of the cha
discription of centra
therapeutic process.

The article is co
of Meltzer's discripti

Innledning

Donald Meltzer er a
England som psyko
hos Melaine Klein,
relasjonsteorien dan
forståelse av person
terapeutiske prosess

Wilfred Bion er
har hatt innflytelse
sielt Bions analyse
mer og språk har o
at språket er det
den terapeutiske pr

«The psycho-anal
i 1967. Bokens fe
sentrale stadier i ps
understreker flere g
oppskrift i psykote
for terapeuter til å
skal en ikke ta me
står i boken, men b
og ro på sitt konte
har foregått i time
være «tilstede» men
mer gjennom notat
drøftinger.