

Józefa Grodecka, Renata Kałucka, Krzysztof Sarzała,
Arkadiusz Żukiewicz

Standard interwencji kryzysowej



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Spis treści

| | |
|--|----|
| Spis treści..... | 3 |
| I. Wprowadzenie..... | 4 |
| II. Definicja usługi..... | 5 |
| III. Cel usługi, osiągane rezultaty..... | 6 |
| Cel główny | 6 |
| A. Cele dot. osoby w kryzysie..... | 6 |
| B. Cele dot. rodziny dotkniętej kryzysem..... | 7 |
| C. Cele dot. grupy dotkniętej wspólnym kryzysem | 7 |
| D. Rezultaty..... | 8 |
| IV. Zakres podmiotowy usługi | 9 |
| A. Osoba w kryzysie | 9 |
| B. Rodzina w kryzysie | 13 |
| C. Grupa (społeczność) dotknięta wspólnym kryzysem | 15 |
| V. Zakres przestrzenny usługi | 17 |
| VI. Zakres rzeczowy usługi..... | 18 |
| 1. Zakres czynnościowy usługi..... | 18 |
| 2. Sekwencja czynności usługowych | 22 |
| 3. Narzędzia i metody usługi | 27 |
| 4. Przewidywany czas wykonywania usługi | 35 |
| VII. Warunki spełnienia usługi..... | 37 |
| 1. Warunki materialne | 37 |
| 2. Wsparcie usługodawców | 40 |
| 3. Kwalifikacje usługodawcy | 42 |
| VIII. Ewaluacja | 42 |
| IX. Typowe problemy usługi..... | 46 |
| 1. Kwestia bezpieczeństwa..... | 46 |
| 2. Problemy związane z pracą w zespole | 48 |
| 3. Kwestia wypalenia | 48 |
| 4. Problem: przeciwprzeniesienie..... | 49 |
| 5. Problem: wyczerpanie współczuciem | 49 |

I. Wprowadzenie

Ludzie znajdują się w stanie kryzysu, kiedy napotykają na przeszkody w osiągnięciu ważnych celów życiowych – przeszkody, które w tym czasie wydają się nie do pokonania za pomocą zwyczajowych metod rozwiązywania problemów. Powoduje to stan dezorganizacji i zamieszania, w którym podejmowane są liczne próby nieudanych rozwiązań (Caplan, 1961)¹.

Tradycyjny chiński ideogram przedstawia słowo „kryzys” jako paradoksalnie zbudowane, tajemnicze zjawisko – kompleks odległych od siebie, jak dwa bieguny: szans i zagrożeń. Interwencja kryzysowa opisywana w niniejszym materiale jest równie złożoną i skomplikowaną materią. Jest sumą: ostrzeżeń przed wyniszczającym lękiem, cierpieniem, czasem śmiercią i perspektyw pełnych nadziei na dobre zmiany, rozwój i samorealizację.

Standard opisuje interwencję kryzysową czyli drogę „formalnego opanowania kryzysu” rozumianego, jako instytucjonalne działanie wyspecjalizowanych służb kryzysowych bądź powołanych do tego instytucji (głównie pomocy społecznej), w odróżnieniu do „naturalnego opanowania kryzysu”, czyli samodzielnych, często intuicyjnych wysiłków osób w kryzysie wspieranych przez rodziny i bliskich².

W praktyce działania służb, np. zdrowia lub oświatowych, interwencja kryzysowa jest traktowana jako procedura pomocy psychologicznej. W tym środowisku opisuje się ją najczęściej językiem psychologii, czerpiąc obficie z dorobku psychologii i psychoterapii. Jej formułowane założenia, cele i zadania wywodzą się z wielu różnych nurtów i nie zawsze są spójne i powszechnie akceptowane. Wymaga wyraźnego odróżnienia od innych zadań, np. od terapii, mediacji, przeciwdziałania przemocy lub interwencyjnego udzielania schronienia bezdomnym, pogorzelcom, itp. Jednak już od 1998 roku interwencja kryzysowa stała się w Polsce specyficzną, złożoną i wysoce specjalistyczną usługą wchodzącą w zakres świadczeń z zakresu pomocy społecznej. Jej rola została dostrzeżona i doceniona w związku z bolesnymi i tragicznymi doświadczeniami: pożaru Hali Stoczni Gdańskiej w 1994 roku, powodzi na południu Polski w 1998 roku i w Gdańsku w 2001 roku, katastrofy hali MT w Katowicach w 2006 roku, pożaru hotelu socjalnego w Kamieniu Pomorskim, w 2009 roku, w związku z wypadkami polskich autokarów w Jeżewie pod Białymstokiem (2005), we Francji (2007) i pod Berlinem (2010). Na co dzień pełni funkcję specjalistycznego świadczenia na rzecz: osób, rodzin, grup znajdujących się w sytuacjach psychologicznie trudnych, na przykład spowodowanych przemocą w rodzinie, nagłym załamaniem zdrowia, doświadczeniem przestępstwa, napaści dyskryminacyjnych, utratą środków do życia i innymi, niespodziewanymi zdarzeniami. Rola „interwenienta”³ kryzysowego, jako pracownika socjalnego o wysokich, specjalistycznych

¹ R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa 2004.

² D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa 2010.

³ *Słownik Języka Polskiego*: „Osoba lub strona interweniująca w danej sprawie; także - interwent”.

kwifikacjach okazała się nie do przecenienia i znacząco zwiększyła skuteczność działań ratunkowych, doprowadziła do zmniejszenia tragicznych, destrukcyjnych skutków, a ponadto – pokazała inny, nowoczesny wymiar pracy socjalnej.

Nazwa usługi: interwencja kryzysowa.

II. Definicja usługi

W ustawie o pomocy społecznej określono, że: (art.47, ust.1.) „*interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej*”.

Rozwijając w/w definicję, uznając zebrane przez kilkanaście ostatnich lat praktyki polskiej pomocy społecznej doświadczenia z zakresu interwencji kryzysowej za istotne, ważne oraz zgodne z światową literaturą przedmiotu⁴ - proponuje się uznać, że interwencja kryzysowa jest działaniem podejmowanym, nie tylko w kontekście indywidualnych przeżyć i reakcji psychicznych, nie tylko z perspektywy rodzin przeżywających kryzys, ale też w kontekście reagowania na społecznie przeżywane sytuacje krytyczne. Pracownicy socjalni w jednym szeregu z interwenientami kryzysowymi musieli już w przeszłości wielokrotnie, a zapewne w przyszłości także będą musieli stawiać czoła wyzwaniom podjęcia się interwencji na rzecz grup osób połączonych wspólnym kryzysem, np. osób poszkodowanych w pożarze, powodzi lub w skutek przejścia huraganu, podjąć działania interwencyjne wobec rodzin osób, które zginęły w katastrofie komunikacyjnej, wspierać rodziny i bliskich ofiar zamachu terrorystycznego. Słowem, mają i będą mieli do czynienia z grupą w sytuacji krytycznej, zagrożonej długofalowymi skutkami kryzysu (patrz więcej: rozdział V).

Proponuje się więc przyjąć, że interwencja kryzysowa może dotyczyć:

- trudnych sytuacji życiowych, rozumianych jako szczególny rodzaj stresu (dystresu, przeżycia traumatycznego) rozwijającego się w konsekwencji wystąpienia krytycznych wydarzeń życiowych⁵ u osób i całych rodzin;
- dezorganizacji i zakłócenia funkcjonowania instytucji, organizacji, grup i całych społeczności konfrontowanych z wydarzeniami krytycznymi o dużej intensywności.

Wobec tego wydaje się uzasadnionym postulat, aby definicja ustawowa uwzględniała także kontekst i cele dotyczące grup ogarniętych wspólnym kryzysem. Definicja powinna uwzględniać cele nie tylko dotyczące konsekwencji psychicznych (np. w sferze funkcjonowania emocjonalnego lub poznawczego jednostki) kryzysu, ale w większym stopniu brać pod uwagę skutki związane ze zdolnością do działania i funkcjonalnością (grup, organizacji).

⁴

Zob. cytowane prace D. Kubackiej-Jasieckiej oraz R. K. Jamesa, B. E. Gillilanda.

⁵

D. Kubacka-Jasiecka, op. cit.

Ponadto R. Szarfenberg⁶ słusznie zauważa, że w obecnie obowiązującej definicji interwencji kryzysowej „przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętność samodzielnego radzenia sobie” uznano, za wystarczającą przesłankę do tego by uznać, że pozwoli to „zapobiec przejściu (...) w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej”. Zależność taka nie wydaje się całkiem oczywista, nie znajduje też odzwierciedlenia w badaniach. Wobec tego warto potraktować „zapobieganie” za cel równie ważny, co „przywracanie równowagi”.

Uwzględniając powyższe, proponuje się korektę definicji ustawowej, która w tej wersji może być bardziej uniwersalna:

Interwencja kryzysowa, to kompleks zintegrowanych, interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób, rodzin, a czasem całych grup będących w stanie kryzysu, których celem jest zapobieganie utracie lub przywracanie utraconej równowagi w wymiarze psychicznym i społecznym, zdolności do działania i autonomii.

III. Cel usługi, osiągnane rezultaty

Cel główny

Celem głównym interwencji kryzysowej jest zapobieganie utracie lub/i przywracanie utraconej – w wyniku zdarzenia krytycznego □ równowagi, zdolności do działania i autonomii.

Cel ten, należy odnieść do działań na rzecz (a) osób, (b) rodzin i (c) większych grup (np. pracowników jednej instytucji, społeczności lokalnych, całych społeczności) doświadczających wspólnie sytuacji kryzysowej:

- **Równowaga** oznacza: stan umysłowej, emocjonalnej stabilności (w przypadku osób w kryzysie) lub stabilność funkcjonalna i przejrzystość oraz przewidywalność zachowania się struktury (w przypadku rodzin i większych grup doświadczonych kryzysem);
- **Zdolność do działania** to stan, w którym człowiek może samodzielnie się zmieniać lub radzić sobie z nastrojami, uczuciami, potrzebami, warunkami i wpływami, grupa zaś (rodzina i większe grupy) – skutecznie realizować postawione sobie cele. To także elastyczność i zdolność adaptowania się do otaczającego świata fizycznego i społecznego (w każdej z opisywanych perspektyw);
- **Autonomia** – poczucie odrębności, niezależności, kontrolowanie własnych granic (fizycznych, psychicznych i strukturalnych – w każdej z perspektyw).

Cele szczegółowe:

A. Cele dot. osoby w kryzysie.

Równowaga, sprawczość i autonomia osoby to docelowe, pożądane zmiany, które osiągnięte mogą być w drodze realizacji celów szczegółowych, tj. przez:

⁶ Ryszard Szarfenberg, *Opinia o dokumencie „Standard usługi” z dnia 19.07.2011*, niepublikowane.

- (a) ujawnienie i dobre rozpoznanie problemu (najczęściej maskowanego przez wiele objawów i problemów lub z uwagi na odroczenie reakcji),
- (b) bezpieczeństwo (fizyczne, mentalne, emocjonalne), zatrzymanie sytuacji powodującej kryzys,
- (c) akceptacja nieuniknionych zmian,
- (d) opracowanie poznawcze traumatycznego wydarzenia (np. znalezienie sensu, przewartościowanie doświadczeń,
- (e) odnalezienie nowej misji życiowej dla „ocalałych z kryzysu”⁷),
- (f) skierowanie do specjalistycznej pomocy po ustaniu działania czynników eskalujących kryzys, np. do korzystania z terapii, grup wzajemnej pomocy lub innych form pomocy post-interwencyjnej.

B. Cele dot. rodziny dotkniętej kryzysem

W dążeniu do odzyskania równowagi, funkcjonalności i autonomii rodziny pomaga sformułowanie szczegółowych celów interwencyjnych, np.:

- (a) rozpoznanie zagrożeń dot. podstawowych potrzeb i zapewnienie bezpieczeństwa członkom rodziny, zatrzymanie sytuacji powodującej kryzys;
- (b) ujawnienie, identyfikacja problemu (najczęściej maskowanego przez wiele objawów i problemów lub z uwagi na odroczenie w czasie reakcji),
- (c) pomoc w akceptacji nieuniknionych, dokonujących się zmian,
- (d) identyfikacja zasobów własnych rodziny, identyfikacja zasobów zewnętrznych,
- (e) łączenie członków rodziny w koalicje służące rozwiązaniu problemu,
- (f) skierowanie do specjalistycznej pomocy po ustaniu działania czynników eskalujących kryzys.

C. Cele dot. grupy dotkniętej wspólnym kryzysem

Równowaga, sprawczość i autonomia grupy doświadczonej kryzysem, zależne są od rozmaitych okoliczności, w tym od rodzaju grupy (pracownicy jednej instytucji, członkowie społeczności, itp.), ale także od innych zmiennych, np. składu grupy, celu przyświecającego jej funkcjonowaniu, in. Cele szczegółowe interwencji kryzysowej w tym przypadku wyznaczają:

- a) bezpieczeństwo (fizyczne, psychiczne, dot. zachowaniu struktury, relacji);
- b) dostęp do systemu wsparcia społecznego (np. stworzenie warunków do tego, aby poszkodowani udzielali sobie wsparcia nawzajem lub mieli dostęp do profesjonalnych form pomocy);
- c) neutralizacja i rozwiązywanie zainicjowanych wspólnym kryzysem procesów destrukcyjnie działających na grupę;
- d) skuteczne zarządzanie sytuacją kryzysową (np. planowanie procedur i wspieranie w ich realizacji członków grupy, lokalnych „zespołów kryzysowych”, liderów),
- e) skierowanie do specjalistycznej pomocy po ustaniu działania czynników eskalujących kryzys.

⁷

Wyjaśnienie pojęcia „ocalałego” (*survivor syndrome*) – dalej w tekście.

Przy określaniu celów działania ważną rolę odgrywa właściwe rozpoznanie adresatów oddziaływań bowiem, np. kryzys związany z masowym wypadkiem, katastrofą, zdarzeniem losowym kreuje wiele różnych (w różnej sytuacji, o różnych potrzebach) podgrup poszkodowanych w grupie⁸.

D. Rezultaty

Optymalnym rezultatem interwencji kryzysowej jest stan „opanowania kryzysu”. Należy zwrócić uwagę, że w interwencji kryzysowej nie dąży się do likwidacji kryzysu, jego niwelowania, ani też do usuwania skutków przyjmując, że byłoby to zadanie niewykonalne. Jak wiadomo, kryzys nieodłącznie towarzyszy ludziom w ich życiu, pracy, twórczości, a jego skutki są nieuniknione. Nie walczy się więc z kryzysem, nie można też liczyć na uniknięcie jego konsekwencji. Rezultatem interwencji kryzysowej może więc być – niezależnie od perspektywy (osoba, rodzina, grupa) – możliwie największe przejęcie kontroli nad sytuacjami kryzysowymi, a więc:

- a) rezultaty uprzedzające - prewencyjne przygotowanie do nadchodzącego (potencjalnego) kryzysu;
- b) rezultaty dot. przebiegu kryzysu - pomoc w przechodzeniu krytycznych sytuacji, zdarzeń;
- c) rezultaty naprawcze - kierowanie konsekwencjami kryzysu.

Ad. a) W każdej z omawianych perspektyw (osoba, rodzina, grupa) można określić optymalny skutek działania w kategoriach przygotowania do przyszłych kryzysów, które nastąpią.

Prewencja kryzysu, w wymiarze jednostkowym, to np. (uwaga: lista nie jest wyczerpująca!):

- identyfikacja problemów,
- określenie rangi poszczególnych problemów,
- zapewnienie podstawowej wiedzy o zdarzeniach, możliwym jego przebiegu, skutkach;
- znajomość zasobów pomocy, sposobów reagowania, itp.

Interwencyjna prewencja w wymiarze grupowym (oraz rodzinnym), to np. (uwaga: lista nie jest wyczerpująca!):

- identyfikacja problemów i nadanie im rangi;
- dostarczenie narzędzi do wczesnego rozpoznawania zagrożeń (technika tzw. list sprawdzających /wolne tłumaczenie z ang. *check list*/),
- sformułowanie strategii rozwiązywania kryzysu,
- identyfikacja i zabezpieczenie zasobów,
- przygotowanie procedur postępowania w kryzysie,
- ustalenie zakresu odpowiedzialności za poszczególne czynności niezbędne do wykonania w kryzysie,
- pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów w celu zapobieżenia skutkom krytycznym.

⁸ Np. ofiary, naoczní świadkowie, ratownicy pierwszej linii lub inni pomagający, osoby mieszkające lub pracujące w sąsiedztwie zdarzenia, wszyscy mieszkańcy okolicy zdarzenia, osoby ewakuowane, itp.

Ad. b) Rezultatem efektywnej interwencji w trakcie kryzysu jest względnie łagodny jego przebieg, brak przewlekłych lub ostrych reakcji będących skutkiem kryzysu, szybkie ujawnienie i określenie problemu. Osoby, rodziny i grupy prowadzone są „przez kryzys” w asyście interwenienta, który możliwie najszerzej chroni je przed okolicznościami, które mogą komplikować przebieg kryzysu, utrudniać korzystanie z własnych zasobów zaradczych. Interwenient chroni, kieruje i działa na rzecz łączenia bliskich – wyjaśnienie dalej w tekście.

Ad. c) Rezultatem interwencji naprawczej jest kierowanie konsekwencjami kryzysu, które choć nie uniknione, nie muszą oznaczać utraty. Rezultat interwencji, która – powszechnie (słusznie) kojarzy się z działaniem nastawionym na szybko osiągalny efekt, to odzyskanie poczucia panowania nad sytuacją – w przypadku osób poszkodowanych, to dokonanie podsumowującej rekonstrukcji zdarzenia, rozpoznanie ewentualnych reakcji destrukcyjnych (ASD, PTSD)⁹, skierowanie do specjalistycznej pomocy (jeśli niezbędna), psychologiczne dopełnienie procesu żałoby po stracie, itp.

IV. Zakres podmiotowy usługi

A. Osoba w kryzysie

Pojęcie „osoby w kryzysie” odnosi się do subiektywnego postrzegania i interpretowania przez człowieka sytuacji (wydarzeń) jako krytycznych, a więc naruszających równowagę i poczucie autonomii i sprawiających, że dotąd stosowane sposoby radzenia sobie (*coping behavior*) wydają się nieskuteczne lub niewłaściwe. Subiektywność oznacza, że to samo wydarzenie dla jednej osoby może być kryzysem, a dla innej □ nie.

Sposób postępowania w interwencji kryzysowej zależy jest od właściwości stanu kryzysowego, tj. rozpoznania, za każdym razem indywidualnej reakcji na zdarzenie. Najogólniej, stan kryzysowy osoby należy różnicować w interwencji kryzysowej na kontinuum: **eustres** (stres pozytywnie mobilizujący do działania) – **dystres** (utrudnienia lub niemożność realizacji ważnych celów i zadań, w wyniku działania bodźca)¹⁰. Więcej: w załączniku.

Bardziej szczegółowo, możliwe reakcje, to:

- 1) zwykła reakcja na wydarzenie krytyczne;
- 2) ostra reakcja na wydarzenie krytyczne;
- 3) zaburzenia związane z wydarzeniem krytycznym;
- 4) inne, złożone i/lub chroniczne skutki wydarzenia krytycznego.

Przed wszystkim trzeba pamiętać, że nawet zaburzone reakcje na wydarzenie krytyczne nie są jednostkami chorobowymi! Jednak wszystkie opisane tu reakcje, za wyjątkiem (1) uznać trzeba za

⁹ wyjaśnienie dalej w tekście

¹⁰ H.Selye, *Stres okiełznany*, Warszawa, 1978.

ryzykowne, grożące patologią formy reagowania. Nie rozwiązany i niezintegrowany uraz, dodatkowo często ukryty przed świadomością może wywołać zaburzenia związane z traumą, a nawet grozić śmiercią.

Ad. 1) Zwykła reakcja na wydarzenie krytyczne (*stress disorder*).

W tej kategorii reagowania mieszczą się wszystkie zachowania „normalne”, a więc typowe dla okoliczności (choć bywają zaskakujące dla osoby przeżywającej zdarzenie), związane z intensywnym przeżywaniem takich emocji, jak: ból, strach, wstyd, złość i innych - jednak będące adekwatną reakcją na to, co się wydarzyło. Jest to reakcja zdrowych, dorosłych osób, którzy skonfrontowani z urazowym doświadczeniem mogą doświadczać natrętnych wspomnień, odrętwienia uczuciowego, poczucia nierzeczywistości, pogorszenia związków z ludźmi, odczuwalnego fizycznie napięcia i dyskomfortu. Taki sposób reagowania pozwala prognozować, że problem, mimo trudności, w skuteczny sposób zostanie przez osobę rozwiązany, a doświadczenie – zintegrowane.

- ! Interwencja kryzysowa jest w tym wypadku bardzo skuteczną i adekwatną formą profesjonalnego wsparcia w przeżywaniu zdarzenia. Często ma wymiar uprzedzający, pozwalający zapobiegać ewentualnym destrukcyjnym następstwom.

Ad. 2) Ostra reakcja na wydarzenie (*acute stress disorder*).

Czasem określana, jako ostra reakcja na stres (wg. ICD-10) lub zespół ostrego stresu (ASD, wg. DSM IV) - zaburzenie możliwe do wiarygodnego rozpoznania wcześniej, bo już w pierwszych dniach po urazie (inaczej niż w PTSD, którego wyznacznikiem jest długotrwałość reakcji – co najmniej 1 miesiąc). Reakcja paniki, zamętu myśli, rozkojarzenia, poważnych zaburzeń snu, podejrzliwości i okresowej niezdolności do wykonywania codziennych czynności: samoobsługi, pracy, podtrzymywania dotychczasowych więzi, wywiązywania się z powinności. Wyróżniono, w tym typie reagowania cztery grupy objawów:

1. natrętne nawracanie urazowych wspomnień;
2. unikanie;
3. wzmożone pobudzenie;
4. reakcje dysocjacyjne¹¹.

- ! W tym wypadku interwencja kryzysowa może mieć ogromne zastosowanie jako metoda pierwszego rozpoznania problemu, nazwania go, „zaopiekowania się” najbardziej dotkliwymi objawami, które mogą zagrażać równowadze psychicznej, autonomiczności i zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb – prowadząc do zagrożenia życia lub zdrowia. Możliwą,

¹¹ Muszą wystąpić trzy z pięciu następujących objawów dysocjacyjnych:

- subiektywne poczucie odrętwienia lub wyobcowania;
- zredukowana świadomość otoczenia i sytuacji;
- derealizacja (niereczywistość otoczenia);
- depersonalizacja (obcość ciała, przyjęcie perspektywy innych ludzi);
- amnezja dysocjacyjna.

dalszą konsekwencją interwencji kryzysowej jest zachęcenie do skorzystania z terapii kryzysu lub innych specjalistycznych świadczeń, np. medycznych.

Ad. 3) Zaburzenia psychiczne związane z wydarzeniem krytycznym (*posttraumatic stress disorder*).

Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia stresowe pourazowe (wg. ICD-10), PTSD (wg. DSM IV)- różne kategorie zaburzeń psychicznych (lękowych, adaptacyjnych) opisujących silny wymiar dystresu związanego z urazem, wyodrębnionych dopiero w drugiej połowie XX wieku, w wyniku zainteresowania wpływem przeżyć wojennych na zdrowie psychiczne człowieka. Reakcja na uraz, jako zaburzenie została formalnie opisana w 1980 r. jako „zaburzenie stresowe pourazowe” wg. ICD-10, dawniej „nerwica urazowa” lub „wyczerpanie walką”. Po-traumatyczne zaburzenie związane ze stresem traktowane jest dziś jak odrębna jednostka psychopatologiczna - zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Więcej w załączniku.

- ! Rola interwencji kryzysowej w wypadku rozpoznania lub obaw wystąpienia tego typu reakcji to pierwsza pomoc psychologiczna: udzielenie porady, wsparcia, pomoc w ustabilizowaniu sytuacji osoby w kryzysie (socjalnym, zdrowotnym, emocjonalnym), podjęcie działań o charakterze uprzedzającym ewentualne groźne następstwa zaburzonej reakcji – często skierowanie na terapię kryzysu.

Ad. 4) Inne, złożone i/lub chroniczne skutki wydarzenia krytycznego (tzw. złożone PTSD).

Pojawienie się objawów kojarzonych z poważnymi zaburzeniami osobowości, cechami asocjalnymi, rozszczepiennymi. Demonstracyjne zaburzenia zachowania (impulsywność, agresja, zaburzenia aktywności seksualnej, łaknienia, uzależnienia, autodestrukcja), poważne problemy emocjonalne (wściekłość, depresja, panika) i poznawcze (rozszczepienne cechy myślenia, amnezja).

- ! Interwencja kryzysowa pełni w tym wypadku rolę wyłącznie wspomagającą, np. w fazie rozpoznania problemu jako narzędzie kierowania do specjalisty: psychiatry, psychoterapeuty, seksuologa, itp.

Tabela 1. Typowe sytuacje krytyczne, wymagające interwencji na rzecz osoby.

| Sytuacje krytyczne | Przykład |
|-------------------------------|---|
| Kryzys sytuacyjny | Doświadczenie przestępstwa, np. napaści poza domem, kradzieży związanej z narażeniem zdrowia, życia, uczestniczenie (bycie ofiarą, świadkiem zdarzenia, uczestnikiem akcji ratunkowej lub współprzeżywanie, jako osoba bliska poszkodowanym) w wypadku komunikacyjnym, klęsce żywiołowej, katastrofie budowlanej, inne. |
| Kryzys normatywny (rozwojowy) | Doświadczenie przełomów, zmian życiowych, np. związanych z wiekiem, ze zmianą struktury rodziny (ślub, rozwód, przyjście na świat dziecka, usamodzielnienie się dziecka, żałoba po odejściu członka rodziny, itp.), uzyskaniem |

| | |
|-------------------|---|
| | zatrudnienia lub utratą pracy, koniecznością dokonywania innych zmian, związanych z trudnymi wyborami, towarzyszącymi im silnymi emocjami, itp. Sytuacja dotycząca osób bezpośrednio przeżywających zmiany, jak i jej bliskich. |
| Kryzys endogenny | Problemy, trudności, zmiany, destruktywne skutki przekazów pokoleniowych w rodzinie „problemowej”, np. z problemem alkoholowym, z historią przemocy, nadużyć seksualnych lub patologii życia seksualnego, związanych z przewlekłą chorobą, kryminalną przeszłością innych członków rodziny, itp. oddziałujące na członków rodziny, często niezależnie od stopnia pokrewieństwa. |
| Kryzys suicydalny | Myśli, plany, próby i zamachy dot. pozbawienia się życia (ew. jednocześnie z pozbawieniem życia innych, tzw. „samobójstwa rozszerzone” i „zmowy samobójcze”). Sytuacja kryzysowa dotycząca: osób, co do których istnieje podejrzenie, że chcą popełnić samobójstwo, osób po próbach samobójczych, rodzin, bliskich osób z tendencjami samobójczymi, ew. ratowników biorących udział w ratowaniu życia samobójcom. |

Interwencja kryzysowa musi uwzględniać perspektywę czasową kryzysu, tj. moment wystąpienia sytuacji kryzysowej oraz czasu reakcji na kryzys:

- a) osoby konfrontowane z sytuacjami kryzysowymi reagują odmiennie, w zależności od momentu, etapu w życiu, fazy rozwojowej w jakiej się znajdują, np. w zależności od wieku, sytuacji związanej z osiągniętą dojrzałością, stabilnością ekonomiczną, sytuacją rodzinną, posiadaniem tzw. osób zależnych, itp.
- b) reakcja na kryzys może być natychmiastowa lub odroczone; skutki kryzysu inaczej interpretowane są gdy powiązywane są ze zdarzeniami, jakie miały miejsce (łatwiej sobie poradzić z nimi), a inaczej, gdy ze względu na odroczoną reakcję – trudno zrozumieć, co było ich przyczyną (grożą powikłaniami).

Dla zilustrowania sposobu formułowania celów w interwencji kryzysowej poniżej zamieszczono przykłady formułowania celów szczegółowych w odniesieniu do osób w kryzysie:

- Osoba w kryzysie suicydalnym (groźba, zamach, próba samobójcza) – przykładowe cele: ochrona życia osoby podejmującej próby samobójcze, tzn. uniemożliwienie dokonania samobójstwa (lub ew. zabójstwa – w przypadku tzw. samobójstwa „rozszerzonego”), ocena poziomu kryzysu, nakłonienie do korzystania z innych form pomocy (jeśli wymagane)¹².

¹²

Ocena stopnia naruszenia równowagi i wielkość zagrożenia.

- *Osoba po napaści seksualnej – przykładowe cele: ochrona szczególnie wrażliwej przestrzeni prywatnej osoby pokrzywdzonej, empatyczne wsparcie bezpośrednio po zdarzeniu, stabilizacja emocjonalna (towarzyszenie w trudzie nazywania zdarzenia, wspomnienia), ochrona przed „ucieczkowymi” i „nieadaptacyjnymi”¹³ zachowaniami, ocena poziomu kryzysu, motywowanie do korzystania z długoterminowych form pomocy (jeśli wymagane).*

- *Osoba dotknięta przemocą w rodzinie (psychiczną, fizyczną, seksualną, itp.)– przykładowe cele: ochrona życia i zdrowia pokrzywdzonej osoby, empatyczne wsparcie, stabilizacja emocjonalna, nazwanie problemu, ochrona przed „ucieczkowymi” i „nieadaptacyjnymi” zachowaniami, ocena poziomu kryzysu, inicjacja działań prawnych (jeśli wymagane), rozważanie możliwości terapii lub udziału w grupach wzajemnej pomocy, inicjacja i moderowanie wsparcia środowiskowego.*

- *Osoba w sytuacji straty osobistej, żałoby – przykładowe cele: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, zakończenie reakcji żałoby (pomoc w przyjęciu straty do wiadomości, bezpieczna konfrontacja ze stratą, towarzyszenie w realistycznej ocenie rozmiarów strat, pomoc w wyrażaniu emocji), ocena poziomu kryzysu, inicjacja i moderowanie wsparcia środowiskowego.*

B. Rodzina w kryzysie

Kryzys rodzinny (lub małżeński) w interwencji kryzysowej traktowany jest jako stan przejściowej dezorganizacji wyrażającej się zaburzeniem równowagi układu partnerskiego lub rodzinnego, zachwianiem autonomii układu i jego dysfunkcjonalnością. Jest utożsamiany z długotrwałym konfliktem, problemami małżeńskimi, patologią więzi. Skrajną i najbardziej niebezpieczną formą patologizacji jest problem określany jako „przemoc w rodzinie”¹⁴. Łagodniejsze formy zaburzeń rodzinnych, mogą być efektem przechodzenia typowych faz rozwoju rodziny przynoszących nieuchronne zmiany (normatywny kryzys rozwoju). W trakcie trwania związku wzajemne relacje partnerów przechodzą przemiany rozwojowe, a kolejne przejścia z fazy do fazy mogą stać się źródłem utraty stabilności i kryzysów emocjonalnych¹⁵. Kryzys w rodzinie może też być skutkiem incydentalnych, nieprzewidywalnych zdarzeń losowych (kryzys sytuacyjny). Może też mieć charakter endogenny – wywołany istniejącymi, zadawnionymi, patologicznymi wzorcami, charakterem relacji rodzinnych.

Rodziny różnią się strategiami radzenia sobie z sytuacjami problemowymi, które mogą doprowadzić do kryzysu. Typowe strategie rodzinne, to:

- unikanie (nie mówić, nie nazywać problemu, unikać poruszania „trudnych” tematów);
- eliminowanie (pozbyć się problemu, w miejsce poszukiwania rozwiązań);
- asymilowanie (przystosować się do krytycznej sytuacji, zaakceptować trudne warunki).

¹³ Pojęciem „ucieczkowych” i „nieadaptacyjnych” zachowań określamy na użytek tego opracowania wszelkie zachowania obronne, które jakkolwiek w danej chwili skuteczne, na dłuższą metę są sztywne, anachroniczne, nieskuteczne, upośledzające i wyniszczające (pojęcie zaczerpnięte z teorii adaptacyjnych).

¹⁴ Dodatkowe wyjaśnienia dot. relacji kryzysu rodziny a problemu przemocy w rodzinie, zob. rozdział VII.

¹⁵ E.Leśniak, A.Dobrzańska-Mesterhazy: W.Badura-Madej, *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, 1996.

Do kryzysu dochodzi, gdy mimo zastosowanej strategii nie udaje się przywrócić dotychczasowej równowagi, gdy osiągnięta równowaga okazuje się niestabilna w obliczu nowych, trudnych wyzwań – a pozorne rozwiązanie okazuje się w istocie stanem transkryzysowym.

Oczywiście, jest wiele czynników wpływających na zdolność rodziny do radzenia sobie z krytycznymi sytuacjami (takich jak: wsparcie ze strony przyjaciół i społeczności, wiek, staż rodzinny, stabilność ekonomiczna, religijność, inne), a interwencja kryzysowa polega m.in. na szybkim ocenianiu potencjału regeneracyjnego rodziny.

Tabela 1. Typowe sytuacje krytyczne, wymagające interwencji na rzecz rodziny.

| Sytuacje krytyczne | Przykład |
|---|--|
| zmiana struktury rodzin, dodatkowo obciążona niepewnością, co do trwałości i nieodwracalności zmiany, rozpad związku | rozwód, porzucenie, separacja, śmierć oraz podtrzymywanie kontaktu po rozstaniu, wspólne zamieszkiwanie mimo emocjonalnego, a nawet formalnego rozstania |
| wyczerpanie zasobów rodziny w skutek nadmiernej eksploatacji | w trakcie opieki nad chorym, niepełnosprawnym członkiem rodziny |
| niski poziom zdolności regeneracyjnych rodziny – w stosunku do wymagań sytuacyjnych | niezaradność w obliczu transformacji środowiska społecznego i gospodarczego, utraty miejsca pracy lub innych przejściowych trudności |
| niedostatek wsparcia ze strony naturalnego środowiska otaczającego rodzinę: krewnych, przyjaciół, lokalnej społeczności | fizyczna lub mentalna izolacja rodziny, brak kontaktów społecznych, nie podtrzymywanie więzi rodzinnych skutkujące przeświadczeniem o konieczności samodzielnego zmagania się z problemami |
| specyficzna ocena wydarzenia krytycznego – nadawanie znaczeń (nadmiernie obciążających) w kontekście charakterystycznego dla rodziny systemu wartości, obrazu świata, postaw, przekonań | traktowanie wydarzenia krytycznego jako fatum, dopust, grzech, itp. |
| utrudniające wzorce zmagania się z trudnościami i sposoby radzenia sobie w rozwiązywaniu problemów rodzinnych | sztywne, bezrefleksyjnie powtarzane reakcje, delegowanie tylko jednej osoby, poszukiwanie „kozła ofiarnego”, ucieczka w metafizykę, inne. |
| utrwalenie się nieadaptacyjnych sposobów przystosowania do sytuacji krytycznej | zachowania wykształcone w wyniku urazowy, np. uzależnieniem (współuzależnienie), przemocą (wyuczona bezradność) |

Interwencja kryzysowa musi uwzględniać perspektywę czasową kryzysu, tj. moment wystąpienia sytuacji kryzysowej oraz czasu reakcji na kryzys:

- a) kryzys w rodzinie i jego skutki zależne są od fazy, w jakiej znajduje się związek i świadomość tej zależności jest charakterystyczna dla usługi;
- b) skutki kryzysu mogą mieć wymiar natychmiastowy lub odroczone, łatwiej identyfikowany przez członków rodziny, a więc łatwiejszy do opanowania.

Poniżej praktyczne przykłady formułowania celów, w odniesieniu do rodziny:

- *Rodzina z doświadczeniem przemocy – przykładowe cele: rozpoznać osoby ponoszące największe szkody związane z kryzysem (kto najgorzej radzi sobie z sytuacją? kto nie ma możliwości obrony z racji wieku, stanu zdrowia, in.?), udzielić bezpośredniej, szybkiej pomocy członkom rodziny najbardziej poszkodowanym, włączyć do działania inne służby, instytucje, towarzyszyć rodzinie w pierwszym, najtrudniejszym etapie kryzysu;*
- *Rodzina w ostrym kryzysie normatywnym (np. rozstanie, kryzys spowodowany problemami wychowawczymi, zmiana – przykładowe cele: zidentyfikować problem, usprawnić wzajemną komunikację członków rodziny zakłóconą kryzysem, rozpoznać w otoczeniu zasoby służące wsparciu rodziny, towarzyszyć w pierwszym, najtrudniejszym po ujawnieniu problemu okresie, wskazać inne formy pomocy, po ustaniu eskalacji problemu.*

C. Grupa (społeczność) dotknięta wspólnym kryzysem

Gdy kryzys dotyczy nie tylko poszczególnych osób lub rodzin, lecz większych grup ludności, a bezpośrednie konsekwencje tych wydarzeń obejmują większość członków społeczności, mówimy o kryzysach katastroficznych (środowiskowych, społecznych).

Kryzys tego typu może mieć wiele form i może być następstwem:

- zjawisk naturalnych (powódzie, huragany, tornada, trąby powietrzne, wybuchy wulkanów, trzęsienia ziemi, opady materii kosmicznej, zamiecie śnieżne, lawiny błotne, susza, pożary lasów, itp.);
- innych, nieprzewidzianych zdarzeń **losowych**;
- katastrofy pochodzenia biologicznego (epidemie, spustoszenia czynione przez zwierzęta, plagi owadów, itp.);
- wydarzenia pochodzenia cywilizacyjnego (skażenia i wycieki chemiczne, radioaktywne, katastrofy budowlane, wypadki komunikacyjne, kryzysy ekonomiczne, itp.);
- wydarzenia intencjonalne (o podłożu politycznym, przestępczym, wojny, akty terroru, przemocy zorganizowanych grup przestępczych).

Kryzys katastroficzny wiąże się realnymi zagrożeniami, których prawdopodobieństwo wystąpienia oceniane jest w ramach interwencji kryzysowej, np.:

- zarzewie wybuchu konfliktów społecznych, politycznych;
- utrata nadziei na odwrócenie losów;
- zakłócenie realizacji rutynowych form aktywności;
- obciążenie psychiczne poszkodowanych prowadzące do trwałego zrywania więzi;
- poszukiwanie przyczyn i winnych kryzysu sprzyja rozpadowi wspólnoty;
- napiętnowanie grup lub jednostek;
- psychiczne wyczerpanie i wypalenie członków społeczności;
- upowszechnienie postaw typu: „biorca”, „koziół ofiarny”;
- nadszarpnięcie zaufania do instytucji publicznych;
- wykorzystanie kryzysu do „gier” politycznych.

Interwencja kryzysowa musi uwzględniać perspektywę czasową kryzysu, tj. moment wystąpienia sytuacji kryzysowej oraz czasu reakcji na kryzys:

Tabela 2. Typowe fazy zmagania się z kryzysem katastroficznym.¹⁶

| Fazy kryzysu | Krótką charakterystyka |
|---|---|
| Faza „heroiczna” | Faza obejmująca okres od kilku godzin do kilku dni jest okresem, w którym społeczność uruchamia swój potencjał, ratując się i wspomagając nawzajem, naprawiając szkody i przeciwdziałając zagrożeniom. |
| Faza „ufności i nadziei” (miodowego miesiąca) | Społeczność znajduje się w centrum zainteresowania, napływa pomoc i obietnice dalszej pomocy. To pozwala oczekiwać, że trudności zostaną przezwyciężone, a wszystko powróci niebawem do normy. Złudzeniom okresu miodowego miesiąca ulegają zarówno poszkodowani jak i pomagający im ludzie, którzy często nie uprzedzają poszkodowanych o prawdopodobnym biegu wydarzeń, o tym, że w niedalekiej przyszłości zainteresowanie środków masowego przekazu i decydentów osłabnie, wyraziste staną się przeszkody na drodze do naprawienia szkód i wyrównania strat, da znać o sobie zmęczenie. |

¹⁶

A. Lipowska-Teutsch, op.cit., **Uwaga:** opisane tutaj fazy, w literaturze przedmiotu odnoszą się wyłącznie do zbiorowego sposobu przeżywania katastrof, podobieństwo metaforycznych określeń („miodowy miesiąc”, itp.) może być mylące, bowiem kojarzą się ze znanymi skądinąd określeń dot. faz np. cyklu przemocy (wg. L. Walker). Tu, odnoszą się jednak do wyłącznie do doświadczeń dużych grup, np. całych społeczności.

| | |
|-----------------------------|--|
| Faza „rozczarowania” | W tej fazie pojawia się zmęczenie, mnożą się przeszkody na drodze do urzeczywistnienia zamierzeń, narasta świadomość, że obciążenia i troski na stałe zagnieździły się w codziennym życiu. Odszkodowania są niezadowalające, decyzje o programach naprawczych odwlekane, członkowie społeczności oskarżają się nawzajem. Mnożą się też oskarżenia o to, iż władze dopuszczają się bezprawia, porzucają w nieszczęściu, piętrzą biurokratyczne utrudnienia, są niekompetentne. Nasilają się objawy związane z reakcją na stres, narasta poczucie bezsilności. |
| Faza „powrotu do równowagi” | Ta faza wiąże się z obserwowaniem korzystnych, choć powolnych zmian. Programy naprawcze zaczynają przynosić pierwsze efekty, zblizniają się rany, większość ludzi powraca do swoich poprzednich zajęć, pozostali objęci są leczeniem czy pomocą społeczną. Większość osób wraca do równowagi po około pół roku, część odczuwa boleśnie następstwa urazu do trzech lat od zdarzenia. |

Poniżej praktyczne przykłady formułowania celów, w odniesieniu do grupy:

- *Grupa osób poszkodowanych w wyniku klęski żywiołowej – przykładowe cele: rozpoznać i pokazać członkom grupy zasoby własne grupy, które pomogą w radzeniu z sytuacją (np. podobieństwo przeżyć, solidarność, potencjały związane z różnymi rolami w grupie, in.), dostarczyć doświadczenia więzi: podtrzymujących, współczujących, nieosądzających relacji (zachwianych w wyniku zdarzenia), chronić przed wpływem czynników utrwalających skutki traumy (obrazy, dźwięki, zapachy, in.), łączyć (z bliskimi), dostrzec, rozpoznać osoby pobudzone lub odrętwiałe, manifestujące przerażenie, wściekłość, rozpacz, chaotyczne działania – członków grupy w sposób szczególny przeżywające kryzys.*
- *Grupa ratowników biorących udział w akcji o dramatycznym przebiegu – przykładowe cele: rozpoznać i pokazać członkom grupy podobieństwo przeżyć, także tzw. trudnych emocji (strach, wstyd, złość, itp.), dostarczyć doświadczenia więzi: podtrzymujących, współczujących, nieosądzających relacji (zachwianych w wyniku zdarzenia), stworzyć okoliczności sprzyjające odreagowaniu przeżyć (uczuć, myśli, zachowań) związanych z kryzysem, wyposażyć w umiejętności, wiedzę służące radzeniu sobie z ew. dalszymi zaostrzającymi się reakcjami związanymi z kryzysem.*

V. Zakres przestrzenny usługi

Tabela 3. Interwencja kryzysowa a miejsca udzielania usług.

| Poziomy interwencji | Gdzie podejmowane mogą być działania? |
|---------------------|--|
| Osoba w kryzysie | <ul style="list-style-type: none"> • interwencje ambulatoryjne (punkty, ośrodki interwencji kryzysowej, ośrodki wsparcia, w tym specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, inne jednostki pomocy społecznej, inne, np. służby zdrowia); • interwencje wyjazdowe (w przypadku uzasadnionej |

| | |
|--------------------|---|
| | nie-mobilności osoby w kryzysie, np. osób w podeszłym wieku, małych dzieci po śmiertelnym wypadku opiekunów, itp.) |
| Rodzina w kryzysie | <ul style="list-style-type: none"> • interwencje ambulatoryjne (punkty, ośrodki interwencji kryzysowej, ośrodki wsparcia, w tym specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, jednostki pomocy społecznej, inne placówki, np. służby zdrowia)¹⁷; |
| Grupy/społeczności | <ul style="list-style-type: none"> • interwencje wyjazdowe (uczestniczenie w akcji ratowniczej podejmowanej przez wyspecjalizowane służby – straż pożarna, policja, pogotowie ratunkowe na etapie selekcjonowania poszkodowanych i późniejszych); • udział w pracach zespołów kryzysowych powołanych przez inne instytucje, organizacje, wg. właściwości (np. w szkolnym zespole kryzysowym, zespole powołanym przez wojewodę po katastrofie, wypadku masowym itp.) |

VI. Zakres rzeczowy usługi

1. Zakres czynnościowy usługi

Nie sposób wymienić wszystkie czynności, jakie mogą być wykonywane w ramach interwencji kryzysowej, z powodu różnorodności modeli i strategii, o której już była mowa, a także z uwagi na konieczność elastycznego dostosowania się do zmiennej i dynamicznej natury każdego z możliwych kryzysów. Dla usystematyzowania działań w ramach usługi, proponuje się poniższy schemat uwzględniający:

- główne czynności składające się na interwencje kryzysową;
- pozostałe czynności: rozszerzające, uzupełniające, stanowiące kontynuację interwencji kryzysowej.

Podział ten jest, oczywiście arbitralny, dokonany z poziomu autorów materiału i ma charakter jedynie pomocniczy.

¹⁷

Wiele powodów przemawia za tym, aby interwencje dotyczące kryzysu rodzinnego miały wyłącznie charakter ambulatoryjny. Przede wszystkim dlatego, że rzadko wymagają działań natychmiastowego, dlatego, że wymagają zaangażowania się osobistego członków rodziny, dlatego, że ich realizacja w domu mogłaby wiązać się z niepotrzebnym obciążaniem pozostałych członków rodziny. wejście do domu i konieczność naruszenia intymności, z psychologicznego punktu widzenia należy traktować, jako „zło konieczne” i powinno być świadomie reglamentowane. Nie oznacza to jednak, że nie ma wyjątkowych sytuacji – na przykład w przypadku konieczności zaopiekowania się dzieckiem które w wyniku tragicznego wypadku utraciło bliskich, itp. Autorom znane są także przykłady projektów terapeutycznych realizowanych z powodzeniem w domu, u osób/rodzin wymagających wsparcia.

Tabela 4. Katalog czynności interwencyjnych do wykorzystania w ramach interwencji kryzysowej.

| |
|---|
| Osoba w kryzysie |
| Główne czynności interwencyjne |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Odpowiedź na zgłoszenie potrzeby interwencji lub rozpoznanie zagrożenia – rozpoczęcie interwencji. 2. Doraźne wsparcie (przed oceną zagrożenia) w przypadku wyraźnie widocznej ostrej reakcji na kryzys. 3. Ochrona życia lub zdrowia, tj. wszelkie dostępne, skuteczne i zgodne z prawem działania, które mają doprowadzić do usunięcia lub zmniejszenia zagrożeń dla życia lub zdrowia (fizycznego, psychicznego), w tym - związane z zaspokajaniem podstawowych (niższego rzędu) potrzeb osoby w kryzysie, w tym, także rozpatrzenie możliwości skorzystania z tymczasowego schronienia, np. w hostelu kryzysowym. 4. Rozpoznanie, inwentaryzacja i ocena zagrożeń, tj. szybka, doraźna, celowo ograniczona diagnoza rodzaju i rozmiaru zagrożeń¹⁸. 5. Rozpoznanie i inwentaryzacja zasobów osoby i środowiska. 6. Wzmacnianie i rozwijanie zasobów. 7. Dobór uzupełniających czynności, adekwatnych do rozpoznanych zagrożeń (patrz: niżej). 8. Realizacja dobranej strategii. 9. Sprawdzenie skuteczności dobranej i realizowanej strategii. 10. Zmiana, kontynuowanie lub zakończenie realizacji dobranej strategii – zakończenie interwencji. |
| Pozostałe czynności |
| <p>Pomoc psychologiczna, tj. różne formy działania na rzecz osób, rodzin lub grup, znacznie rzadziej instytucji, wykorzystujące wiedzę, refleksję, techniki psychologiczne realizowane przez osoby o właściwym wykształceniu kierunkowym potwierdzonym stosownymi, uznawanymi dokumentami (więcej: zob. Tabela <i>Formy pomocy psychologicznej</i> w załączniku nr 2). W interwencji kryzysowej rekomenduje się różne formy krótkiej, szybkiej pomocy koncentrujące się na identyfikowaniu, rozwijaniu i wzmacnianiu zasobów i rozwiązań.</p> |
| <p>Pomoc prawna, tj. różne czynności zawodowe, najczęściej w formie informacji lub porady prawnej, porady obywatelskiej, przedstawicielstwa, prowadzone przez osoby o określonych kompetencjach wynikających najczęściej z ukończenia (lub odbywania) kierunkowych studiów prawniczych i ukończenia określonych prawem staży zawodowych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> udzielanie porad prawnych (udzielanie informacji prawnych, mających zastosowanie w konkretnej sprawie, opartych na danych i materiałach przekazanych przez osobę pokrzywdzoną); <input type="checkbox"/> udzielanie porad obywatelskich (pomoc w wyszukiwaniu informacji o różnych metodach rozwiązania problemu prawnego przez osobę pokrzywdzoną, przedstawienie możliwych rozwiązań i ich konsekwencji, informacji o prawach i uprawnieniach, wsparcie w dokonywaniu wyboru, wspólne sporządzenie planu działania). |
| <p>Pomoc medyczna, tj. pierwsza pomoc (pomoc przedmedyczna oraz pomoc ambulatoryjna) oraz pomoc specjalistyczna składające się na zespół czynności ratunkowych lub związanych z ochroną</p> |

¹⁸

Zob. opis w części pt. *Narzędzia usługi*.

| |
|---|
| życia lub zdrowia. |
| Samopomoc, pomoc wzajemna , tj. organizacja i pomoc w ustrukturyzowanych spotkaniach grup samopomocy ¹⁹ osób, które łączy wspólnota minionych lub obecnych doświadczeń, przeżywanych trudności połączona z silną potrzebą rozwiązania problemu; metoda pracy zbliżona do metody tzw. społeczności terapeutycznej, zwykle nieprofesjonalna, nie wymagająca aktywności osób o formalnych kwalifikacjach psychologicznych lub terapeutycznych, w formie grupy, klubu, itp. Polecana forma pomocy przywracająca poczucie godności i podmiotowości. |
| Asystowanie , tj. organizacja i zapewnienie dostępu do zaplanowanej raczej jako długoterminowa, pomocy oferowanej przez pracowników ośrodka, czasem wolontariuszy – osoby o podstawowym przygotowaniu do wykonywania konkretnych czynności na rzecz swoich podopiecznych, objętych opieką superwizyjną i innymi formami wspierania; istotą pomocy jest towarzyszenie w wykonywaniu codziennych czynności, psychoedukacja, z jednoczesnym stosowaniem prostych technik pomocy psychologicznej. |
| Schronienie , tj. udostępnianie miejsca tymczasowego pobytu osobom w kryzysie lub pomoc w znalezieniu takiego miejsca, pożądana, aby schronienie nie ograniczało się do oddania do dyspozycji łóżka, pokoju, itp. ale też, aby pobyt związany był z większą intensywnością oddziaływań, łatwiejszym dostępem do różnorodnych świadczeń – hostel kryzysowy. |
| Rodzina w kryzysie |
| Główne czynności interwencyjne |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Odpowiedź na zgłoszenie potrzeby interwencji lub rozpoznanie zagrożenia – rozpoczęcie interwencji. 2. Ochrona życia lub zdrowia, tj. wszelkie dostępne, skuteczne i zgodne z prawem działania, które mają doprowadzić do usunięcia lub zmniejszenia zagrożeń dla życia lub zdrowia (fizycznego, psychicznego), w tym związane z zaspokojeniem podstawowych (niższego rzędu) potrzeb osoby w kryzysie. 3. Rozpoznanie i ocena zagrożeń, tj. szybka, doraźna, celowo ograniczona diagnoza rodzaju i rozmiaru zagrożeń. 4. Rozpoznanie i inwentaryzacja zasobów rodziny i jej środowiska. 5. Wzmacnianie i rozwijanie zasobów. 6. Dobór uzupełniających czynności adekwatnych do rozpoznanych zagrożeń. 7. Realizacja dobranej strategii. 8. Sprawdzenie skuteczności dobranej i realizowanej strategii. |

¹⁹ „Grupy samopomocy są dobrowolnymi, małymi strukturami grupowymi ukierunkowanymi na wzajemną pomoc i osiągnięcie określonego celu. Są one zwykle tworzone przez ludzi uważających się za równych sobie, którzy skupili się, aby sobie pomóc w zaspokojeniu wspólnej potrzeby, przezwyciężeniu wspólnego upośledzenia lub utrudniających życie problemów i osiągnięcia pożądaných zmian społecznych i/lub osobowościowych. Założyciele i członkowie takich grup uważają, że ich potrzeby nie są lub nie mogą być zaspokojone przez istniejące instytucje społeczne czy za ich pośrednictwem. Grupy samopomocy kładą nacisk na wzajemne oddziaływanie twarzą w twarz i na osobistą odpowiedzialność swoich członków. Grupy te często dostarczają pomocy materialnej, jak również wsparcia emocjonalnego. Często są też zorientowane przyczynowo i propagują idee czy wartości, dzięki którym ich członkowie mogą osiągać wzbogacone poczucie tożsamości”. Katz, A., Bender, za: J. Szmagański.

| |
|---|
| 9. Zmiana, kontynuowanie lub zakończenie realizacji dobranej strategii – zakończenie interwencji. |
| Pozostałe czynności |
| Konsultacje rodzinne , które są pierwszym i jednocześnie niezbędnym krokiem do rozpoznania problemu, z którym zgłasza się rodzina. Służą zebraniu informacji na temat rodziny w kryzysie aby można było zobaczyć problem w szerszym kontekście i zaproponować adekwatny sposób pomocy dla pacjenta. Konsultacje kończą się przekazaniem rozpoznania psychologicznego dla rodziny (lub jej przedstawiciela) oraz zaleceniami do dalszego postępowania i leczenia. |
| Diagnoza , tj. procedura diagnostyczna □ nie mylić z oceną zagrożeń □ (przeprowadzana w toku kilku spotkań) pozwala określić naturę zaburzeń doświadczanych przez rodzinę i/lub jej członków, ocenić ich stan emocjonalny, dokonać kompleksowej oceny psychologicznej. Diagnoza służy pogłębionemu zrozumieniu objawów kryzysu rodzinnego i prowadzi do podjęcia decyzji odnośnie najbardziej adekwatnych form pomocy. Szczególne miejsce w tym zajmuje diagnoza dziecka w kierunku wykorzystania seksualnego, przemocy i zaniedbania. |
| Psychoterapia par jest przeznaczona dla osób będących w związkach, które doświadczają różnego rodzaju kryzysów. Załamanie relacji w związku powoduje uwikłanie wszystkich, także dzieci w tą relację. Zatem zajęcie się stanem związku poprzez psychoterapię par niejednokrotnie jest zwolnieniem dziecka z koalicji, co pozwala rodzinie wejść w nowy etap rozwojowy. Ten rodzaj psychoterapii zalecany jest również osobom, które są w związkach i zamierzają mieć dzieci, a aktualnie doświadczają kryzysu. |
| Psychoterapia rodzinna pozwala na zmianę systemu, prowadząc w efekcie do ustania objawów. Ta forma pomocy pozwala wszystkim uwikłanym w kryzysową sytuację, także dziecku korzystać z zasobów i wsparcia nie tylko terapeuty, lecz także rodziny. Najczęściej jest prowadzona przez dwóch terapeutów. Podjęcie decyzji o rozpoczęciu psychoterapii rodzinnej poprzedzone jest wcześniejszym konsultacjami, a spotkania odbywają się regularnie w ustalonym czasie. |
| Psychoterapia grupowa □ forma pomocy psychoterapeutycznej oparta na działaniu procesów grupowych, mających szczególne znaczenie w przypadku pracy z dziećmi i młodzieżą np. w przypadku zaburzeń emocjonalnych a także dorosłych. |
| Grupy psychoedukacyjne umożliwiają edukację psychologiczną w oparciu o doświadczenia bycia w grupie np. grupy dla osób współzależnych. |
| Szkoła dla rodziców – trening umiejętności wychowawczych dla rodziców. |
| Grupy wsparcia – grupy dla osób, które borykają się z podobnymi trudnościami np. rodzice młodzieży upijającej się. Spotkania grupowe mają na celu wzajemne wspieranie się, wymianę doświadczeń, zwiększanie własnych kompetencji wychowawczych. |
| Grupy/społeczności w kryzysie |
| Główne czynności interwencyjne |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Odpowiedź na zgłoszenie potrzeby interwencji lub rozpoznanie zagrożenia – rozpoczęcie interwencji. 2. Ochrona życia lub zdrowia, tj. wszelkie dostępne, skuteczne i zgodne z prawem działania, które mają doprowadzić do usunięcia lub zmniejszenia zagrożeń dla życia lub zdrowia (fizycznego, psychicznego), w tym związane z zaspokojeniem podstawowych (niższego |

| |
|--|
| <p>rzędu) potrzeb osoby w kryzysie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Rozpoznanie i ocena zagrożeń, tj. szybka, doraźna, celowo ograniczona diagnoza rodzaju i rozmiaru zagrożeń. 4. Rozpoznanie i inwentaryzacja zasobów grupy i otoczenia. 5. Wzmacnianie i rozwijanie zasobów grupy. 6. Dobór uzupełniających czynności adekwatnych do rozpoznanych zagrożeń. 7. Realizacja dobranej strategii. 8. Sprawdzenie skuteczności dobranej i realizowanej strategii. 9. Zmiana, kontynuowanie lub zakończenie realizacji dobranej strategii – zakończenie interwencji. |
| Pozostałe czynności |
| Patrz: <i>Osoba w kryzysie</i> . |

Zapewne krótkiego wyjaśnienia wymaga relacja między działaniami w zakresie interwencji kryzysowej w przypadku kryzysu rodzinnego, a działaniami interwencyjnymi w rodzinie doświadczającej przemocy. Niektóre zagadnienia tego dotyczące opisane zostały w odrębnym dokumencie (*Standard pracy socjalne z rodziną dotkniętą problemem przemocy*), a inne aspekty problematyki uregulowane zostały przepisami prawa, w szczególności ustawą z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (wraz z późniejszymi zmianami i rozporządzeniami wykonawczymi). Niniejszy standard traktuje kryzys w rodzinie z perspektywy teorii kryzysu. Wynika z tego, że doświadczenie przemocy w rodzinie może (i tak najczęściej jest), choć nie musi być stanem kryzysu psychologicznego. W związku z tym, należy uznać, że usługa interwencji kryzysowej składać się powinna z kompleksu działań specyficznie ukierunkowanych na konsekwencje psychologiczne doświadczeń: doraźne i długofalowe. Dlatego w pakiecie głównych czynności uwzględnia się, m.in. takie czynności jak oszacowanie zagrożeń, szkód, rozpoznanie zasobów i inne. Jednak, jedną z pierwszych czynności (pkt.2), niezależnie od powyższego, jest podjęcie działań mających na celu ochronę życia i zdrowia osób bezpośrednio lub pośrednio krzywdzonych – tu należne i najważniejsze miejsce mają wszystkie inne czynności, wynikające np. z przywołanej ustawy i procedury „Niebieskiej Karty”, takie jak: zapewnienie schronienia ofierze (jeśli niezbędne), udokumentowanie obrażeń (jeśli występują), założenie notatki służbowej przez wymienione w ustawie instytucje i służby, dokonanie zgłoszenia do lokalnego Zespołu Interdyscyplinarnego i dalsze.

2. Sekwencja czynności usługowych

Uwaga: Poszczególne rozwiązania dot. kolejności postępowania oraz stosowanych narzędzi nie są w interwencji kryzysowej przypisane poszczególnym grupom, wymienianych wcześniej adresatów (np. zarezerwowane wyłącznie do interwencji wobec osób, rodzin, grup). Zatem dalszy opis usługi traktować należy, jako uniwersalny, możliwy do zastosowania w większości sytuacji kryzysowych, w odniesieniu do różnych kategorii osób doświadczonych kryzysem.

Podstawowe modele wieloetapowych działań interwencyjnych tzw. interwencjach „kilku sesji”.

Ponieważ w literaturze przedmiotu opisano wiele modeli algorytmicznych etapów postępowania w interwencji kryzysowej, korzystając z popularności na polskim rynku wydawniczym dwóch najpoważniejszych pozycji poświęconej zagadnieniu (pracy dr hab. Kubackiej-Jasieckiej oraz Jamesa i Gillilanda) w załączniku niniejszego standardu przypomina się modele: Rhine'a i Weissberga (1982) oraz Jamesa i Gillilanda (2004).

W standardzie usługi proponuje się jednak przyjąć do stosowania eklektycznie opracowaną sekwencję czynności interwencyjnych, zaczerpnięta z materiałów Centrum Interwencji Kryzysowej PCK w Gdańsku.

Model: Centrum Interwencji Kryzysowej PCK, Gdańsk

Model zbudowany (2007) w wyniku adaptacji i kompilacji różnych modeli teoretycznych, z uwzględnieniem zasobów i potencjałów ośrodka. Służy głównie wytyczaniu kierunków działania interwencyjnego²⁰.

1. Bezpieczny pierwszy kontakt.
2. Separacja od czynników urazowych.
3. Doraźne łagodzenie ostrych objawów urazowych.
4. Szybka, selekcyjna diagnoza kryzysu.
5. Formułowanie problemów oraz ustalanie hierarchii problemów
6. Planowanie strategii skoncentrowanej na poszukiwaniu rozwiązań.
7. Realizacja strategii pomocy.
8. Rozważenie kwestii terapii kryzysu i innych działań.

Tabela 5. Sekwencja interwencji wg. CIK Gdańsk.

| Lp. | Etap interwencji | Opis działań w ramach etapu | Kto wykonuje działanie |
|-----|--------------------|---|---|
| 1. | Bezpieczny kontakt | Wymaga uwzględnienia całej specyficznej sytuacji emocjonalnej, a czasem fizycznej kondycji osoby w kryzysie. Na tym etapie ważne jest uwzględnienie czynników wewnętrznych (subiektywnych) i zewnętrznych (obiektywnych), mogących mieć wpływ na poczucie bezpieczeństwa osoby w kryzysie, a więc na powodzenie interwencji w jej początkowej fazie. Trzeba uwzględnić fakt, że nie zawsze ma to miejsce w dyskretnej atmosferze ośrodka, ambulatorium, itp., lecz może mieć miejsce np. w środowisku osoby w kryzysie. Pierwszy kontakt wiąże się zadaniem budowania atmosfery dialogu. Kilka, przykładowych zasad komunikacji, szczególnie ważnych na tym etapie: | Działanie wykonywane, z reguły przez jednego interwenienta, często osobę odpowiedzialną za tzw. pierwszy kontakt w ośrodku, osobę pełniącą dyżur lub np. członka interwencyjnego zespołu wyjazdowego. |

²⁰

Opr. własne

| | | | |
|----|--|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> unikanie oceniania; <input type="checkbox"/> proste, krótkie, bezpośrednie wypowiedzi; <input type="checkbox"/> spokojnie lecz zdecydowanie zadawane pytania, precyzyjne, zrozumiałe; <input type="checkbox"/> unikanie dezorientowania osoby w kryzysie; <input type="checkbox"/> koncentracja na wydarzeniach ostatnich 48-72 godzin, a nie historii problemu. | |
| 2. | Separacja od czynników urazowych | <p>Ten etap interwencji kryzysowej wymaga absolutnego skoncentrowania się na kwestii bezpieczeństwa osoby w kryzysie. W szybki sposób osiągnąć to można izolując osobę w kryzysie od czynników stanowiących źródło zagrożeń: prawdopodobnych, bezpośrednich ataków (ze strony sprawcy), groźby wtórnej wiktylizacji (np. w wyniku niekierowanej, przypadkowej reakcji otoczenia), bodźców sensorycznych zwiększających prawdopodobieństwo zaostrzenia reakcji urazowej (dźwięków widoków, zapachów skojarzonych z wydarzeniem krytycznym), in. Zadaniem interwenienta jest więc podjąć wszelkie możliwe i skuteczne (ale zgodne z prawem) działania aby przerwać działania <i>stresorów</i>²¹. W sytuacji przemocy domowej oznaczać to będzie najczęściej: separowanie ofiary od sprawcy, powstrzymanie sprawcy, zainicjowanie działań interwencyjnych wymiaru sprawiedliwości, itp., w przypadku kryzysu środowiskowego: umieszczenie poszkodowanych w przygotowanym wcześniej (lub zaimprovizowanym) miejscu przejściowej izolacji (szpital polowy, podstawiony autobus, przewiezienie poszkodowanych do najbliższej szkoły, etc.).</p> | <p>Działanie wykonywane, z reguły przez jednego interwenienta, często osobę odpowiedzialną za tzw. pierwszy kontakt, osobę pełniącą dyżur lub członka zespołu wyjazdowego we współdziałaniu z przedstawicielami innych służb.</p> |
| 3. | Doraźne łagodzenie ostrych objawów urazowych | <p>Etap koncentracji na subiektywnych, zawsze indywidualnie traktowanych reakcjach na uraz. Dostępne w interwencji metody, niczym nie różnią się od form doraźnego wspierania stosowanego w działaniach ratunkowych i pomocy psychologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • towarzyszenie (czasem tzw. „milcząca obecność”²²); | <p>Działanie wykonywane, z reguły przez jednego interwenienta, często osobę odpowiedzialną za</p> |

²¹ Np.: bodźce sensoryczne towarzyszące urazowi, poczucie zagrożenia życia, stres, strach przed nieznanym, niepewność przyszłości, brak informacji, natłok informacji „alarmistycznych” o niesłabnącym zagrożeniu, zagładzie, zniszczeniach, a także z tworzeniem bezpiecznej przestrzeni, kontakt z ciekawskimi, np. dziennikarzami, itp.

²² Nieinwazyjne, dyskretne i taktowne towarzyszenie osobie bezpośrednio po zdarzeniu, dostrojenie się do aktualnych potrzeb i przeżyć osoby.

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych (napoje, jedzenie, schronienie, ubranie, środki czystości, higieny); • troska o spokój, sen, wypoczynek; • profesjonalna pomoc medyczna, z naciskiem na unikanie „samoleczenia”; • dostęp do podstawowych informacji o zdarzeniu, poszkodowanych, zamierzeniach i działaniach służb; • pomoc w uporaniu się z konkretnymi, drobnymi problemami (np. brakiem dokumentów, środków czystości); • redukcja (np. rozładowanie) napięć. | <p>tw. pierwszy kontakt, osobę pełniącą dyżur lub członka zespołu wyjazdowego.</p> |
| 4. | Doraźna, selekcyjna diagnoza problemu | <p>To część interwencji, która decyduje o dalszych działaniach. Dokonywana jest na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relacji (wywiad); • wyglądu (obserwacja); • zachowań (obserwacja, wywiad); • charakteru zdarzenia (rodzaju, nasilenia, czasu trwania traumy); • przebiegu reakcji kryzysowej z uwzględnieniem: stanu somatycznego, zmian świadomości, zaburzeń motoryki, stanu emocjonalnego, sprawności, adekwatności procesów poznawczych; • występowania dolegliwości psychofizycznych (objawy rozstroju organizmu, nadmierna potliwość, bóle, inne dolegliwości obserwowane lub deklarowane); • występowania czynników determinujących przebieg reakcji kryzysowej (wiek, płeć, trzeźwość, status, tło społeczne, kulturowe, inne). <p>Celem doraźnej diagnozy jest: identyfikacja potencjalnych zagrożeń (nieustąpienie pierwotnych czynników, które wywołały kryzys, ryzyko reakcji autodestrukcyjnych, in.), oszacowanie ryzyka długofalowych strat i zaburzeń powiązanych z urazem, oraz dokonanie oceny na ile klient ma świadomość <i>reaktywności</i> symptomów kryzysu (często podobnych</p> | <p>Działanie wykonywane, z reguły przez jednego interwenienta, np. przez osobę „prowadzącą” działania wobec osoby, rodziny, grupy.</p> |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | do symptomów chorobowych), których doświadcza. Postępowanie diagnostyczne powinno być podejmowane doraźnie, najlepiej na miejscu zdarzeń. Sugeruje się korzystanie z odpowiednich skal (np. TAF) ²³ . | |
| 5. | Identyfikacja i formułowanie problemów oraz ustalanie hierarchii | <p>Ten etap polega na rozpoznaniu – z perspektywy osoby doświadczającej kryzysu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> który problem powinien być rozwiązany w pierwszej kolejności? <input type="checkbox"/> który z problemów wymaga największej uwagi? <input type="checkbox"/> który z problemów można rozwiązać natychmiast? <input type="checkbox"/> jakie czynniki mogą hamować proces rozwiązywania problemów? <p>W tym momencie, specyficzną cechą usługi jest prawo interwenienta do ingerencji w ustalaniu hierarchii problemów. W wypadku, gdy ocena rangi problemów klienta oraz interwenienta jest znacząco rozbieżna, tzn. interwenient, inaczej niż klient, jest skłonny uznać pewien aspekt sytuacji klienta, za szczególnie związany z ryzykiem (poważnymi zaburzeniami, dezintegracją, groźbą śmierci) ma prawo, a nawet obowiązek przeformułowania problemu i pokierowania działaniami klienta. W wyjątkowych sytuacjach nawet wbrew woli klienta (zagrożenie życia!). Z uprawnienia tego należy korzystać z nadzwyczajną ostrożnością!</p> | Działanie podejmowane przez osobę „prowadzącą” (pozostającą w relacji z klientem, w poszanowaniu perspektywy widzenia sytuacji przez klienta). |
| 6. | Planowanie strategii skoncentrowanej na poszukiwaniu rozwiązań | <p>Interwencja zakłada ograniczony, choć różnorodny zakres możliwych zadań. Oto niektóre z nich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inwentaryzacja zasobów klienta; <input type="checkbox"/> wzmacnianie zasobów klienta; <input type="checkbox"/> rozwijanie zasobów klienta; <input type="checkbox"/> inwentaryzacja zasobów otoczenia; <input type="checkbox"/> angażowanie otoczenia („podwiązanie” do osób bliskich życzliwych, bezpiecznie wspierających); <input type="checkbox"/> porady i konsultacje (planowanie strategii zmiany, powrotu do równowagi); <input type="checkbox"/> ochrona (przed niebezpieczeństwem, dalszym urazowymi doświadczeniami); <input type="checkbox"/> kierowanie (łagodne, stanowcze kierowanie kontaktami klienta i sytuacjami, w których się znajduje); <input type="checkbox"/> łączenie (rekonstrukcje poczucia więzi, bliskości, solidarności); | Działanie podejmowane przez osobę „prowadzącą”, jednak w relacji z „klientem” (osobą, rodziną, grupą), we współpracy z zespołem pracowników placówki (ośrodka, punktu), wymaga „wglądu” dokonanego przez innych dla zapewnienia bezstronności i |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> doraźna pomoc (wspierająca obecność, opieka, współpraca); <input type="checkbox"/> organizowanie przyjaznego środowiska (aktywizacja, edukacja najbliższego otoczenia społecznego klienta); <input type="checkbox"/> rekonstrukcja z odreagowaniem (<i>defusing</i> , <i>debriefing</i>). | bezpieczeństwa, wszechstronności działania. |
| 7. | Realizacja zaplanowanej strategii | Towarzyszenie osobie w kryzysie w realizacji zaplanowanej strategii często rozpoczyna charakterystyczny rytuał zawierania kontraktu (ustnego, a czasem pisemnego – w zależności od preferencji interwenienta). Realizacja strategii jest zadaniem osoby w kryzysie, nie wyklucza to jednak udziału – wsparcia, towarzyszenia, moderowania przez interwenienta. | Działanie realizowane przez osobę „prowadzącą”, z możliwością relacjonowania i monitorowania przebiegu działania w gronie współpracowników, a najlepiej zespołu. |
| 8. | Rozważenie kwestii terapii kryzysu i innych działań. | Trzeba pamiętać, że interwencja kryzysowa nie jest jednoznaczna z terapią kryzysu. W zakresie problemów związanych z odległymi następstwami traumy i chronicznych stanów kryzysowych (PTSD, PTSD z powikłaniami), należy rozważyć zaoferowanie klientowi pomocy terapeutycznej. | Działanie realizowane przez osobę „prowadzącą”. |

3. Narzędzia i metody usługi

1. Narzędzia oddziaływania psychologicznego.
2. Formy udzielania usługi.
3. Dokumentowanie.

ad. 1. Narzędzia oddziaływania psychologicznego

- a. służące rozpoznaniu i ocenie zagrożeń oraz
- b. służące rozwiązaniu sytuacji kryzysowej.

a. Rozpoznawanie i ocena zagrożeń

Rozpoznawanie i ocena zagrożeń, jakie mogą wiązać się z przeżywanym kryzysem ma zasadnicze znaczenie dla całej strategii postępowania interwencyjnego i wszelkich innych świadczeń na rzecz osoby kryzysie. **Nie będzie przesadne twierdzenie, że od skuteczności oceny zależy może życie i**

zdrowie klienta, autonomia i inne cechy ważne z punktu widzenia funkcjonowania rodziny lub grupy.

Diagnoza stanu, w jakim znajduje się osoba w kryzysie powinna uwzględniać:

- ☐ rodzaj doświadczenia urazowego,
- ☐ natężenie czynników składających się na uraz,
- ☐ prognozę dotyczącą dalszych konsekwencji; ma ona fundamentalne znaczenie, determinujące skuteczność działań.

„Szybka, czujna, dynamiczna ocena poziomu załamania stanu równowagi emocjonalnej klienta w kryzysie staje się głównym drogowskazem dla osób podejmujących interwencję, dyktuje im kolejne kroki pomocowego działania.”²⁴.

Trzeba zaznaczyć tu, że ocena zagrożenia (szacowanie zagrożenia) nie jest tym samym, co tradycyjna diagnoza psychologiczna. Praktycy podkreślają, że jest to działanie łatwe w opanowaniu i może być, z powodzeniem stosowane przez parę – profesjonalistów, a więc na przykład pracowników socjalnych, pedagogów, kuratorów sądowych lub lekarzy.

Ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej cechuje się:

- ścisłym powiązaniem z konkretnymi działaniami interwencyjnymi;
- jest dokonywana szybko, a jej przedmiotem są wyłącznie aktualne zagrożenia związane z sytuacją osoby pokrzywdzonej;
- uwzględnia wcześniejsze sposoby radzenia sobie z problemami i stosowane wówczas środki przystosowawcze;
- odbywa się we współpracy z klientem, przy jego aprobacie.

Przedmiotem oceny w interwencji kryzysowej jest w pierwszym rzędzie adekwatność reakcji na zdarzenie krytyczne. Jak opisano w rozdziale V. (*Zakres podmiotowy usługi*) reakcje na krytyczne doświadczenie ulegają przekształceniom, patologizacji – co jest efektem ubocznym wysiłków adaptacyjnych ☐ wskutek tego reakcja na nowe zdarzenia krytyczne zauważalnie odbiega od normy lub wcześniejszych schematów reagowania. **Dotyczy to zarówno reakcji osoby na zdarzenia, jak i sposobu reagowania rodziny lub grupy połączonej kryzysem, na jego atrybuty.**

Trudność z oceną zagrożeń wynika z tego, że sytuacja wymaga zwykle szybkiego działania, pod presją natychmiastowego reagowania. W realiach interwencji kryzysowej brakuje też możliwości stosowania standardowych procedur diagnostycznych.

Dla doraźnego określenia potencjalnego zagrożenia – często w czasie jednej, krótkiej sesji – interwencja kryzysowa posługuje się zapożyczonym z ratownictwa terminem „*triage*” (*trier* ☐ franc.: sortować, odsiewać, rozdzielać). Służy ocenie priorytetów w leczeniu, na podstawie stanu chorych, a więc dostosowaniu strategii postępowania z osobą w kryzysie do jej stanu zdrowia, a szczególnie kondycji emocjonalnej. Polega na ustaleniu aktualnego stanu osoby, na kontinuum: od nie

²⁴

D. Kubacka-Jasiecka, op. cit., Warszawa 2010.

wymagającej natychmiastowej pomocy, przez różne stany pośrednie, do natychmiastowej akcji związanej z ostrym stanem i zagrożeniami, podobnie do selekcji poszkodowanych dokonywanej przez ratowników medycznych, gdzie niezbędne jest ustalenie priorytetów czynności ratunkowych lub kolejności transportu. Ocena tego typu w interwencji kryzysowej nie różnicuje subtelnych stanów emocjonalnych, nie uwzględnia wielu zmiennych psychologicznych, stąd w ewentualnym, dalszym postępowaniu musi zostać pogłębiona ukierunkowaną diagnozą indywidualną.²⁵ Trzema obszarami podlegającymi ocenie (stąd, określenie: „trójwymiarowy model oceny kryzysu”, TAF²⁶), są:

- natężenie zaburzeń emocjonalnych;
- natężenie zaburzeń behawioralnych;
- natężenie zaburzeń poznawczych.

b. Rozwiązywanie sytuacji kryzysowej

Narzędzia oddziaływań psychologicznych mających zastosowanie w interwencji kryzysowej zależne są wyłącznie od umiejętności i osobistych preferencji interwenienta, podobnie, jak w warsztacie rzemieślnika: tylko on decyduje, przy pomocy jakich instrumentów podejmie się wykonania zamówionego dzieła. Ważne jest, aby „zamawiający usługę” był usatysfakcjonowany.

Wskazać można jedynie, że z uwagi na cechy definiujące interwencję (patrz wcześniej: rozdział „definicja usługi”) – m.in. krótkoterminowość oddziaływań, działanie pod presją rekomendowane działania wywodzą się z nurtu pomocy krótkoterminowej koncentrującej się na rozwiązaniach.

Poniżej dla przykładu podstawowe założenia jednego z popularnych nie tylko w Polsce narzędzi tego nurtu: *Brief Solution Focused Therapy* (pol. Krótkoterminowe Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach)²⁷:

- uznanie nieuchronności zmiany („Nic nie zdarza się na zawsze”);
- szukanie rozwiązań zamiast rozwiązywania problemów;
- akcentowanie zdrowia psychicznego – zdrowe wzory (wychodzenia z kryzysu) już istnieją, ale nie są uświadomione, skoncentrowanie na sukcesach w radzeniu sobie z problemami, podkreślanie mocnych stron klientów („Jeśli coś działa, rób tego więcej”);
- teoretyczna i nienormatywna postawa zorientowana na jednostkę, opinie klientów przyjmuje się bez wartościowania („Jeśli się nie zepsuło, nie naprawiaj”);
- prostota i oszczędność, postępowanie od rzeczy najprostszych do najtrudniejszych („Jeśli coś nie działa, zrób coś innego”);
- zorientowanie na teraźniejszość i na przyszłość, poprawa aktualnej i przyszłej sytuacji klientów zyskuje pierwszeństwo nad korygowaniem przeszłości;

²⁵ D. Kubacka-Jasiecka, op.cit.

²⁶ TAF, (ang.) *Triage Assessment Form* – formularz oceny selekcyjnej.

²⁷ I.K.Berg, S.D.Miller, *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu* (1992), K. Sarzała (oprac.), niepublikowany wykład (2011).

- każdy klient jest wystarczająco zmotywowany do pracy nad wyodrębnionymi przez siebie celami.

ad. 2. Formy udzielanych usług

Poniżej przedstawiono podstawowe formy udzielania usługi wraz z rekomendacją dot. wdrożenia poszczególnych form

Tabela 6. Podstawowe i rozszerzające formy działania składające się na interwencję kryzysową.

| Forma | Opis | Opcja stosowania |
|--------------------------------------|--|---|
| Kontakt indywidualny | To różne formy spotkania z osobą w kryzysie, nazywane zwyczajowo lub stosownie do przyjętej konwencji: sesją, spotkaniem, wizytą lub inaczej. Jest to forma zwykle dogodna dla klientów, preferowana przez większość osób, a także chętnie wybierana przez profesjonalistów. Prawdopodobnie z tego powodu, że zapewnia najwięcej subiektywnego bezpieczeństwa co jest ważne szczególnie dla osób znajdujących się w sytuacji nierównowagi emocjonalnej, czyli dla większości z tych, o których mowa. Trzeba pamiętać, że indywidualne spotkanie klienta z profesjonalistą oprócz licznych korzyści niesie też ze sobą ryzyko nadużyć i trudnych do wykrycia błędów. Instrumentami, które służą do eliminowania ewentualnych nieprawidłowości w stosowaniu tej formy są: praca zespołowa, poddanie się superwizji i inne. Więcej na ten temat w części tego rozdziału poświęconej problemom usługi. | Podstawowa. Dotyczy wszystkich sytuacji wymagających objęciem działaniami osobę w kryzysie, może też być stosowana, w połączeniu z innymi formami, jako element oddziaływania interwencyjnego na rodzinę lub grupę. |
| Kontakt interwencyjny z rodziną/parą | Działanie polegające na dokonaniu interwencji, najczęściej psychologicznej w relację rodzinną (system), w kontakcie z kilkoma członkami rodziny. | Podstawowa. Dotyczy głównie podejmowania działań interwencyjnych wobec rodzin, czasem osób w kryzysie. |
| Kontakt grupowy | To różne sesje, spotkania grupowe, treningi, warsztaty, meetingi, sesje odreagowania, których istotą jest: wykorzystanie energii i zasobów tkwiących w grupie osób, które łączy podobieństwo (lub przeciwnie – różnorodność) | Podstawowa. Dotyczy podejmowania działań |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>przeżyć, doświadczeń, często wspólne cele. Ważnym aspektem pracy grupowej jest też jej wymiar ekonomiczny – sprawniej, a często także taniej można wykonać jakieś działania na rzecz całej grupy razem, niż po kolei z każdym, z uczestników z osobna. Pozornie łatwiejsza, praca z grupą wymaga zwykle znacznie większych doświadczeń, wiedzy, odmiennych umiejętności, a w szczególności – znajomości tzw. procesu grupowego. Ta forma wykorzystywana jest także w prowadzeniu zespołów interdyscyplinarnych oraz zespołów kryzysowych.</p> | <p>interwencyjnych wobec osób, rodzin i grup połączonych wspólnym kryzysem.</p> |
| Interwencje wyjazdowe | <p>Interwencje poza ośrodkiem, podejmowane w przypadku nie-mobilności osoby w kryzysie, np. osób w podeszłym wieku, małych dzieci po śmiertelnym wypadku opiekunów, itp., także: uczestniczenie w akcjach ratowniczych; udział w pracach zespołów kryzysowych powołanych przez inne instytucje, organizacje.</p> | <p>Optymalna. Interwencje podejmowane głównie wobec grup połączonych wspólnym kryzysem, czasem, na rzecz osoby w kryzysie.</p> |
| Wykorzystanie telefonu do celów interwencyjnych | <p>Interwencja telefoniczna od dawna odgrywa ważną rolę, jako forma wsparcia psychospołecznego. Zalety, to: powszechny dostęp, anonimowość kontaktu, pełna kontrola klienta nad tą formą kontaktu (sam decyduje kiedy, jak, jak długo będzie trwał, itd.), nieograniczony zasięg działania, ekonomika działania. Zastosowanie telefonu, jako profesjonalnej formy pomocy wymaga świadomej decyzji, co do funkcji, jaką ma pełnić, przemyślanej promocji i oprzyrządowania (np. zastosowania nowoczesnych central telefonicznych pozwalających m.in. identyfikować dane rozmówcy, prowadzić równoległe telekonferencje, itp.), a przede wszystkim – wiedzy na temat specyfiki klientów korzystających z tej formy pomocy i określonych strategii interwencji telefonicznych.</p> | <p>Podstawowa</p> |
| Inne sposoby wykorzystania telefonu | <p>Telefon informacyjny – linia telefoniczna wykorzystywana jako źródło informacji, dla osób w kryzysie, środek kierowania do służb, instytucji, placówek.</p> | <p>Optymalna</p> |
| | <p>Telefon specyficzny, problemowy – linia służąca do rozwiązywania poszczególnych problemów lub dla wybranej grupy adresatów (np. kobiet, dzieci, ofiar „zbrodni nienawiści”</p> | <p>Optymalna</p> |

| | | |
|---|---|------------|
| | osób z problemami onkologicznymi, itp.). | |
| | Telefon interwencyjny, typu „gorąca linia” – linia służąca do zgłaszania zdarzeń wymagających nagłych działań ²⁸ . | Optymalna |
| Działania z wykorzystaniem poczty tradycyjnej | Formy pomocy osobom w kryzysie powinny uwzględniać możliwość kontaktowania się z także za pomocą tradycyjnego lub elektronicznego listu. Wiadomym jest, że najczęściej na początku, na etapie poszukiwania swojej drogi do uzyskania pomocy, ofiary wybierają formy zapewniające maksimum bezpieczeństwa i gwarancję anonimowości. Pośrednictwo poczty daje poczucie kontroli nad tym „co”, „do kogo napiszę”, pozwala sprawdzić, „czy wybrałem dobrego adresata”. Warto pamiętać, że forma, treść, szybkość reakcji w korespondencji może mieć decydujące znaczenie dla dalszego rozwoju zdarzeń. Uwaga, na typowe błędy! (Patrz: załącznik) | Optymalna |
| Technologie internetowe | Współcześnie dostępne technologie pozwalają dziś na to, co jeszcze kilka lat temu wydawało się absolutnie nierealne. Nie można lekceważyć potęgi i możliwości kryjącej się w Internecie, także w sferze pomocy osobom pokrzywdzonym. Prowadzenie tego typu działalności wymaga dużej uważności organizatorów, a przede wszystkim dyscypliny, nadzoru, świadomości celu, angażowania (często młodych) wolontariuszy, którzy doskonale czują środowisko Internetu. Praca tych osób powinna bezwzględnie poddana być superwizji bowiem, mimo że z pozoru lekka i niezobowiązująca praca, wiąże się z licznymi trudnościami i zagrożeniami. Możliwe jest wykorzystywanie: | Podstawowa |
| | Poczta elektroniczna – wykorzystanie poczty e-mail jako sposobu do komunikowania się interwenienta z osobą w kryzysie jest dzisiaj codziennością. Zgłoszenia potrzeby interwencji, bieżąca wymiana informacji, komunikowanie się specjalistów pomiędzy sobą, umawianie się na spotkania – to podstawowe funkcje, ale także: bezpieczny (bo zapewniający w pewnym stopniu anonimowość) kontakt dla osób, które dopiero rozważają możliwość skorzystania z pomocy, możliwość zasięgnięcia porady wyłącznie tą drogą, dla osób, które nigdy nie trafią do specjalisty i wiele innych okoliczności sprawiają, | Podstawowa |

²⁸

Telefon zaufania nie jest narzędziem interwencji kryzysowej. Jest to szczególna forma pomocy telefonicznej, ograniczona wyłącznie do doraźnej, życzliwej i anonimowej pomocy, ograniczonej do para-profesjonalnego wysłuchania, wymiany myśli z rozmówcą itp. Forma ta, znana jest od 1953 roku, jej twórcą był angikański ksiądz z Londynu, a idea w Polsce rozprzestrzenia się od 1967 roku za sprawą prof. Tadeusza Kielanowskiego, który przyczynił się do powstania w Gdańsku pierwszego polskiego telefonu zaufania.

| | | |
|--|--|------------|
| | że jest to środek komunikowania się nie do przecenienia. Jednak także w tym wypadku warto wziąć pod uwagę ograniczenia i zagrożenia (błędy w komunikacji, jak w poczcie tradycyjnej, ryzyko ujawnienia informacji „wrażliwych”, inne) | |
| | Strony internetowe – zaprojektowane pod kątem użyteczności dla odwiedzających: zawierające najważniejsze informacje praktyczne (gdzie, kiedy, na jakich warunkach można korzystać ze świadczeń interwencji kryzysowej, czego można spodziewać się przychodząc lub kontaktując się po raz pierwszy z interwenientem, jakiego rodzaju pomocy można oczekiwać. Uwaga: strona powinna być stale aktualizowana). Strona, która nie zawiera informacji o bieżących działaniach, która nie zmienia swojej zawartości – odnosi zwykle skutek odwrotny od zamierzonego. | Podstawowa |
| | Komunikatory internetowe (<i>instant messenger</i>) – programy komputerowe pozwalające na przesyłanie natychmiastowych komunikatów pomiędzy dwoma lub więcej komputerami, poprzez sieć komputerową, zazwyczaj Internet. Od poczty elektronicznej różnią się tym, że oprócz samej wiadomości, przesyłane są także informacje o obecności użytkowników, co zwiększa znacznie szansę na prowadzenie bezpośredniej konwersacji. Wykorzystanie komunikatora, np. Gadu Gadu, jest coraz popularniejszą formą udzielania wsparcia, której nie warto pomijać. Dla wielu, zwłaszcza młodych ludzi, jest to jedyny akceptowalny sposób komunikacji. Zasady korzystania z tego środka, są podobne jak w przypadku poczty – patrz typowe błędy wyżej. | Optymalna |
| | Inne usługi internetowe, np. czat (chat), forum dyskusyjne □ serwis internetowy służący do komunikacji wielu osób w tzw. pokojach lub wymiany informacji, poglądów za pomocą for założonych przez popularne portale lub instytucje. Zwykle istnieją dwa rodzaje rozmowy: prywatna, której przebieg mogą śledzić tylko dwie osoby, oraz publiczna, dostępna dla wszystkich zalogowanych użytkowników. W części czatów dostępne są również graficzne emotikony stworzone dla ułatwienia ekspresji emocji. Rozmowy prywatne, zapewniające minimum dyskrecji (bo oczywiście, jak wszystko w Internecie może być poddane monitoringowi i nie jest całkowicie anonimowe) mogą być użytecznym narzędziem do kontaktowania się z osobami potrzebującymi. Możliwe jest, np. stworzenie i prowadzenie własnych for dyskusyjnych, | Optymalna |

| | | |
|--|--|--|
| | „czatów” tematycznych, monitorowanie istniejących serwisów i udział w toczących się rozmowach, dyskusjach. | |
|--|--|--|

ad.3. Dokumentowanie

Usługa interwencji kryzysowej dokumentowana musi być w ten sposób, aby zapewnić pełną rejestrację działań jednak z poszanowaniem prywatności osoby w kryzysie oraz z zapewnieniem niezbędnej poufności przechowywanych i przetwarzanych danych. Bezpieczeństwo przechowywania danych związane jest z bezwzględnym stosowaniem rygorów sformułowanych przez stosowne przepisy (GIODO). Nie narzuca się, w niniejszym standardzie ośrodkom szczegółowej formy, ani też zakresu dokumentowania działań, jednak wskazać należy rekomendowane obszary rejestrowanych zdarzeń:

- Zgłoszenia, tzw. pierwszorazowe – zgłoszenia potrzeby interwencji lub rozpoznanego zagrożenia (w odniesieniu do poszczególnych form, np. zgłoszeń osobistych, telefonicznych, mailowych), często w formie tzw. zeszytów zgłoszeń, zawierające: daty, godziny, dane identyfikujące osoby zgłaszające (jeśli dostępne), krótki opis zgłoszenia, najlepiej wiernie cytując relację osoby zgłaszającej, bez interpretowania zdarzenia i reakcji (!) wraz z informacją o pierwszych, podjętych działaniach interwenienta (np. czy osoba została umówiona, jeśli tak: do kogo, czy została skierowana w inne miejsce, jakiego rodzaju poradę usłyszała, itp.).
- Podejmowane interwencje w stosunku do osób lub rodzin, np. w formie prowadzonych „kart klienta”, zawierających podstawowe dane teleadresowe, dane dotyczące zasobów, np. rodziny, bliskich, historię zdarzenia kryzysowego, stanu kryzysu, opis odejmowanych wcześniej działań na rzecz wyjścia z kryzysu, a przede wszystkim: ocenę zagrożeń dokonaną przez interwenienta na początku interwencji, a także sugestie dot. wstępnej strategii interwencji, uzupełniane o systematycznie uzupełniane notatki z sesji i innych form działania.
- Podejmowane interwencje w stosunku do grup, np. interwencje poza ośrodkiem, w czasie zdarzeń masowych, wypadków, katastrof, itp., np. w formie raportów z przeprowadzonych interwencji, zawierających: daty, godzinę, osoby uczestniczące: poszkodowane, ratownicy, świadkowie, krótki opis zdarzenia kryzysowego, ocenę zagrożeń dokonaną przez interwenienta (-ów), relacja z podjętych działań (wywiad, *defusing*, *debriefing*, udział w spotkaniu zespołu kryzysowego, ustalenia, itp.).
- Rejestracja innych form, wspomagających interwencję (jeśli są podejmowane przez realizujących usługę), np.: sesji terapii, porad specjalistycznych, itp.
- Rejestracja osób (rodzin) korzystających ze schronienia udzielanego w ramach interwencji kryzysowej, np. w formie karty osoby korzystającej z hostelu kryzysowego zawierającej dane dotyczące okoliczności przybycia/skierowania do hostelu, dane teleadresowe, kserokopię dowodu tożsamości, odwołania do innej prowadzonej dokumentacji (np. „karty klienta”), jeśli występuje, kontrakt zawarty z osobą przyjmowaną do hostelu, inne.

- Proponuje się przyjęcie jednolitego systemu kategoryzowania rodzajów kryzysu, zgłaszanych do podmiotu udzielającego usług, np. w kafeterii problemów przedstawionych w załączniku.

Dopuszcza się, iż osoba w kryzysie, na własne życzenie, może skorzystać z usługi bez ujawniania tożsamości, tj. nie podając imienia, nazwiska, miejsca zamieszkania, ani innych danych teleadresowych. W takim wypadku, działania podmiotu udzielającego usług rejestrowane są, jednak z zaznaczeniem „N/N” lub innym, przyjętym w ośrodku/punkcie.

4. Przewidywany czas wykonywania usługi

Modelowo przewiduje się, że interwencja kryzysowa (model kilku sesji) powinna zamknąć się w 6–8 sesjach. Jednak rozplanowanie w czasie strategii działania zależne jest od: złożoności kryzysu, zindywidualizowanych reakcji na kryzys oraz innych zmiennych.

Przeciętnie, spotkanie określane potocznie mianem sesji interwencyjnej trwa: 45–90 min. Wydaje się, że optymalny czas sesji, to 60 min. Spotkanie poprzedzone powinno być czasem, kiedy interwenient przygotowuje się do sesji, np. czyta zgromadzoną wcześniej dokumentację (jeśli sesja jest umówionym wcześniej spotkaniem, poprzedzonym przeprowadzonym wywiadem, np. w ramach pierwszego kontaktu), zakończona zaś czasem przeznaczonym na uzupełnienie dokumentacji, dokonanie zapisów w karcie klienta, zeszytach zgłoszeń lub innych formach prowadzonych zapisów. Warto także zarezerwować czas w trakcie sesji (!) na szybkie skonsultowanie się inną osobą, pełniącą dyżur w ośrodku, dla zobiektywizowania oceny zagrożeń i działań.

Dobra praktyką ośrodków interwencji kryzysowej, którą poleca się do stosowania, jest określenie uśrednionych ilości osób, jakie mogą zostać objęte działaniami ośrodka (dotyczy umawianych, planowanych sesji), w odniesieniu do jednostki czasu, np. możliwość odbycia max.8 planowanych sesji interwencyjnych, w czasie 12h dyżuru w ośrodku, 4 w czasie 6h dyżuru, itd.. Zasada taka powinna jednak wynikać z możliwości (zasobów) danego ośrodka, winna być uzgodniona z zespołem pracowników i solidarnie przyjęta do stosowania przez wszystkich. Nie narzuca się w tej kwestii ogólnych norm.

- Interwencje w trybie ratunkowym (*emergency*).
- Interwencje jednej sesji.
- Interwencje kilku spotkań.

Interwencje w trybie ratunkowym – prowadzone w sytuacji konieczności podjęcia akcji interwencyjnej natychmiast po przyjęciu zgłoszenia sygnalizującego wystąpienie zagrożenia zdrowia lub życia. Charakteryzują się krótką, szybką i maksymalnie uproszczoną oceną stanu zagrożenia, bez analizowania subtelności emocjonalnych stanu osoby w kryzysie i natychmiastowym podjęciem decyzji, co do pierwszych kroków pomocy. Ta forma interwencji nie wyklucza możliwości kontynuowania innych działań interwencyjnych lub terapeutycznych po ustabilizowaniu sytuacji. W praktyce: pośpiech jest złym doradcą! W większości przypadków interwenient może sobie pozwolić na konsultacje z partnerem na dyżurze, kontakt z innymi placówkami, weryfikację faktów u pracownika socjalnego lub na policji albo dając sobie – zwyczajnie - czas na zastanowienie.

Przykład: zgłoszenie dotyczące wcześniejszych samookaleczeń i aktualnie podjętej próby samobójczej nastoletniej osoby. Interwencja kryzysowa realizowana jest w jej miejscu zamieszkania (bursa szkolna), polega na niezwłocznie zorganizowanym spotkaniu z zespołem wychowawców bursy, krótkiej sesji z osobą w kryzysie, podczas której dokonano krótkiej, selekcyjnej oceny zagrożenia na trójstopniowej skali (triage), w efekcie, po uzgodnieniu strategii z zespołem wychowawczym bursy zdecydowano o spowodowaniu hospitalizacji i objęcia osoby opieką medyczną. W dalszej kolejności, ustalono strategię działania wychowawców podczas pobytu osoby w szpitalu i w związku z przyszłym bezpiecznym powrotem do bursy.

Interwencja jednej sesji □ specyficzna, charakterystyczną dla interwencji kryzysowej forma pomocy. Zakłada, że spotkanie interwenienta z osobą w kryzysie może (choć nie musi) być pierwszą, a zarazem ostatnią okazją do udzielenia niezbędnej pomocy. Jest typowa dla interwencji kryzysowych realizowanych w ośrodkach, punktach interwencji kryzysowej, w praktyce ośrodków pomocy społecznej a jeszcze bardziej w przebiegu akcji ratunkowych związanych ze zdarzeniami krytycznymi, takimi jak katastrofy, wypadki, udzielanie pomocy ofiarom lub świadkom brutalnych przestępstw i podobnych. Wszystkie te zdarzenia łączy fakt, że osoby w kryzysie najczęściej przez splot okoliczności, przypadek spotykają na swojej drodze interwenienta kryzysowego i nie ma żadnej pewności, że jeszcze kiedyś, ponownie będą miały sposobność skorzystania z tej formy pomocy.

Przykład: interwencja zrealizowana zaraz po zakończeniu akcji ratunkowej związanej z katastrofą budowlaną. Zaimprovizowano sesję, na miejscu katastrofy, po zakończeniu działania służb (policja, straż pożarna, pogotowie ratunkowe) z jednym, z uczestników zdarzeń – robotnikiem, który był świadkiem śmierci swoich dwóch kolegów. Zastosowano technikę defusingu zakończoną krótkim, dyrektywnym instruktażem: co robić, czego unikać w najbliższych godzinach, dniach po zdarzeniu, jak postępować, w przypadku występowania niepokojących, utrudniających życie, możliwych skutków urazowego doświadczenia.

Interwencja kilku sesji □ polega na towarzyszeniu przez dłuższy czas (przeciętnie przez 6–8 spotkań) zmagania się z kryzysem, jej istotą jest pomoc w odbudowywaniu zburzonego porządku, pomoc w przedefiniowaniu systemu wartości, koncepcji własnego życia. Jeżeli w czasie kilku sesji nie udaje się rozwiązać kryzysowego problemu, ani przynajmniej zmniejszyć dynamiki kryzysu, prowadzący interwencję powinien skierować klienta na psychoterapię zaburzeń psychicznych lub terapię kryzysu.

Przykład: interwencja kryzysowa podjęta w sytuacji, gdy do ośrodka interwencji kryzysowej trafiła osoba w kryzysie spowodowanym niedawnym doświadczeniem brutalnych aktów przemocy ze strony partnera i ucieczką z domu, a po nawiązaniu bliższej relacji współpracy z osobą, na jaw wyszedł fakt długoletniego doświadczenia nadużyć seksualnych, w rodzinie pochodzenia. Proces interwencyjny wymagał kilku tygodni spotkań, następnie kontynuowanych ten sposób, że osoba została skierowana na terapię, do wyspecjalizowanego w tych formach pomocy ośrodka.

VII. Warunki spełnienia usługi

1. Warunki materialne

Prawidłowo świadczona usługa wymaga ustalenia właściwej formy i przygotowania warunków do jej realizacji. Kilkanaście ostatnich lat spontanicznie i często oddolnie (na przykład z inicjatywy organizacji społecznych) tworzonych struktur interwencji kryzysowej w Polsce doprowadziły do praktykowania realizacji usługi w dwóch postaciach, niezależnie od rodzaju podmiotów prowadzących działania w tym zakresie (najczęściej: samodzielne jednostki organizacyjne prowadzone przez samorządy lokalne, organizacje pozarządowe wykonujące usługę na rzecz samorządu):

- jako wyspecjalizowana instytucja;
- jako usługa świadczona w ramach działania jednostki pomocy społecznej.

Ośrodki, punkty interwencji kryzysowej (wyspecjalizowana instytucja)

Forma, zakres działania, struktura ośrodka powinna być dostosowana do lokalnych potrzeb i dostępnych zasobów (możliwości). Oczywiście jest, że ośrodek działa w określonym środowisku: społeczności różnych pod względem liczebności, dostępności placówek pomocy, aktywności sektora pozarządowego stawiającego przed sobą cele prospołeczne, ilości czynnych zawodowo profesjonalistów, możliwości dostępu do nieodpłatnych lub płatnych usług i itp. Poszczególne środowiska różnią się także skalą i nasileniem sytuacji krytycznych: przemocy domowej, gwałtów, różnych form krzywdzenia dzieci, różnią się prawdopodobieństwem wystąpienia masowych katastrof, klęsk żywiołowych itp. Potrzeby takie mogą być znaczne, np. w dzielnicach czy okolicach, gdzie społeczność pozostaje w stanie chronicznego kryzysu, związanego z bezrobociem, nędzą, przestępczością, rozpadem więzi międzyludzkich i gdzie każde dodatkowe obciążenie zaburza chwiejną równowagę i niszczy dotychczasowe systemy wsparcia. Z drugiej strony: w społecznościach dotychczas sprawnie przezwyciężających pojawiające się kryzysy może pojawić się „efekt domina”, jeżeli któryś z kryzysów przejdzie w stan chroniczny, jeżeli rozrosną się i ustabilizują konflikty i zniszczone zostaną naturalne więzi. W związku z tym, tworzenie instytucjonalnej formy interwencji kryzysowej powinno być poprzedzone wnikliwą analizą zasobów, a w szczególności stworzeniem swoistej mapy zasobów lokalnych.

W związku z tym, że ustawa o pomocy społecznej (z 12 marca 2004 r., Dz. U. nr 64, poz. 593) wskazuje, że prowadzenie ośrodków interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu (art.19) uznać należy, że forma ośrodka jest docelową, najbardziej pożądaną formą udzielania usługi. Praktyka każe jednak wskazać rozwiązania dla mniej zamożnych samorządów, które pragną podjąć działania w tym zakresie.

Tabela 7. Minimalne wymagania dotyczące instytucjonalnych form interwencji kryzysowej²⁹.

| | PUNKT INTERWENCJI | OŚRODEK INTERWENCJI |
|--|--------------------------|----------------------------|
|--|--------------------------|----------------------------|

²⁹ Krzysztof Sarzała, adaptacja własna materiału opracowanego w ramach prac Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy przy PARPA (2007).

| Kryterium | KRYZYSOWEJ | KRYZYSOWEJ |
|--|---|--|
| <i>Ogólne</i> | | |
| Forma organizacyjna | Samodzielny ośrodek lub wyodrębniona jednostka innej organizacji | Samodzielny ośrodek lub wyodrębniona jednostka innej organizacji |
| Czas dostępności - telefonicznej i osobistej - dla osób w kryzysie | w dni robocze, nie mniej niż 6h dziennie | przez cały tydzień, całodobowo, 24h na dobę |
| Wymóg organizacji pracy – w zespole (co najmniej: regularne zebrania zespołu pracowników instytucji, regularne omawianie przypadków, wgląd pozostałych członków zespołu w realizowane strategie pomocy osobie w kryzysie, poddanie się superwizji) | TAK | TAK |
| <i>Lokal i wyposażenie</i> | | |
| Powierzchnia, wykorzystywanego do realizacji zadania, lokalu: | mniej niż 100m2 | powyżej 100m2 |
| Inne wymagania lokalowe | Nie mniej niż 2 pomieszczenia do pracy indywidualnej, dostęp do pomieszczeń sanitarnych, możliwość ogrzewania gotowych posiłków. | Nie mniej niż 2 pomieszczenia do spotkań indywidualnych, pomieszczenie do spotkań grupowych, pomieszczenia hostelowe z możliwością przyjęcia nie mniej niż 3 osób, w tym kobiet i mężczyzn, możliwość przygotowywania na miejscu ciepłych posiłków, możliwość przechowywania zapasów żywności. |
| Wyposażenie | Dostęp do przynajmniej 1 linii telefonicznej, dostęp do Internetu, podstawowe urządzenia biurowe, w tym – komputer, szafy umożliwiające bezpieczne przechowywanie dokumentacji, inne. | Dostęp do przynajmniej 1 linii telefonicznej, dostęp do Internetu, podstawowe urządzenia biurowe, w tym komputer, szafy umożliwiające bezpieczne przechowywanie dokumentacji, inne biurowe, wyposażenie hotelu. |
| <i>Wymagania kadrowe</i> | | |
| Zasoby kadrowe wykorzystywane przy realizacji zadania, liczebność (w przeliczeniu na pełny etat): | nie mniej niż 3-6 osób | nie mniej niż 6 osób |
| Kwalifikacje pracowników zatrudnionych przy realizacji zadania – szkolenia z zakresu interwencji kryzysowej: | Wszyscy | Wszyscy |
| Kwalifikacje pracowników zatrudnionych przy realizacji zadania – szkolenia z zakresu | Wszyscy | Wszyscy |

| | | |
|--|-------------------|-------------------|
| przeciwdziałania przemocy: | | |
| Kwalifikacje pracowników - wyższe wykształcenie kierunkowe (psychologia, pedagogika, socjologia, medycyna, praca socjalna. | Wszyscy | Wszyscy |
| Kwalifikacje pracowników - potwierdzenie w formie certyfikatu z zakresu przeciwdziałania przemocy (np. PARPA lub Niebieska Linia): | nie mniej niż 50% | nie mniej niż 50% |
| <i>Wymagania dot. oferowanych świadczeń</i> | | |
| - zapewnianie schronienia osobom zagrożonym przemocą lub ostrym przebiegiem kryzysu; | TAK | TAK |
| - natychmiastowe zapewnianie schronienia osobom zagrożonym przemocą lub ostrym przebiegiem kryzysu; | NIE | TAK |
| - udzielanie natychmiastowej pomocy psychologicznej i wsparcia; | NIE | TAK |
| - możliwość całodobowego skontaktowania się telefonicznego; | NIE | TAK |
| - możliwość całodobowego skontaktowania się osobistego; | NIE | TAK |
| - możliwość skontaktowania się telefonicznego w wybrane dni tygodnia; | TAK | TAK |
| - możliwość skontaktowania się osobistego w wybrane dni tygodnia; | TAK | TAK |
| - możliwość podejmowania działań ochronnych w środowisku osób zagrożonych kryzysem (poza siedzibą instytucji); | Tak | TAK |
| - dostępność świadczeń psychologicznych – poradnictwo i wsparcia; | TAK | TAK |
| - dostępność świadczeń psychologicznych –psychoterapii i terapii; | NIE | TAK |
| - dostępność świadczeń psychologicznych –psychoedukacji w zakresie kryzysu; | TAK | TAK |
| - dostępność świadczeń przedmedycznych lub medycznych ogólnych; | NIE | TAK |
| - dostępność świadczeń medycznych - specjalistycznych (np. | NIE | Rekomendowane |

| | | |
|--|---------------|---------------|
| psychiatrycznych, ginekologicznych); | | |
| - zaspokajanie doraźnych potrzeb socjalno – bytowych (żywność, ubranie, środki finansowe); | TAK | TAK |
| - dostępność dogodnych form samopomocy związanej z przeżywanym kryzysem; | NIE | Rekomendowane |
| - dostępność pomocy prawnej w formie konsultacji | TAK | TAK |
| - dostępność pomocy prawnej w formie przedstawicielstwa prawnego (adwokat); | NIE | Rekomendowane |
| - dostępność pomocy prawnej - pełnienie funkcji osoby zaufania publicznego, towarzyszenie w procedurach prawnych | Rekomendowane | Rekomendowane |
| - monitoring i ewaluacja działalności | TAK | TAK |
| - współpraca z instytucjami i organizacjami w obszarze pomocy społecznej, przeciwdziałania przemocy itp. | TAK | TAK |

Wydaje się, biorąc pod uwagę praktyczne potrzeby całych regionów, że co najmniej jeden, całodobowy, z pełną ofertą ośrodek powinien pozostawać do dyspozycji kilku sąsiadujących ze sobą powiatów, tak by odległość związana z dojazdem do ośrodka nie przekraczała 60km.

2. Wsparcie usługodawców

Efektywne świadczenie usługi wymaga stworzenia własnych (na użytek każdego ośrodka, zespołu) i wdrożenia mechanizmów wspierania specjalistów oraz konsekwentnego podejmowania wysiłków, mających na celu przeciwdziałanie niekorzystnym, długofalowym i wyczerpującym zjawiskom związanych ze zmaganiem się z kryzysem. Trzeba uwzględnić, że nie tylko bezpośrednio uczestniczenie w zdarzeniach krytycznych, ale też towarzyszenie osobom przeżywającym kryzys, szczególnie tym, które doświadczają ostrego przebiegu reakcji kryzysowej może być trudne, a nawet szkodliwe dla pomagających. Więcej na temat problemów związanych z realizacją usługi – w rozdziale X.

Oczekuje się, że formy wspierania personelu zaangażowanego w realizację usługi będą indywidualnie dobrane do specyfiki placówki i zespołu, a polegać będą na:

- organizacji pracy w zespole;
- właściwej organizacji pracy zespołu;
- zapewnieniu właściwych warunków materialnych do udzielania świadczeń;
- zapewnieniu dostępu do profesjonalnego wsparcia psychologicznego;

e) zapewnieniu dostępu do szkoleń służących: podnoszeniu kompetencji, aktualizacji wiedzy, trenowaniu umiejętności praktycznych.

ad. a) Usługa interwencji kryzysowej winna być podejmowana wyłącznie przez specjalistów zorganizowanych w zespół³⁰. Zespołowa forma pracy ma wiele zalet:

- ☐ ogranicza możliwość nadmiernego obciążania emocjonalnego usługodawców.;
- ☐ zapewnia lepszą jakość pracy jednostki;
- ☐ umiejętności i zdolności członków zespołu sumują się;
- ☐ rzadziej dochodzi do przypadkowych błędów;
- ☐ powstają pomysły, które mogłyby się nie pojawić podczas pracy indywidualnej;
- ☐ zespół zapewnia oparcie i poczucie bezpieczeństwa, szczególnie podczas podejmowania decyzji³¹.

Stworzenie warunków do pracy zespołowej, to m.in. właściwa organizacja planu pracy, w tym zapewnienie dublowania się obsady dyżurów (alby uniknąć niepożądanej sytuacji, w której interwenient jest pozostawiony sam, bez partnera/rów), zaplanowanie przynajmniej jednego dnia (godzin) w tygodniu, w którym wszyscy interwenienci spotykają się i wspólnie biorą udział w zebraniu (odprawie, konsultacji, itp. inne zwyczajowe określenia), wdrożenie zasady zespołowego, a jeśli nie jest to możliwe ze względów organizacyjnych – w parach, omawiania trudnych przypadków, sesji, planowanych strategii, itp., wdrożenie form organizacyjnych pracy zespołowej, zwyczajów, rytuałów, regulaminów porządkujących³². Wszystkie te, i podobne działania mają złożyć się na sytuację, w które każde działanie w ramach usługi jest wspierane, wzmacniane i weryfikowane przez pozostałych członków zespołu.

ad. b) Wsparcie dla zespołu jest często pochodną dobrej organizacji placówki na co, niestety, wielu liderów pracy socjalnej nie zwraca szczególnej uwagi. Na dobrą organizację składają się m.in. takie elementy, jak:

- ☐ techniki zarządzania (np. przez cele, przez wyjątki, przez innowacje, przez motywację, przez wyniki, metoda harzburka, in.);
- ☐ styl kierowania reprezentowany przez lidera (koncentracja na ludziach vs. koncentracja na celach, typ przywództwa, in.);
- ☐ przyjęty sposób planowania (plany strategiczne, plany operacyjne);
- ☐ właściwe organizowanie czasu;
- ☐ zarządzanie personelem (konkurencja i rywalizacja vs. lojalność, zaangażowanie, współpraca, sposoby motywowania, oceniania);

³⁰ Grupy pojawiają się w każdej organizacji. Zespół (strukturalny) jest formą grupy posiadającej określoną strukturę, w której wyodrębnione są role, w szczególności lidera, znającą i uznającą cel lub cele, nie konkurującą ze sobą, mającą własne procedury, rutynowe zasady działania. Istnieją ponadto zespoły zadaniowe – powołane do rozwiązania konkretnego problemu lub zajęcia się określonym zadaniem, po jego wykonaniu rozwiązują się (opr. własne K.S.)

³¹ Irena Dzierzgowska, *Szkoła dyrektorów*, Warszawa 1994.

³² Użyteczne może być, na przykład zastosowanie w pracy metody zespołu reflektującego. Zob. *Solution Focused Reflected Teams*, www.solutionsology.co.uk.

□ wzorce komunikacyjne (komunikacja jedno i dwukierunkowa).

ad. c) Optymalne warunki materialne opisane zostały w pkt.1. rozdziału.

ad. d) Przez dostęp do profesjonalnego wsparcia rozumie się udostępnienie usługodawcom regularnych psychologicznych superwizji. Superwizja zdefiniowana została w rozdziale VII. Trzeba zaznaczyć, że rolę wsparcia superwizyjnego może pełnić do pewnego stopnia, tzw. superwizja wewnętrzna, tj. taka forma prowadzenia zebrań zespołu, która zapewnia dogodne warunki (m.in. poczucie bezpieczeństwa, komfort psychiczny, wzajemny szacunek, poczucie kompetencji uczestników) do omawiania ewentualnych trudności, błędów podczas przebiegi interwencji. W praktyce, jest bardzo trudne do osiągnięcia, w szczególności, gdy koliduje to z stosowaną strategią (np. autorytarną) zarządzania zespołem (patrz wyżej). Optymalne jest zapewnienie możliwości do regularnych (na przykład co miesięcznych) spotkań z superwizorem. I w tym wypadku, należy zwrócić uwagę na warunki odbywania się superwizji, tj. na poczucie bezpieczeństwa uczestników sesji, brak innych okoliczności utrudniających otwartość, komunikację (którą może być, np. obecność przełożonych, potencjalnie oceniających uczestników).

ad. e) Zapewnienie dostępu do szkoleń, treningów, konferencji i innych form edukacyjnych jest także sposobem na udzielanie wsparcia zespołowi specjalistów. Siła, skuteczność, jak również spokój interwenienta, jest w dużej mierze pochodną jego poczucia kompetencji, wiary w zdolność do wspierania osoby w kryzysie oraz gotowości do weryfikowania własnego przygotowania do pracy, wreszcie - regularnej autorefleksji nad swoją rolą, celami i skutkami działania.

3. Kwalifikacje usługodawcy

Wymagania, dotyczące kwalifikacji interwenientów określa się następująco (wszystkie n/w łącznie):

- wykształcenie wyższe zawodowe, w zakresie nauk społecznych, prawa lub medycyny;
- ukończenie specjalistycznych szkoleń w zakresie interwencji kryzysowej i pokrewnych, np. podstaw pomocy psychologicznej, korzystania z krótkoterminowych form pomocy psychologicznej, w wymiarze nie mniejszym niż 120h, zgodnie z minimum programowym (Patrz: załącznik);
- ukończenie specjalistycznych szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w wymiarze nie mniejszym niż 120h;
- dostęp i korzystanie (obligatoryjne) z superwizji lub konsultacji superwizyjnych w zakresie interwencji kryzysowej lub przeciwdziałania przemocy, nie rzadziej niż 1 raz w miesiącu (rekomendacja: 1 raz w tygodniu).

VIII. Ewaluacja

Ewaluacja interwencji kryzysowej może nastroić trudności, lecz nie jest nie możliwa. Trudności, wynikają z form kontaktu rozpoczynającego się zgłoszeniem potrzeby interwencji lub ujawnieniem zagrożeń, a w szczególności, trudności podyktowane są:

- koniecznością utrzymywania kontaktu bez ujawniania tożsamości oraz innych danych identyfikujących osobę w kryzysie;

- doraźnym charakterem usługi;
- zwykle, małymi możliwościami organizacyjnymi do prowadzenia systematycznego badania wartości interwencji.

Podstawą określenia wartości interwencji – a więc efektywności w odniesieniu do celów – jest znalezienie odpowiedzi na kluczowe pytania:

- Czy sytuacja kryzysowa została **opanowana**? (cel główny)
- Czy chaos wywołany zdarzeniem kryzysowym uległ zmniejszeniu lub likwidacji?
- **Czy przywrócone zostało poczucie równowagi (osoba, rodzina, grupa)?**
- **Czy przywrócona została funkcjonalność (sprawczość osoby, funkcje rodziny, funkcje grupy)?**
- **Czy udało się zapobiec destrukcji struktury (autonomia osoby, rodziny, grupy)?**
- Czy udało się skutecznie zapobiec destrukcyjnym, wtórnym skutkom kryzysu?

Zidentyfikowane źródła informacji, to:

- osoby w kryzysie;
- członkowie rodziny, inne bliskie osobom w kryzysie;
- zespół współpracowników;
- instytucje współdziałające (**np. zespół interdyscyplinarny, inne**)
- supervisor;
- prowadzona dokumentacja.

Tabela 8. Metody ewaluacji, ze względu na źródło danych.

| Źródło informacji | Metoda ewaluacji |
|-------------------|--|
| Osoby w kryzysie | wywiad; ankieta; obserwacja; dokumentacja ze stosowanych procedur (np. Niebieskie Karty określonej Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”, Dz. U. 2011 nr 209 poz. 1245); badanie katamnestyczne ³³ (przykład: w załączeniu); |

³³

Badanie skuteczności oddziaływań oraz dalszych losów klienta po zakończeniu interwencji (z nomenklatury medycznej). Katamnezą określa się badanie mające na celu ocenić skuteczność prowadzonych działań pomocowych: leczniczych, wychowawczych, terapeutycznych, itp. Cechą charakterystyczną tego rodzaju procedury jest skoncentrowanie się na długoterminowych efektach pracy, co wymaga przeprowadzenia ewaluacji po upływie określonego przedziału czasu. Pozwala to uniknąć zakłócającego wpływu czynników, które mogłyby wpływać na wyniki badania, gdyby osoby były im poddane w trakcie działań pomocowych czy bezpośrednio po ich zakończeniu.

| | |
|-------------------------|--|
| Osoby bliskie | wywiad; ankieta; |
| Zespół współpracowników | omówienie studium przypadku w trakcie zebrania zespołu; wzajemne (koleżeńskie) konsultowanie prowadzonej interwencji; |
| Superwizor | omówienie studium przypadku w trakcie superwizji; |
| Prowadzona dokumentacja | regularna analiza dokumentacji pod kątem skuteczności podjętych działań. |

Co pozwala stwierdzić, że cel interwencji wobec osoby w kryzysie został osiągnięty?

W odniesieniu do celów głównych

Ocena skuteczności działań w ramach usługi polega na obserwacji zmian w reakcjach osoby, na wydarzenia krytyczne. Obiektywnie, można ocenić, że cel interwencji kryzysowej jest osiągnięty, gdy osoba w kryzysie:

1. Zachowuje równowagę, tj. np.:

- na poziomie afektywnym – ma stabilny nastrój z normalnymi dla wszystkich ludzi wahaniami, przeżywane emocje są adekwatne do przeżywanych zdarzeń i okoliczności (np. życzliwość okazywana przez innych ludzi wywołuje zadowolenie, a ponoszone porażki przynoszą smutek, jednak żadna z przeżywanych emocji wyraźnie nie dominuje, nie wypiera innych);
- na poziomie behawioralnym – stosownie radzi sobie z trudnościami, wywiązuje się z zadań niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, ma poczucie własnej mocy i wpływu na zdarzenia (nie mylić z chęcią sprawowania władzy, kontrolowania innych);
- na poziomie poznawczym – zachowuje zdolność do koncentracji uwagi, wykazuje normalną zdolność rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, adekwatnie postrzega i interpretuje wydarzenia, ma poczucie, że świat jest przewidywalny, przyczynowo-skutkowy;
- na poziomie psychofizjologicznym – jest w stanie kontrolować i zaspokajać najważniejsze procesy podtrzymujące życie, unika samo-leczenia, korzysta z pomocy specjalistycznej, np. lekarskiej w przypadku problemów ze zdrowiem, nie korzysta z substancji psychoaktywnych bez wyraźnych zaleceń specjalistów³⁴.

2. Jest autonomiczna, tj. np.:

- jest samodzielna, nie wymaga intensywnego, instytucjonalnego wspierania (np. hospitalizacji, pobytu w DPS);
- potrafi odróżniać własne potrzeby, cele od potrzeb, celów innych osób;

³⁴

Wg: formularz oceny selekcyjnej K. A. Myer, R. C. Williams, A. J. Ottens, A. E. Schmidt oraz J. Mellibruda, *Pułapka niewybaczzonej krzywdy*, Warszawa, 1995, opr. własne K.Sarzała.

3. Jest zdolna do działania, tj. np.:

- sama inicjuje działania na rzecz radzenia sobie z kryzysem;
- korzysta z wsparcia własnego, najbliższego środowiska;
- zaczyna stosować nowe środki zmagania się z kryzysem, twórczo i konstruktywnie wykorzystuje krytyczne doświadczenia.

W odniesieniu do celów szczegółowych, dowodem na ich osiągnięciu będzie odpowiednio:

ad. (a) sformułowana na piśmie, dołączona do dokumentacji ocena zagrożenia, dokonana z perspektywy interwenienta zawierająca stwierdzenia w jakim stopniu życie, zdrowie osoby jest zagrożone, czy obserwowane są symptomy świadczące o dekompensacji, zaburzeniach, inne;

ad. (b) informacje zwrotne uzyskane od osoby w kryzysie w drodze wywiadu, obserwacje własne interwenienta, pośrednio – rozwijanie się interwencji w cykl kilku spotkań;

ad. (c) informacje uzyskane z wywiadu z osobą w kryzysie, wnioski z obserwacji – sformułowane na piśmie, dołączone do dokumentacji;

ad. (d) skorzystanie osoby z innych specjalistycznych usług, np., terapii, grup wsparcie, itp.

Co pozwala stwierdzić, że cele dotyczące grup zostały osiągnięte?

W odniesieniu do celów głównych:

Ocenia się, że cel interwencji kryzysowej w stosunku do grupy został osiągniętym, gdy ta:

1. Zachowuje równowagę, tj. np.:

- sprawnie komunikuje swoich członków między sobą (w strukturach poziomych i pionowych);
- poszczególni członkowie grupy odzyskują zdolność do pełnienia zwyczajowych ról, specjalności w realizowanych obrębie grupy;
- członkowie (struktury) odpowiedzialni za zarządzanie są w stanie podejmować decyzje, również w krytycznych sytuacjach;
- członkowie grupy nie konkurują między sobą (konkurencja wewnętrzna), a co najwyżej z otoczeniem zewnętrznym (konkurencja zewnętrzna).

2. Zachowuje autonomię, tj. np.:

- nie poddaje się – wbrew własnej woli - presji, naciskom otoczenia, np. mediów, krewnych, itp.;
- kontroluje swoje granice, elastycznie i adekwatnie do okoliczności reguluje swoje kontakty z otoczeniem;

- nie zamyka się zbyt szczelnie (deprywacja), ani nie otwiera nadmiernie (inwazja) przed otoczeniem;

3. Jest zdolna do działania, tj. np.:

- adekwatnie reaguje na wydarzenia, także sytuacje krytyczne;
- działania związane z przeżyciem kryzysu nie wypierają innych ważnych wyzwań, celów;
- wprowadza korzystne, prorozwojowe zmiany.

Wskaźnikiem skuteczności oddziaływania na grupę (rodzinę, społeczność) w kryzysie jest łagodny i czasowo ograniczony przebieg typowych faz kryzysu (opisanych poniżej w części: zakres usługi) oraz brak destrukcyjnych, długotrwałych skutków (opisanych: tamże).

W odniesieniu do celów szczegółowych:

ad. (a) udział członków grupy we wspólnych przedsięwzięciach, projektach, formach działania np. wspólne inicjatywy poszkodowanych służące wyrażaniu stanowiska, obaw, oczekiwań, itp., wspólne działania na rzecz poprawy wspólnej, trudnej sytuacji, organizowanie się w podgrupy, zespoły, wspólne spędzanie czasu, inne;

ad. (b) nie wykraczająca poza przeciętną, ilość konfliktów, zachowań agresywnych w grupie, otwarte komunikowanie i rozwiązywanie na bieżąco pojawiających się trudności, konfliktów, itp., poszukiwanie pomocy (mediacji, rozstrzygnięć) na zewnątrz, gdy konflikty przybierają ostrą postać, itp.;

ad. (c) powołanie zespołu kryzysowego, poszukiwanie wsparcia na zewnątrz, otwarte komunikowanie trudności, korzystanie (faktyczne, a nie deklaratywne) z zewnętrznej pomocy, poddawanie działań w kryzysie wglądowi, ocenie zewnętrznej, racjonalne zarządzanie działaniami w kryzysie, układanie planów i ich realizacja, inne.

IX. Typowe problemy usługi

1. Kwestia bezpieczeństwa

Konieczność udzielania pomocy w otwartym, łatwo dostępnym ośrodku, takim jak ośrodek interwencji kryzysowej, w żaden sposób niereglamentującym swoich świadczeń, w sytuacji konieczności natychmiastowego działania, zajmowanie się problematyką przestępstw, ostrych sytuacji konfliktowych, przemocy w rodzinie □ to wszystko sprawia, że osoby pracujące w takim miejscu

stawiane są w sytuacji realnego zagrożenia fizyczną napaścią ze strony osób agresywnych, niezrównoważonych, impulsywnych lub znajdujących się pod wpływem środków odurzających.

Okoliczności zwiększające ryzyko :

- brak wiedzy personelu o potencjalnych zagrożeniach;
- niewielki personel, jednoosobowe dyżury, brak okazji do spotkań zespołowych, brak spotkań z przedstawicielami instytucji współpracujących;
- styl zarządzania instytucją (autorytarny);
- lokalizacja ośrodka w izolacji od innych instytucji, miejsc publicznie dostępnych;
- nierejestrowanie zgłoszeń, braki w dokumentowaniu wcześniejszych incydentów, zagrożeń, nie przekazywanie sobie nawzajem ważnych informacji;
- brak wewnętrznych procedur, algorytmów szkoleń dot. bezpieczeństwa;
- zaniechanie współpracy z innymi instytucjami, służbami;
- oferowanie świadczeń adresowanych zarówno do ofiar jak i do sprawców, w tym samym miejscu;

Środki ostrożności, które warto przedsięwziąć:

- praca w zespole, unikanie pracy w pojedynkę, doskonalenie współpracy zespołowej;
- opracowanie, omówienie i stałe aktualizowanie procedur bezpieczeństwa, które znają i przestrzegają wszyscy pracownicy Ośrodka;
- swobodny przepływ informacji wewnątrz zespołu, doraźne i szybkie rozwiązywanie problemów interpersonalnych, unikanie pokusy autorytarnego zarządzania zespołem;
- przyznanie pracownikom prawa do odmowy udzielania świadczeń, w sytuacji, która w ich subiektywnej ocenie może być zagrażająca;
- realna obecność innych pracowników w pomieszczeniach przyległych do miejsca przyjmowania klienta, potencjalnie zagrażającego;
- przeszkolenie, a nawet trening prowadzony przez kwalifikowanych instruktorów używania środków przymusu bezpośredniego na wypadek konieczności jego użycia;
- przygotowanie lokalu i jego wyposażenie sprzyjające bezpieczeństwu:
 - ☐ wyposażenie pokoi do pracy w systemy przywołania pomocy;
 - ☐ korzystanie z pokoju, z lustrem „fenickim” w sytuacjach zagrażających atakiem;
 - ☐ przestronna izba przyjęć;
 - ☐ poczekalnia zapewniająca dyskrecję;
 - ☐ duża lada oddzielająca pracowników od klientów w sytuacji tzw. pierwszego kontaktu.

Procedura bezpiecznej interwencji ³⁵:

- etap edukacyjny – wyjaśnienie sytuacji klienta, empatia, okazania troski; ze względu na możliwość występowania lęku, gniewu należy umożliwić klientowi zachowanie przynajmniej pozorów kontroli nad sytuacją, możliwość wyboru opcji („Możesz nie udzielać mi żadnych

³⁵

Za: Piercy (1984)

informacji ale wówczas nie będę mógł ci pomóc”, „Usiądziesz, czy wolisz stać?”, „Napijesz się kawy, czy herbaty?”);

- unikanie konfliktów i konfrontacji z gwałtownymi impulsywnymi osobami;
- uspokajanie osób (okazywanie empatii, wyciszenie napięcia i pobudzenia);
- obserwowanie sygnałów wzrastającego napięcia; w konsekwencji należy zmienić temat rozmowy na bezpieczny, zmienić pozycję, przerwać spisywanie problemów na kartce, przerwać sesję, itp.;
- stosowanie wymuszonych przerw ze zmianą pomieszczenia (mniej bodźców, okazja do chwilowej samotności, możliwość przemyślenia sytuacji, oddech);
- stosowanie techniki demonstracji siły, np. obecność osób trzecich, które mogą stanowić pomoc;
- skorzystanie w razie konieczności z możliwości dłuższej izolacji i odosobnienia klienta – policja, pogotowie ratunkowe;
- współpraca z lekarzem □ zastosowanie leków uspokajających.

2. Problemy związane z pracą w zespole

Problemy, jakie można w tym obszarze zidentyfikować, to:

- *błędne* (zbyt sztywne) pojmowanie zasady poufności, nadmiarowa ochrona danych wrażliwych – paraliżująca możliwości wymiany informacji i innych form współpracy;
- *brak wzajemnego zaufania, podważanie kompetencji* – usztywnianie się w rolach;
- *trudności komunikacyjne* □ posługiwanie się „innym językiem”, odmiennosc pojęć określających te same zjawiska charakterystyczna dla różnych profesji;
- *traktowanie współpracy „prestżowo”* – konkurowanie i prezentowanie własnych dokonań w miejsce pożądanego dialogu;
- *obawy przed ujawnieniem własnych słabości*, np. niekompetencji.

3. Kwestia wypalenia

Definicja wypalenia powstała w latach 70-ych ubiegłego wieku. Termin pochodzi od psychiatrycznego pojęcia określającego pacjentów, którzy fizycznie, emocjonalnie, duchowo, interpersonalnie i behawioralnie znaleźli się na granicy wytrzymałości³⁶. Ogólna definicja: wewnętrzne doświadczenie psychicznego zmęczenia, braku motywacji, chęci zatrzymania się, kryzys energii³⁷. Sytuacja, gdy wymagania przewyższają psychiczne możliwości³⁸. Wypaleniu towarzyszą takie objawy, jak:

- fizyczne wycieńczenie;
- poczucie bezradności;
- utrata złudzeń;

³⁶ Paine (1982), za: Gilliland, James (2004).

³⁷ Krzysztof Sarzała (własne).

³⁸ Tubesing (1982), Za: Gilliland, James (2004).

- negatywne wyobrażenie o sobie samym;
- negatywne postawy wobec ludzi, obowiązków.

Co ważniejsze, koncentracja na rozwiązaniach, charakterystyczna dla interwencji kryzysowej, pozwala uznać wypalenie za punkt zwrotny, który jest znakomitą okazją do dokonania przewartościowania życia zawodowego, celów, kierunków rozwoju, ideałów i wzorców.

Określa się czasem (Edelwich, Brodsky³⁹) stadia wypalenia:

- a) entuzjazm – pracownik (interwenient) podejmuje działania z wielkimi nadziejami i nierealistycznymi oczekiwaniami, brak racjonalnej weryfikacji powoduje wyidealizowanie spojrzenia na pracę;
- b) stagnacja – pracownik zaczyna odczuwać, że jego osobiste potrzeby nie są zaspakajane, brak racjonalnego zarządzania prowadzi do następnego stadium;
- c) frustracja – pracownik zaczyna kwestionować wartości, skuteczność i własny wpływ na skutek działania;
- d) apatia – jest symptomem wypalenia; to długotrwałe zubożenie na sytuację. Jest sytuacją krytyczną, gdy pracownik znajduje się w stanie nierównowagi i niezdolności do działania. Stan wymaga pomocy psychologicznej.

Dla porządku pamiętać trzeba, że wypalenie powszechnie mylone jest ze zwyczajnym zmęczeniem wynikającym ze złej organizacji pracy, problemami wynikającymi z nierozwiązanych problemów osobistych interwenienta, trudnościami wynikającymi z braków kompetencyjnych, itp.

4. Problem: przeciwprzeniesienie.

Realnym ryzykiem pracy z osobami w kryzysie jest wzrost zagrożenia wystąpienia przeciwprzeniesienia. Polega ono na przypisywaniu osobie w kryzysie cech i zachowań znaczących dla interwenienta lub doszukiwanie się przez niego analogii między własnym życiem, a życiem klienta. W skrajnie odmiennych podejściach terapeutycznych nadaje się temu zjawisku znaczenie pozytywne bądź negatywne. Pewne jest jedno: warto zdawać sobie sprawę z tego zjawiska i mieć je na uwadze.

5. Problem: wyczerpanie współczuciem

Problem jest skutkiem akumulacji doświadczeń związanych z kontaktem z osobami w kryzysie. Niektórzy badacze problemu podkreślają, że problem dotyczy pracowników – idealistów, postrzegających swoją pracę jako powołanie życiowe, przesadnie angażujących się w problemy kryzysowe klientów. Podczas, gdy przeciwprzeniesienie można uznać za problem przemijający,

³⁹

Za: Gilliland, James (2004)

akumulacja staje się przyczynkiem do trwałej traumatyzacji i może zmieniać trwale strukturę psychiczną interwenienta. W efekcie, problem może zostać uogólniony na wszystkich klientów, na inne obszary aktywności życiowej, na prywatność pracownika.

W większości przypadków przyczyn trudności należy upatrywać w błędach związanych z organizacją działań interwencyjnych – odpowiedzialność spada więc na organizatorów pracy i pracodawców.

Pośród powodów wymienić należy dwa, najważniejsze przewinienia:

- brak dostępu do superwizji i wsparcia, jaki z niej wynika;
- praca w izolacji pracownika, tj. brak możliwości pracy w zespole lub, przynajmniej z partnerem.

Załączniki stanowiące część standardu usługi

nr 1. Rozwinięcia, uzupełnienia □ teoria.

nr 2. Formy pomocy psychologicznej.

nr 3. Techniki wspierania ratowników wykorzystywane w interwencji kryzysowej (perspektywa grupy).

nr 4. Inne sekwencyjne modele czynności w ramach interwencji kryzysowej, dostępne w literaturze.

nr 5. Przykład narzędzia do badania katamnesticznego osób korzystających z usług ośrodka interwencji kryzysowej.

nr 6. Specjalistyczne szkolenie – minimum programowe.

nr 7. „Kafeteria” problemów do dokumentacji.

Nr 8. Wzór dokumentacji – podstawowa karta osoby korzystającej z pomocy.

Załącznik nr 1. – standard interwencji kryzysowej

Rozwinięcia, uzupełniania □ teoria

Ad. Kryzys, definicje, teoria

Kryzys, opisywany w kontekście interwencji kryzysowej, jest zjawiskiem natury psychologicznej, odbieranym całkowicie subiektywnie (tzn. odczuwanym, a niekoniecznie doświadczanym!).

Słownikowa definicja kryzysu („stan nierównowagi mający znaczenie przełomowe, zwrotne”⁴⁰) znalazła rozwinięcie w licznych ujęciach czerpiących z historycznie pierwszych prac G. Caplana i E. Lindemanna prowadząc do określenia kryzysu psychologicznego, jako ostrego, przejściowego, rzadziej chronicznego stanu zaburzeń równowagi psychicznej, spowodowanego zagrożeniami powiązanymi z sensem życia, systemem wartości, koncepcji własnej osoby, skutkiem konfrontacji z wydarzeniem krytycznym. Kryzys traktowany jest jak stan załamania równowagi psychicznej (ale także fizjologicznej, emocjonalnej), który rozpoznaje się po występowaniu pobudzenia i napięcia emocjonalnego: jednoczesnego przeżywania trudnych i często sprzecznych emocji (lęku, gniewu, złości, zmieszania, poczucia winy i towarzyszącemu tym emocjom: poczuciu chaosu i cierpienia).

Chyba najpopularniejsza, w środowisku teoretyków kryzysu jest jednak dialektyczna definicja kryzysu jako zagrożenia, ponieważ może przytłoczyć człowieka w stopniu prowadzącym do poważnych zachowań patologicznych z zabójstwem i samobójstwem włącznie i „okazji”, ponieważ powodowane nim cierpienie zmusza człowieka do szukania pomocy⁴¹.

Charakterystyka kryzysu:

- odczuwany jest jako zdarzenie nieoczekiwane, nagłe – mimo że obiektywnie i racjonalnie można było spodziewać się, że nadejdzie (np. że dorastające dziecko wyprowadzi się z domu rodziców i założy własną rodzinę – jednak dla niektórych rodziców jest to doświadczenie zaskakujące i czasem wywołujące kryzys);
- jest zjawiskiem ograniczonym w czasie, zwyczajowo, przyjmuje się, że trwa 6 do 8 tygodni, po czym subiektywne poczucie zamętu zmniejsza się (co wyjaśnia się

⁴⁰ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i wyrażen bliskoznacznych*.

⁴¹ D.C.Aquilara, J.M.Messick, *Crisis intervention. Theory and methodology*, St.Luis 1982, Za: James, Gilliland, 2004

neurofizjologicznymi sposobach przetwarzania stresu przez człowieka⁴² i teoriami zmian i rozwoju organizacji⁴³);

- ma złożoną symptomatologię – wywołuje reakcje często nie specyficzne, przenikające różne sfery życia człowieka;
- mimo ograniczenia czasowego, jeśli nie znajduje rozwiązania – nie mija lecz przechodzi w postać „utajoną” – *stan transkryzysowy* – utrzymujący się długo, czasem całe życie, stan pozornego spokoju, który jednak grozi nawrotami ostrego, pełnoobjawowego kryzysu (np. nie rozwiązany problem przemocy domowej, konfliktu rodzinnego, itp.);
- może być udziałem każdej osoby i każdej organizacji (grupy) – ma charakter egalitarny;
- jest normalną reakcją na wydarzenia krytyczne (czyli dysfunkcjonalna lub patologiczna jest sytuacja lub najbliższe środowisko, a nie osoba/grupa w kryzysie!);
- symptomy kryzysu są zawsze wyrazem indywidualnych wysiłków adaptacyjnych osoby w kryzysie lub organizacji (grupy);
- skuteczność radzenia sobie z kryzysem zależy od:
 - rodzaju i intensywności sytuacji kryzysowej;
 - zasobów własnych osoby w kryzysie lub grupy;
 - wielotorowości podjętych działań (uwzględnienie aspektów: materialno bytowych, psychologicznych, zdrowotnych, prawnych i innych);
 - elastyczności działania – a więc posługiwanie się różnymi środkami, w zależności od sytuacji krytycznej;
 - relacji wsparcia między osobą w kryzysie a zaangażowaną osobą wspomagającą, np. interwenientem (opis: w tekście dalej);
 - zdolności (i skłonności) do inicjowania procesów zmiany nie tylko na poziomie indywidualnym ale też społecznym.

Historycznie najwcześniej i najpełniej opisano dotąd kryzys w kontekście indywidualnych reakcji.

Dynamika kryzysu wg. G. Caplana:

- Faza **konfrontacji z wydarzeniem** wywołującym kryzys (inaczej **chaosu**). Człowiek doświadcza nieskuteczności wykorzystywanych dotąd sposobów radzenia sobie,

⁴² Patrz więcej: neurofizjologiczne podstawy kryzysu m.in. W: J. LeDoux, *Mózg emocjonalny*, Poznań 2000, L. J. Cozolino *Neurona w psychoterapii*, Poznań 2002

⁴³ Np. model L.E. Greiner, Za: Clarke L., *Zarządzanie zmianą*, Warszawa 1997

subiektywnej niewystarczalności zasobów pozostających w jej dyspozycji, nieefektywności zewnętrznych źródeł pomocy. W efekcie, pojawia się intensywna reakcja emocjonalna charakteryzująca się głównie wzrostem napięcia, obecnością niepokoju i lęku.

- Faza pojawienia się **gwałtownej utraty równowagi**: przekonanie, że nie jest się w stanie poradzić sobie z zaistniałą trudnością. Dominuje doświadczenie bycia pokonanym, utraty kontroli nad własnym życiem. To powoduje dalszy wzrost napięcia i jednocześnie oddziałuje destruktywnie na poczucie własnej wartości jednostki.
- Faza **mobilizacji**, uruchamiania wszelkich dostępnych zasobów i sił psychicznych osoby. Tutaj możliwe są dwie dalsze ścieżki: albo pokonanie kryzysu i odzyskanie przedkryzysowej równowagi lub pozorne uporanie się z problemem przy wykorzystaniu mechanizmu zaprzeczania co stwarza zagrożenie przejścia kryzysu w stan chroniczny. Jeżeli żadna z tych możliwości się nie ziści – następuje przejście do następnego etapu.
- Faza, którą można określić mianem **dekompensacji**, jest rezultatem niemożliwego do wytrzymania napięcia. Dochodzi do zniekształcenia postrzegania, poczucia wewnętrznego chaosu. W relacjach interpersonalnych może dojść do wycofania się z kontaktów. Pojawiają się również zachowania „wentylacyjne” (przynoszące doraźną ulgę, lecz nie służące konstruktywnej adaptacji), które mogą mieć charakter agresywny, autoagresywny (zachowania suicydalne) lub prowadzić do nadużywania substancji zmieniających nastroj (alkohol, narkotyki).

Wieloznaczność i subiektywność pojęcia znakomicie ilustruje typologia kryzysów (tzw. domeny kryzysu, wg. L. Brammera⁴⁴):

- **normatywny kryzys rozwojowy** – zwyczajne wydarzenia związane z rozwojem, ewolucją, które jednak powodują gwałtowną reakcję, zmianę, zwrot życiowy (zawarcie małżeństwa, urodzenie dziecka, przejście na emeryturę, itp.);
- **kryzys sytuacyjny** – rzadkie, nadzwyczajne wydarzenia, trudne do przewidzenia i kontrolowania, które wywołują zmiany, zwrot życiowy, jednak w atmosferze wstrząsu (wypadek, gwałt, utrata pracy, nagła choroba, śmierć osoby bliskiej);
- **kryzys egzystencjalny** □ wewnętrzne konflikty, lęki, dylematy związane z np. z poczuciem szczęścia, spełnienia, przemijania, poczuciem sensu życia, pustki życiowej.

W praktyce interwencji kryzysowej, każdy z w/w typów kryzysu znajduje godne miejsce w statystykach zgłoszeń.

⁴⁴

L. Brammer, *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*, Warszawa 1984 (materiały szkoleniowe IPZ PTP).

Ad. Interwencja kryzysowa, definicja, rozumienia zakresu usługi

Rozwój interwencji kryzysowej spowodował powstanie dużej ilości różnych modeli, których nie sposób rzetelnie przytaczać w opracowaniu o ograniczonej wielkości. W praktyce jednak, najczęstsze zastosowanie ma model eklektyczny⁴⁵, polegający na świadomym, systematycznym dokonywaniu wyborów i integrowaniu różnych strategii, mając na względzie cel do osiągnięcia, a nie model teoretyczny. W tym rozumieniu, w praktyce interwencji kryzysowej czerpie się z następujących strategii:

- natychmiastowe i krótkoterminowe poradnictwo w sytuacji kryzysu psychicznego (np. wywołanego doświadczaniem przemocy);
- długotrwałe poradnictwo i specjalistyczna psychoterapia (wywołanego m.in. doświadczaniem przemocy);
- różne formy psychologicznego oddziaływania na jednostkę;
- interdyscyplinarne oddziaływanie na jednostkę;
- społeczne, kulturowe oddziaływanie na kondycję psychiczną całych grup społecznych.

Należy zwrócić uwagę, że stosowanie modelu „eklektycznego” nie zwalnia od konieczności rzetelnego przygotowania warsztatu pracy interwenienta, a wręcz przeciwnie. Z jednej strony wymaga elastyczności, z drugiej zaś – pogłębionej wiedzy i umiejętności oceny reakcji i potrzeb klienta⁴⁶.

Specyfika interwencji kryzysowej (w odróżnieniu od innych form oddziaływań, np. terapii kryzysu):

- łączenie różnych form oddziaływań, szczególnie doceniając wpływ otoczenia na osobę w kryzysie;
- preferowanie krótkoterminowych formach oddziaływania;
- koncentrowanie się na poszukiwaniu rozwiązań, w mniejszym stopniu na analizowaniu problemów;

⁴⁵ R.K.James, B.E.Gilliland (s.41).

⁴⁶ więcej na temat podejścia eklektycznego: tamże

- rygor działania pod presją czasu, gotowość do podejmowania działań w odpowiedzi na wystąpienie kryzysu - często w trybie ratunkowym (*emergency*);
- możliwie duża częstotliwość kontaktów osoby w kryzysie z interwenientem, w krótkim okresie czasu – co wynika z dynamiki kryzysu, a jedną z form intensyfikowania kontaktów jest udzielana pomoc w hostelu kryzysowego;
- aktywny, a nawet (w wyjątkowych sytuacjach) dyrektywny charakter zachowania osób interweniujących, pozostający w ścisłej relacji do stanu psychicznego osób w kryzysie (w szczególności, w sytuacji zagrożenia życia, zdrowia);
- możliwość podjęcia interwencji w sytuacji nie ujawniania tożsamości i innych danych identyfikujących osobę w kryzysie (klient może pozostać anonimowy!);
- bezwzględny rygor współdziałania w ramach interwencji: z zespołem współpracowników, inną grupą odniesienia (np. grupą superwizyjną, zespołem interdyscyplinarnym, grupą roboczą) lub poddania ocenie przez inne, uprawnione, kompetentne osoby (więcej: patrz załącznik).

Tabela 9. Różnice między interwencją kryzysową a terapiami krótkoterminowymi

| TERAPIE KRÓTKOTERMINOWE | INTERWENCJA KRYZYSOWA |
|---|---|
| Odnoszą się do prób poradzenia sobie z bieżącymi problemami wywołanymi urazem lub stresem | Odnosi się do prób poradzenia sobie z kryzysem wywołanym urazem lub stresem |
| Dotyczą mniej intensywnych reakcji na sytuację krytyczną | Dotyczy intensywnych, skrajnych reakcji na sytuację krytyczną |
| Problem postrzegany jest przez osobę go doświadczającą, jako trudny do zniesienia | Problem postrzegany przez osobę go doświadczającą, jako nie do zniesienia |
| Koncentrują się na odkrywaniu skutecznych rozwiązań | Koncentruje się na pomocy w interpretacji, zrozumieniu przemijających reakcji afektywnych, behawioralnych i poznawczych wywołanych kryzysem |
| W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia nie stosuje się terapii | Podejmowana jest w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia |

Terapia krótkoterminowa (gdy zmierza do przywrócenia stanu równowagi) może, ale nie musi być równoważna z interwencją kryzysową.

Ad. Osoba w kryzysie

Badacze zespołów traumatycznych zgodnie uznają obronno-adaptacyjny charakter mechanizmów leżących u podstaw zaburzeń potraumatycznych. Różnice poszczególnych ujęć wynikają z akcentowania odmiennych zjawisk składających się na „nieadaptacyjne” (czyli nie sprzyjające skutecznej, stabilnej adaptacji do nowych warunków) reakcje.

- Przymus powtarzania – wskazywany jest przez niektórych badaczy jako ważny mechanizm patologizacji reakcji. Przymus kompulsywnego odtwarzania sytuacji urazowej, wzmacniany lękiem, złością, gniewem, frustracją □ jest dramatyczną próbą rozwiązania konfliktu między rzeczywistością a pragnieniem (np. uniknięcia niebezpieczeństwa, powrotu utraconej osoby).
- Usiłowanie zrozumienia – przeżycie urazu nie może zostać zasymilowane ze względu na nieskuteczne usiłowanie poznawczego opracowania traumy (zrozumienia) i włączenia jej w całość wewnętrznych doświadczeń.
- Wyparcie zagrażających (dla tożsamości, obrazu własnej osoby) treści – nie powoduje, że te przestają istnieć, dają o sobie znać nawracającymi atakami lęku, poczuciem bezsilności, a gdy są całkowicie niedostępne dla świadomości – irracjonalnymi przeżyciami, na przykład paniką pod wpływem zdarzeń spustowych. Wtórnie, dochodzi do stosowania skomplikowanych strategii niwelowania groźnych wspomnień.
- Przerwanie poczucia ciągłości życia – to koncepcja zakładająca, że po traumie świat wewnętrzny jednostki musi zostać przebudowany, odrestaurowany niejako, co powoduje brak poczucia ciągłości przeżyć.
- Wdrukowanie śmierci – obrazy traumatycznych wydarzeń połączone z lękiem przed śmiercią burzy poczucie bezpieczeństwa, przekonanie o przewidywalności świata i wpływa na zrywanie więzi z innymi.
- Znieczulenie spowodowane szokiem – współczesne teorie neurofizjologiczne zwracają uwagę na fakt zmian w autonomicznym układzie nerwowym w wyniku traumy. Stałe pobudzenie wywołane urazem prowadzi do zmęczenia i niezdolności modulowania reakcji. W efekcie generalizują się one, a stany odrętwienia i bezradności przeplatają się z epizodami bezładnego, nieukierunkowanego pobudzenia i aktywności, na zasadzie: wszystko albo nic.

- Zespół stresu pourazowego należy do zaburzeń emocjonalnych o charakterze lękowym, wywołanych przez określone, konkretne zdarzenie wyzwalające strach o niezwyklej sile (spowodowany np. katastrofą, wypadkiem, klęską żywiołową, realnym zagrożeniem śmiercią). *Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych DSM IV* Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) określił dokładne kryteria wystąpienia PTSD:
 - Pacjent przeżył [traumatyczne](#) zdarzenie, w którym wystąpiły o b y d w a warunki: 1) doświadczenie, bycie świadkiem lub styczność ze zdarzeniem bądź zdarzeniami związanym z faktem lub niebezpieczeństwem [śmierci](#) bądź poważnego zranienia lub naruszenia nietykliwości fizycznej samego pacjenta albo innych osób; 2) reakcja pacjenta obejmowała silny strach, bezradność lub przerażenie (uwaga: u dzieci może się to objawiać przez dezorganizację zachowań lub pobudzenie).
 - Traumatyczne zdarzenie jest ciągle doświadczane na nowo na jeden lub kilka sposobów: 1) nawracające i natrętne wspomnienia urazu obejmujące wyobrażenia, myśli lub spostrzeżenia; 2) powracające [koszmary](#) senne o przeżytym zdarzeniu; 3) [złudzenia](#) lub zachowania jakby uraz się powtarzał; 4) silny niepokój w styczności z wewnętrznymi bądź zewnętrznymi wskazówkami symbolizującymi lub przypominającymi jakiś aspekt traumatycznego wydarzenia; 5) reakcje fizjologiczne na wewnętrzne lub zewnętrzne wskazówki symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.
 - Trwałe unikanie bodźców związanych z [urazem](#) i osłabienie normalnej reaktywności (niewystępujące przed urazem), objawiające się co najmniej trzema z następujących zachowań: 1) dążenie do unikania myśli, uczuć lub rozmów związanych z urazem; 2) dążenie do unikania czynności, miejsc lub ludzi pobudzających wspomnienia o urazie; 3) niemożność przypomnienia ważnych aspektów urazu; 4) wyraźne zmniejszenie zainteresowania wykonywaniem istotnych czynności; 5) poczucie wyłączenia lub wyobcowania; 6) ograniczony zasięg [afektu](#); 7) poczucie zamkniętej przyszłości;
 - Trwałe objawy nadpobudliwości (niewystępujące przed urazem), wyrażające się w co najmniej dwóch formach: 1) trudności w zasypianiu lub przesypianie; 2) rozdrażnienie lub wybuchy gniewu; 3) trudności z koncentracją; 4) nadmierna czujność; 5) wyolbrzymione reakcje lękowe
 - Zaburzenia utrzymują się co najmniej miesiąc.
 - Zaburzenia powodują klinicznie znaczące pogorszenie samopoczucia lub upośledzenie społecznych, zawodowych bądź innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Ad. Grupa w kryzysie

Reakcje na katastrofę są zindywidualizowane, a różnice wynikają z wielu, różnorodnych czynników (paradygmat psychosocjokulturowy w interwencji kryzysowej) i zależą od:

- charakteru samej katastrofy;
- indywidualnych reakcji w czasie zdarzenia;
- reakcji otoczenia na katastrofę;
- czynników demograficznych (płeć, wiek, przynależność etniczna, kulturowa, status socjoekonomiczny);
- poziom zdrowia psychicznego, dojrzałości psychicznej;
- wcześniejszych doświadczeń traumatycznych;
- obecności ew. wcześniejszego ostrzeżenia o potencjalnym zagrożeniu, które nie zostało wykorzystane;
- ew. rozłąki z bliskimi w wyniku katastrofy;
- obecności wyrazistego, skutecznego przywództwa (lidera) podczas i po katastrofie.

Ekstremalny stres dotyczący sytuacji związanej z zagrożeniem życia spowodowanym katastrofą (podobnie, jak u ofiar prześladowań w reżimach totalitarnych, prześladowań dyskryminacyjnych i in.) prowadzi do uderzająco podobnych zmian psychicznych (zaburzeń) u praktycznie wszystkich uczestników zdarzeń, niezależnie od indywidualnej podatności na zranienie. Cechy te określa się czasem mianem „syndromu ocalałego”. We współczesnej literaturze częściej stosuje się w/w kategorie zaburzeń psychicznych wywołanych urazem.

Tabela 10. Syndrom ocalałego (*survivor syndrome*, *KZ syndrome*⁴⁷)

⁴⁷ KZ-syndrom (*Konzentrationslager syndrome*) jest [syndromem](#) poobozowym występującym u byłych [więźniów obozów koncentracyjnych](#), którzy nie mogli się oni przystosować do reszty społeczeństwa (Za: A. Kępiński, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2008, nr4, s. 77–84).

| Zaburzona cecha | Charakterystyczne reakcje |
|---------------------------------------|--|
| Otępienie psychiczne | Zmniejszona zdolność odczuwania, apatia, zamknięcie się w sobie, depresja, obniżona aktywność – interpretowana jako reakcja obronna przez zaprzeczanie faktom. |
| Nieukierunkowany i nieujawniany gniew | Potrzeba wsparcia, kontaktu i akceptacji są w konflikcie z uznaniem autentyczności i szczerości innych, co sprowadza złość tyle trudną do rozładowania, co nieujawnioną. |
| Zniszczenie moralnego porządku | Utrata wiary w porządek, ład i sprawiedliwość to doświadczenie wielu osób poszkodowanych w wyniku katastrofy, które pozostawiają destrukcyjne skutki. |

Ad. *Debriefing*

Critical incident stress debriefing □ czyli rekonstrukcja związana z urazowym wydarzeniem to ustrukturuwane spotkanie, mające na celu zrozumienie silnych emocji i pokierowanie nimi, opanowanie skutecznych strategii radzenia sobie i uzyskiwania wsparcia od współpracowników. Metoda ta uchodzi za wielce skuteczną i często stosuje się ją w fazie początkowej i fazie podsumowującej akcji ratowniczej. Rekonstrukcja składa się z ośmiu kroków: przygotowania, wprowadzenia, fazy faktów, fazy myśli, fazy reakcji, fazy objawów, fazy uczenia się i fazy podsumowującej.

1. *Przygotowanie*

Spotkanie wymaga starannego przygotowania. W czasie rozmów z przełożonym ustala się dokładnie okoliczności spotkania i zbiera informacje o charakterze akcji i zadaniach poszczególnych uczestników. Ponieważ ważny jest aktywny udział uczestników podejmuje się starania, by grupa liczyła około 10 osób. Zdarza się jednak, że grupa liczy nawet trzydzieści osób – wtedy zakłada się, że nawet milczące uczestnictwo pozwala odnieść korzyści płynące z poznania doświadczeń kolegów i zapoznania się ze sposobami radzenia sobie ze stresem. Zasadniczo spotkania takie powinny mieć miejsce po każdej szczególnie obciążającej akcji – często jednak z braku czasu organizuje się tylko jedno, zamykające spotkanie. W spotkaniu uczestniczy co najmniej dwóch dobrze przygotowanych prowadzących. Ważne jest zachowanie spokoju, odizolowanie.

2. *Wprowadzenie*

Prowadzący przedstawiają się opisując krótko swoje doświadczenia związane z pracą w sytuacji katastrof. Wyjaśniają, iż spotkanie z pewnością nie powinno być krytyką uczestników, instytucji, akcji czy też sprawdzaniem, w jaki sposób uczestnicy

wywiązali się ze swoich powinności. Dodają, że spotkanie stanowi okazję do porozmawiania o swoich wrażeniach dotyczących ostatnich przeżyć, do zdobycia wiedzy o reakcjach na stres i sposobach radzenia sobie z nim, co nie jest równoznaczne z psychoterapią

Zapewnia się dyskrecję, jednocześnie zobowiązując grupę do zachowania tajemnicy odnośnie treści relacji kolegów. Objaśniane są reguły – zachęta ale nie przymuszanie do czynnego udziału, określony czas spotkania (zazwyczaj około 2-3 godzin), zobowiązanie wszystkich do pozostania do końca spotkania, zakaz robienia notatek. Zachęca się uczestników do uwag, komentarzy i zadawania pytań, a następnie prosi się ich o przedstawienie się.

3. *Faza faktów*

Uczestnicy zachęceni są do opisanie ze swojego własnego punktu widzenia – co się wydarzyło, gdzie byli, co odczuwali (dźwięki, dotyk, temperatura, zapachy, widoki)

4. *Faza myśli*

Prosi się uczestników, by opisali swoje reakcje poznawcze i myśli w obliczu opisanych doświadczeń. Często obserwuje się rozdział pomiędzy tym, co odczuwano a co zostało przemyślane, zapamiętane. Koncentrujemy się na dominujących myślach pytając np. czy jest coś o czym myślisz bez przerwy. Można odwoływać się do innych uczestników pytając, czy mieli podobne myśli. Celem takich porównań jest normalizacja wspólnych reakcji poznawczych.

5. *Faza reakcji*

Uczestnicy proszeni są o opisanie swych uczuć w czasie akcji. Prowadzący dopytują się czy inni mieli podobne uczucia. Podobnie jak w przypadku myśli chodzi tu o normalizację wspólnych uczuć.

6. *Faza objawów*

Na tym etapie docieramy do opisów reakcji na stres uczestników – takich jakie odczuwali w czasie akcji i jakie odczuwają obecnie. Pomagamy uczestnikom nazwać różne formy reakcji na stres wystrzegając się terminologii która definiowałaby te reakcje jako zjawiska patologiczne

7. *Faza uczenia się*

Uczenie się trwa przez cały czas spotkania, podczas którego uczestnicy coraz więcej dowiadują się o reakcjach na stres. Ponieważ często uczestnicy wiedzą wiele o stresie z poprzednich spotkań i szkoleń prowadzący musi ocenić co wiedzą a czego nie wiedzą i upewnić się, że ich przekonania na temat reakcji na stres i radzenia sobie ze stresem odpowiadają prawdzie.

Wiedza, którą powinno się przekazać (lub upewnić się, że jest opanowana) dotyczy stresu urazowego, powszechnych reakcji na stres, czynników wpływających na reakcję na uraz oraz radzenia sobie ze stresem i dbałości o siebie samego.

8. *Faza zamykająca służy przedyskutowaniu niedokończonych zagadnień, omówieniu reakcji na spotkanie.*

Zazwyczaj w jakiś czas po przeprowadzeniu spotkania przeprowadza się ocenę jego skuteczności, analizując między innymi czy i jak zmieniły się sposoby radzenia sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia⁴⁸.

Tabela 11. Sytuacje kryzysowe a możliwość stosowania sesji odreagowania.

| Wskazania do zastosowania technik odreagowania | Przeciwwskazania do stosowania technik odreagowania |
|--|--|
| Śmierć jednego z kolegów podczas wykonywania obowiązków służbowych. | Gdy interwenient był zaangażowany w zdarzenie lub gdy ktoś z jego znajomych, rodziny był ofiarą zdarzenia. |
| Użycie broni podczas akcji, skutkujące obrażeniami lub śmiercią. | Zdarzenie obudziło w interweniencie wspomnienia traumy, której doświadczył wcześniej. |
| Incydent psychotyczny klienta (agresywne, zagrażające zachowania). | Okoliczności zdarzenia są dla interwenienta tak przerażające, że czuje, iż bardzo trudno będzie mu poradzić sobie z własnymi emocjami podczas prowadzenia sesji. |
| Poważne obrażenia współpracownika. | |
| Samobójstwo współpracownika lub innej, znanej osoby. | |
| Poważne zdarzenie, wypadek z wieloma ofiarami (ranni, zabici). | |
| Śmierć lub poważne obrażenia u dzieci, a także zagrożenie zdrowia/ życia dzieci. | |
| Udział w akcji ratunkowej (niesienie pomocy ofiarom wypadków, kataklizmów, katastrof). | |
| Zdarzenia o wysokim stopniu zagrożenia będące w centrum zainteresowania mediów. | |
| Zaskakujące odsunięcia od służby (współpracownik aresztowany z powodu korupcji lub innej działalności niezgodnej z prawem i niosącej zagrożenie dla pozostałych współpracowników). | |
| Bycie świadkiem zdarzeń, w których | |

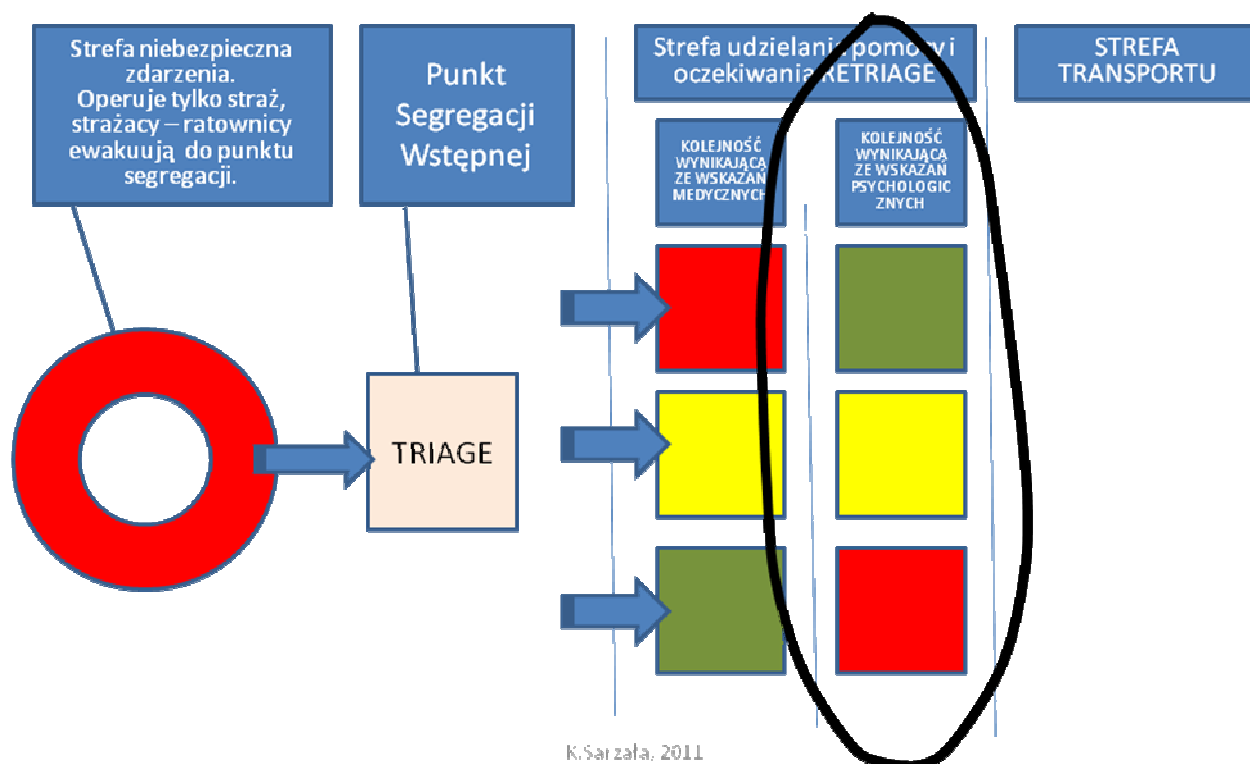
⁴⁸ Tekst opracowany przez Piotra Żabickiego (BLOP – Kraków) na podstawie raportów Anny Lipowskiej-Teutsch, konsultantki ds. psychologii klęsk żywiołowych w komponencie *Prewencja i ograniczenie ryzyka powodzi*, projektu Banku Światowego.

| | |
|--|--|
| występowało bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia zaangażowanych w nie osób. | |
| Gdy uczestniczące w jakimś zdarzeniu osoby przejawiają zachowania w opinii obserwatorów/współpracowników odbiegające od tego jak zachowywali się przed zdarzeniem. | |
| Uczestnicy/świadkowie zdarzenia sami poszukują pomocy. | |

Poniżej prezentowany jest wykres, który ilustruje umiejscowienie pomocy psychologicznej, jako czynności z zakresu interwencji kryzysowej na miejscu zdarzeń typu: katastrofa, wypadek masowy itp. Jak można zauważyć, interwenient wchodzi do akcji poza strefą niebezpiecznego zdarzenia, po dokonaniu wstępnej, medycznej segregacji poszkodowanych (TRIAGE), w strefie oczekiwania, na etapie RETRIAGE. Działania psychologiczne są jedynie wspomagające działania medyczne lub przedmedyczne, nie mniej jednak uwzględniane są zawsze w procedurach ratunkowych (określane tam, jako tzw. wsparcie psychologiczne). Interwenient kryzysowy bezwzględnie musi podporządkować się dowodzącym akcją ratunkową – zwykle strażakom, wojsku lub policji.

Kolory: czerwony, żółty, zielony – symbolizują intensywność szkód idące w parze z kolejnością działań. Tj. czerwony – szkody największe, ryzyko zagrożenia życia, zalecenie udzielenia pomocy w trybie natychmiastowym, itd.

Korelacja pomocy medycznej z pomocą psychologiczną na miejscu zdarzenia



Ad. Praca zespołowa w interwencji kryzysowej.

Na każdym etapie prowadzenia interwencji kryzysowej istnieje bezwzględny **wymóg** współpracy służącej, m.in. optymalizacji działania, pełnemu wykorzystywaniu możliwości oraz uniknięciu błędów, nadmiernych obciążeń i innych potencjalnych zagrożeń.

Praktycznym efektem pracy zespołowej, w prowadzeniu interwencji kryzysowej jest dostarczenie możliwie wielostronnego wsparcia, nie tylko psychologicznego ale także socjalnego, prawnego, pomocy medycznej, w zakresie edukacji, informacji itp. – adekwatnego do złożonej i dynamicznej natury kryzysu.

Praca zespołowa w interwencji kryzysowej ma najczęstsze zastosowanie jako:

- konsultacja poszczególnych przypadków – np. omawianie działania na każdym etapie: przyjmowania zgłoszenia, rozpoznawania i oceny zagrożenia, planowania strategii, realizacji strategii i innych;

- organizacja roboczych zespołów interdyscyplinarnych (grup roboczych, konferencji przypadku), tj. metod efektywnej weryfikacji informacji o okolicznościach zdarzenia kryzysowego, planowania strategii działania, dzielenia się zadaniami w ramach ustalonej strategii, itp.;
- udział w pracach zespołów kryzysowych powoływanych przez organizacje/instytucje do rozwiązania sytuacji krytycznych, np. wsparcia ośrodka pomocy społecznej w sytuacji zmagania się z katastrofą, klęską (powódź, in.).

Podejście interdyscyplinarne umożliwia⁴⁹:

- wymianę myśli i pomysłów – uwzględnianie różnych punktów widzenia;
- podejmowanie wspólnych wysiłków ekspertów z różnych dziedzin;
- dostarczanie wielostronnej pomocy rozmaitych służb;
- minimalizowanie sporów kompetencyjnych, konkurencji oraz partykularyzmu;
- uwzględnianie wielokulturowych czynników w planowaniu, formułowaniu i wdrażaniu strategii;
- ograniczenie ryzyka wtórnej wiktymizacji;
- uproszczenie procedur;
- poprawę ekonomiki działania;
- zwiększenie szybkości działania.

Ad. Ocena zagrożeń

Kilka metod krótkiej operacyjnej diagnozy stosowanych w interwencji kryzysowej⁵⁰.

Obszary podlegające ocenie dokonywanej z wykorzystaniem najprostszych narzędzi diagnostycznych⁵¹ lub wręcz wyłącznie na podstawie obserwacji i wywiadu:

Tabela 12. Obszary podlegające ocenie wg. różnych autorów.

| Metoda | Wg. Aquilera, Messick (1978) | Wg. Cohen, Nelson (1983) | Wg. Bengelsdorf, Liese (1995) |
|----------------------------|---|--|---|
| Obszary podlegające ocenie | Stopień realistycznego, adekwatnego spostrzegania tego, co się wydarzyło, oraz konsekwencji i | Poziom funkcjonowania intelektualnego. | Zagrożenie samobójstwem, samobójstwem rozszerzonym, względnie zabójstwem. |

⁴⁹ Za: Kubacka Jasiecka, 2010.

⁵⁰ Za: Aquilera, Messick (1978).

⁵¹ Patrz załącznik.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | znaczenia sytuacji krytycznej dla jednostki. | | |
| | Możliwości otrzymania w środowisku właściwego, konstruktywnego wsparcia sytuacyjnego, rodzinnego czy sąsiedzkiego. | Zasoby emocjonalne i interpersonalne. | Zdolność do współpracy z osobami interweniującymi. |
| | Możliwości rozporządzania adekwatnymi, dotychczas skutecznymi strategiami, zasobami zmagania się z zagrożeniem. | Poziom nadziei. | Dostęp do systemu wsparcia. |
| | Potencjalne możliwości przełamania kryzysu i powrotu do stanu równowagi psychicznej. | Poziom motywacji, aby samodzielnie podejmować i rozwiązywać problemy. | |
| | | Zakres dostępnego wsparcia psychospołecznego w zmaganiach się z zagrożeniem. | |

Ad. zastosowanie podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach w interwencji kryzysowej.

Proces wychodzenia z traumy w podejściu BSFT może przebiegać wg. następujących etapów⁵²:

Tabela 13. Proces wychodzenia z traumy, w konwencji BSFT.

| Etapy | Charakter zmian |
|---------------|--|
| Etap „ofiary” | <ul style="list-style-type: none"> • uzmysłowienie sobie uczuć i wyrażenie ich; |

⁵²

Y.Dolan „Jeden mały krok do szczęśliwego życia” (1998), opracowanie: Katarzyna Sarzała, tamże

| | |
|-----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • zaakceptowanie, że to nie była moja wina; • uwolnienie się od wstydu; • znalezienie odwagi, by opowiedzieć komuś o tym, co się wydarzyło – przełamanie izolacji; |
| Etap „ocalonego” | <p>Zadaniem tego etapu jest odzyskanie zdolności efektywnego funkcjonowania w życiu codziennym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uświadomienie sobie przez klienta, że przetrwał; • uznanie, że okres traumatycznych wydarzeń już minął – krzywda/uraz należą do przeszłości |
| Etap „Prawdziwego Ja” | <ul style="list-style-type: none"> • uświadomienie sobie nowych potrzeb w wyniku przetworzenia spowodowanego traumą; • spożytkowanie wszystkich doświadczeń dla budowania obecnego i przyszłego życia. |

Ad. Formy udzielanych usług.

Typowe błędy w czasie komunikacji pocztą:

- Krótkie, zdawkowe odpowiedzi (komunikat: „Nie mam dla ciebie czasu”, „Twoja sprawa nie jest tak ważna, jak ci się wydaje”).
- Nadmiernie formalny język użyty w liście (komunikat: „Trafiłeś do urzędu”, „Zajmujemy się tutaj poważniejszymi sprawami”, „Jesteśmy lepsi od ciebie”, „Jesteśmy inni, nie wiem, czy możemy się porozumieć”).
- Zwłoka w udzielaniu odpowiedzi (komunikat: „Nie mamy dla ciebie czasu”, „Zajmujemy się ważniejszymi sprawami niż twoja”).
- Nieodnoszenie się w treści listu, do konkretnych informacji, które przekazał nadawca (komunikat: „Nie czytałem uważnie tego, co do mnie napisałeś”).
- Lekceważenie tej formy kontaktu – nieudzielanie odpowiedzi.

Załącznik nr 2. Standard interwencji kryzysowej

Formy pomocy psychologicznej

Mało precyzyjne określenie „pomoc psychologiczna” mieści różne, często zasadniczo odmienne świadczenia. Poniżej kilka pomocnych wyjaśnień (w formie słowniczka) dotyczących działań psychologicznych lub związanych z wykorzystywaniem narzędzi i umiejętności psychologicznych. Zaproponowane kategorie i definicje są adaptacją i rozwinięciem □ za zgodą autora □ materiałów roboczych Jacka Lelonkiewicza z Centrum Terapii Krótkoterminowej w Łodzi.

Tabela 14. Formy pomocy psychologicznej.

| Różne formy pomocy psychologicznej mające zastosowanie w interwencji kryzysowej | |
|---|--|
| Poradnictwo, prowadzenie poradnictwa | bierno – ze strony profesjonalisty: odpowiadanie na szczegółowe pytania dot. konkretnych zagadnień, zadawane przez osobę/osoby szukającą/e odpowiedzi |
| Edukacja, prowadzenie edukacji | czynne: dostarczanie informacji o charakterze ogólnym, wyjaśniającym, opisowym dot. zjawiska |
| Poradnictwo dyrektywne | w przypadku oceny osoby w kryzysie, jako aktualnie niezdolnej do działania: przejęcie przez prowadzącego interwencję ciężaru zdefiniowania problemu, poszukania wyjścia, wskazania kierunku działań; przejęcie kontroli (i odpowiedzialności!) możliwe jest tylko na krótki okres czasu. |
| Psychoedukacja | edukacja, często prowadzona w formie grupowej, z uwzględnieniem potrzeby monitorowania stanu emocjonalnego i wątków interpersonalnych uczestników |
| Konsultacja, konsultowanie | krótkie działanie, o charakterze diagnostyczno-prognostycznym; a) prowadzone przez specjalistę w danej dziedzinie (prawo, psychologia, psychoterapia, pomoc socjalna, pedagogika, medycyna, doradztwo finansowe etc.), b) podejmowane jako odpowiedź na zapytanie zgłoszone przez klienta lub instytucję kierującą, c) zakończone oznajmieniem konkluzji, odpowiedzi) |
| Wstępna, przesiewowa diagnoza, diagnoza operacyjna | ograniczone w czasie działania mające na celu ocenę zagrożeń, jakie wiążą się przeżytych urazem, szybka ocena funkcjonowania osoby; w diagnozie wykorzystuje się narzędzia do oceny selektywnej (TAS, Triage Assessment System), typu TAF (<i>Triage Assessment Form</i>) |
| Wsparcie, działania wspierające | różne formy postępowania wobec osoby znajdującej się w sytuacji kryzysowej, oparte na postępowaniu niespecyficznym: wysłuchaniu opowieści, wyrażeniu współczucia, podzieleniu się swoim zdaniem, etc. bez dążenia do osiągnięcia poprawy, zmiany sytuacji lub zmiany postępowania osoby wspieranej; stosowane jako postępowanie samodzielne lub w połączeniu z innymi formami pomocy |
| Interwencja | czynne, niezwłocznie podejmowane działania w odpowiedzi na |

| | |
|--|--|
| | <p>zaistniałe zdarzenie: a) mogą być podejmowane w środowisku osoby w kryzysie i/lub ambulatoryjnie; b) działania podejmowane jako czynność docelowa, rozwiązująca stwierdzony problem lub inicjująca, kierująca do specjalisty c) podejmowane na mocy umocowania prawnego lub w odpowiedzi na zgłoszoną prośbę odbiorcy lub innych osób; d) działania podejmowane w czasie zdarzenia, bezpośrednio po otrzymaniu zawiadomienia lub stwierdzeniu zdarzenia; d) działania ograniczone w czasie lub w celach postawionych; e) działania dotyczące przede wszystkim doraźnej poprawy stanu psychicznego, fizycznego, ochrony życia, zdrowia, stanu materialnego, etc., mogącej utrzymać się dłużej; e) zaplanowane jako ograniczone w czasie</p> |
| Mediacja, mediowanie | <p>prowadzona przez przygotowanego specjalistę – mediatora □ jako postępowanie zmierzające do ustalenia sposobu rozwiązania konfliktu, trudności, problemu, który będzie możliwy do zaakceptowania przez obydwie strony na zasadzie obopólnej korzyści; a) zamykająca się zwykle w określonej liczbie spotkań; b) nie zawierająca w sobie osobistej korzyści mediatora wynikającej z osiągnięcia określonego rozwiązania; c) kończona zazwyczaj formą sprawozdania/ protokołu sporządzanego przez mediatora, podsumowującego stanowiska stron, osiągnięte porozumienie, istniejące rozbieżności i ewentualne wskazania co do dalsze trybu postępowania; d) podejmowana zwykle na zapotrzebowanie zewnętrznej instytucji zlecającej ją jako formę poprzedzającą wydanie decyzji nakazowej na temat rozwiązania problemu</p> |
| Negocjacje, negocjowanie | <p>forma dochodzenia do ustaleń, dotyczących rozwiązania konfliktu/trudności/sytuacji problemowej, w której strony negocjują ze sobą lub poprzez przygotowanego negocjatora; a) prowadzona w formie rozmowy, dialogu, opartego na prezentowaniu stanowisk i racji; b) negocjator może oczekiwać/dążyć do osiągnięcia określonego rodzaju porozumienia, które jego zdaniem będzie właściwe; c) może dopuszczać stosowanie przez negocjatora lub negocjujące strony form osiągania wpływu (psychomanipulacji) w celu przyjęcia określonego rozwiązania przez stronę</p> |
| Psychoterapia, prowadzenie psychoterapii | <p>specjalistyczne postępowanie o charakterze długo lub krótko czasowym, zmierzające do uzyskania subiektywnego stanu satysfakcji osoby poddanej mu, względnie trwałego w czasie, związanego z obserwowanymi zmianami w zakresie poglądów, zachowań, nawyków behawioralnych, emocjonalnych i myślowych, subiektywnie odbieranymi jako brak lub osłabienie objawów albo stan rozwoju osobistego: lepszego funkcjonowania w pożądanym zakresie; a) prowadzone wobec jednostki, grupy lub rodziny/pary; b) prowadzone na zlecenie instytucji zewnętrznej lub na zgłoszone zapotrzebowanie lub okazany dyskomfort odbiorcy; c) podejmowane zawsze za</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| | świadomą zgodą odbiorcy bezpośredniego |
| Terapia, leczenie | działania podejmowane wobec odbiorcy przeżywającego jakiś rodzaj zaburzenia zdrowia, dysfunkcji zachowania lub samopoczucia; a) zmierzające do usunięcia objawu, zaburzenia i osiągnięcia akceptowanego przez osobę stanu komfortu lub zdrowia; b) dotyczące poprawy stanu fizycznego lub psychicznego osoby indywidualnej |
| Profilaktyka, prewencja | różnorodne, często niepowtarzalne, trudne do jednoznacznego określenia działania podejmowane wobec osoby, rodziny lub grupy, ew. instytucji, będących zagrożonych niekorzystnymi, niepożądanymi zmianami, kryzysem; celem działania jest zmiana postaw, zmiana zachowań tak, aby zapobiec zagrożeniom lub minimalizować ich niekorzystny wpływ |
| Socjoterapia | dostarczanie zorganizowanych doświadczeń społecznych wywołujących świadomie planowane zmiany wzorców zachowania (często o charakterze korygowania błędnych sądów, itp.) |
| Superwizja | działania prowadzone przez osobę posiadającą uznane wyższe, profesjonalne kwalifikacje zawodowe w danej dziedzinie, polegające na analizie realizowania przez osobę, zespół osób lub instytucję zadań wynikających z określonej funkcji, zmierzające do poprawy jakości realizowanych zadań lub/i oceny sprawności działań, podejmowane na prośbę zainteresowanych, sprawujących funkcję lub na skutek zobowiązania do poddania superwizji wynikającego z zasad zawodowych lub prawnych |

Załącznik nr 3. – standard interwencji kryzysowej

Techniki wspierania ratowników wykorzystywane w interwencji kryzysowej (perspektywa grupy)

Tabela 15. Techniki pomocy służbom ratowniczym.

| |
|--|
| <p>Wsparcie dla ratowników □ zapewnienie wsparcia psychologicznego policji, służbom ratowniczym będących w kontakcie z osobami znajdującymi się pod wpływem urazu: przed, w trakcie i po doświadczeniu urazowym. Wsparcie ukierunkowane jest na:</p> <ul style="list-style-type: none">• wentylację emocji;• wymianę informacji o przebiegu zdarzeń;• określenie potrzeb: medycznych, materialnych, logistycznych i psychologicznych i ich pomoc w ich zaspokojeniu;• mobilizacja dostępnych źródeł wsparcia;• zapobiegawcze – wskazanie konstruktywnych sposobów radzenia sobie z ewentualnymi skutkami stresu, traumy (ostrzeżenie przez posługiwanie się ryzykownymi metodami, np. używaniem alkoholu, jako środka uśmierzającego napięcie, itp.). |
| <p>Szacowanie ryzyka – ocena wpływu traumy wywołanej krytyczną sytuacją na poszczególne grupy uczestników, rozpoznawanie grup społecznych szczególnie narażonych na dezintegracyjne konsekwencje kryzysu oraz monitorowanie sytuacji tych grup – są to formy wsparcia udzielane służbom ratowniczym na etapie selekcji poszkodowanych, najczęściej wykonywane „pod komendą” osoby dowodzącej akcją ratunkową.</p> |
| <p>Wspomaganie samopomocy □ wspomaganie powstawania grup samopomocowych sieci wsparcia społecznego.</p> |
| <p>Sesje wsparcia w utrzymaniu i odzyskiwania równowagi psychicznej – przeprowadzane w kontakcie indywidualnym lub w grupie uczestników – poszkodowanych i/lub ratowników - różne formy odreagowania napięć, stresu związanego z uczestnictwem w zdarzeniach:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>defusing</i> (odreagowanie) – rozbrajanie, zniesienie napięcia (rozmowa o przebiegu zdarzenia, towarzyszenie w przeżywaniu trudnych emocji, pomoc w nazywaniu trudnych okoliczności zdarzenia (myśli, uczuć, zachowań), czasem, tzw. „milcząca obecność” (sama obecność, potencjalna możliwość rozmowy – poszkodowany sam decyduje czy i kiedy podjąć temat);• dekompresja – mniej formalne redukcje napięć, np. rozmowy ‘przy kawie’, przy okazji innych czynności, np. w miejscu zakwaterowania ewakuowanych, itp.;• demobilizacja – pomoc adresowana do ratowników, po zakończeniu służby omówienie, podsumowanie, przygotowanie do powrotu do codzienności;• <i>debriefing</i> (rekonstrukcja)⁵³ – spotkanie przebiegające wg. określonej struktury, którego celem jest: wymiana doświadczeń związanych ze zdarzeniem, normalizacja reakcji na zdarzenie traumatyczne, mobilizacja indywidualnych zasobów i umiejętności radzenia sobie ze stresem, udzielenie informacji na temat dostępnych źródeł wsparcia. |

Poradnictwo po zdarzeniu traumatycznym – przeprowadzenie, zwykle indywidualnych spotkań, mających na celu lepsze zrozumienie istoty zdarzenia traumatycznego, zrozumienie reakcji na zdarzenie, uprzedzające omówienie przebiegu reakcji, które mogą jeszcze nadejść, omówienie planów i strategii rozwiązywania ewentualnych problemów.

Załącznik nr 4. Standard interwencji kryzysowej

Inne sekwencyjne modele czynności w ramach interwencji kryzysowej, dostępne w literaturze

Model: Rhine, Weissberg

W przebiegu formalnego opanowywania kryzysu Rhine i Weissberg wyróżniają trzy ogólne, podstawowe fazy:

- tworzenia „więzi pracy”⁵⁴;
- gromadzenia informacji;
- rozwiązania problemu.

Tabela 16. Fazy interwencji wg. Rhine, Weissberg.

| Trzy fazy opanowania kryzysu wg. Rhine, Weissberg | |
|---|---|
| 1. Tworzenie więzi pracy | <p>Tworzenie „więzi pracy” □ to całokształt okoliczności i celowych działań, zmierzających do nawiązania dobrego kontaktu z osobą w kryzysie. To rozpoznanie i kształtowanie relacji ze świadomością, że każdy kontakt ma charakter interakcji, który kształtuje aktywność obu stron: klienta i interwenienta. W niektórych placówkach, zatrudnia się specjalizujących się w tzw. „pierwszym kontakcie” pracowników, co należy uznać za słuszne, bowiem praca ta wymaga szczególnych umiejętności, wiedzy i predyspozycji. Z praktyki ośrodka interwencji kryzysowej wynika, że idealnym połączeniem kwalifikacji osób pracujących na takich stanowiskach, to umiejętności pracownika socjalnego z ugruntowanym przygotowaniem w zakresie pomocy psychologicznej i przeciwdziałania przemocy.</p> <p>Kilka, spośród wielu czynników, które warto wziąć pod uwagę podczas tworzenia tej szczególnej więzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dobra komunikacja; • empatyczne słuchanie; • „dostrojenie się”, podążanie za aktywnością klienta; • powstrzymywanie się od założeń, nadawania etykiet (np. ofiara). <p>W wyniku tego działania osoba w kryzysie ma poczuć się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktywnym partnerem zdolnym do wspólnej pracy nad problemem; • osobą rozumianą i wspieraną; • osobą, która mimo decyzji o skorzystaniu z pomocy nie wyzbywa się |

⁵⁴

Za: Rhine, Weissberg, 1982.

| | |
|--------------------------|--|
| | praw do samostanowienia i decydowania o własnym losie. |
| 2.Gromadzenie informacji | <p>Gromadzenie informacji □ polega na uzyskiwaniu, w stosunkowo krótkim czasie, konkretnych informacji o problemie związanym z doświadczeniem kryzysu: przebiegu zdarzenia, innych okolicznościach, jego interpretacji, a przede wszystkim jego znaczenia dla klienta. To moment pozornie łatwy, ale w interwencji kryzysowej szczególnie, bo wymagający umiejętnego i etycznego korzystania z narzędzi pomocy społecznej i przeciwdziałania przemocy domowej, na przykład metod zespołu interdyscyplinarnego, procedury „Niebieskie Karty” lub po prostu wywiadu środowiskowego. Pamiętać należy o szczególnej odpowiedzialności i ryzyku wtórnego skrzywdzenia w wyniku ingerowania w „przestrzeń intymną” osoby.</p> <p>W tej fazie, interweniujący powinien odpowiedzieć sobie na następujące pytania⁵⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Czy w przeszłym życiu klienta występowały podobne objawy, znamionujące występowanie uprzednich kryzysów? • W jakich okolicznościach dochodziło do kryzysów? (przydatna wskazówka: poszukiwać „wspólnego mianownika”, powtarzającego się wzoru czy schematu wydarzeń krytycznych i reakcji kryzysowych). • Jakie środki i strategie zmagania się z ówczesnymi kryzysami okazały się efektywne i przyniosły pomyślne rezultaty? • Czy klient rozporządzał skutecznymi strategiami zmagania się, gwarantującymi ogólnie dobre przystosowanie i funkcjonowanie psychospołeczne, również w obliczu trudnych problemów? • Jaki był w przeszłości poziom przystosowania klienta? (Odpowiedź na to pytanie jest ważna, określa bowiem realistyczne cele aktualnej interwencji). • Dlaczego osoba stała się podatna na rozwój kryzysu właśnie „tu i teraz”? (Aby uzyskać odpowiedź na to pytanie, należy uwzględnić wymowę i symbolikę aktualnych wydarzeń i sytuacji). |
| 3.Rozwiązanie problemu | <p>Rozwiązanie problemu □ w tej ważnej fazie⁵⁶ dochodzi do poszukiwania i przyjęcia przystosowawczych rozwiązań z wykorzystaniem umiejętności empatycznych i techniki psychologicznej.</p> <p>Rhine i Weissberg wyróżniają trzy typy zadań dla tego etapu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) empatyczne słuchanie; b) poszukiwanie przystosowawczych (dobrych adaptacyjnie) rozwiązań; c) wspieranie sił i poczucia wartości, wzmacnianie obrazu własnej osoby i szacunku do siebie. <p>Użyteczne strategie, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wentylacja uczuć (strachu, winy, złości, gniewu, żalu); |

⁵⁵

Za: Kubacka Jasiecka, 2010 (adaptacja K.S.).

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • pomoc w intelektualnym ogarnięciu zdarzenia i nazwaniu problemu; • towarzyszenie w poszukiwaniu sensu i kształtowaniu znaczeń zdarzenia. |
|--|---|

Każde z tych zadań i strategii ma w sobie cenny element terapeutyczny, a skutkiem może być początek procesu konstruktywnej, świadomej interpretacji zdarzeń krytycznych i przygotowanie do internalizacji nowych rozwiązań.

Model: James, Gilliland

W popularnym w Polsce modelu Jamesa i Gillilanda interwencja kryzysowa zbudowana jest jako sześćoetapowy proces, traktowany jednak nie jak sztywny, mechaniczny schemat, lecz raczej jak przewodnik dla interweniującego. Na model składają się dwie formy aktywności: osoby w kryzysie (strategie „wysłuchiwanie”: etap 1–3, tzn. „przewaga słuchania nad działaniem”) i osoby interweniującej (strategie „działania”: etap 4–6 tzn. „przewaga działania nad słuchaniem”) ale w każdym momencie trzeba liczyć się z koniecznością zmiany toku postępowania, w zależności od stanu klienta.

Tabela 17. Fazy interwencji wg. James, Gilliland.

| Etapy | Charakterystyczne działania |
|------------------------------------|--|
| Etap 1. Zdefiniowanie problemu | Pierwszy etap interwencji to zrozumienie i zdefiniowanie problemu z punktu widzenia klienta. Właśnie postrzeganie problemu z perspektywy osoby w kryzysie decyduje o powodzeniu interwencji i uniknięciu powtórnej traumatyzacji. Na trud (i satysfakcję) przyjęcia perspektywy klienta składają się podstawowe umiejętności komunikacyjne (wysłuchiwanie!) interweniującego ale też jego zdolność do przezwycięzania nie tylko osobistych ograniczeń, schematów: społecznych, etnicznych, kulturowych uwarunkowań, które rzutują na cały dalszy proces interwencji. |
| Etap 2. Zapewnienie bezpieczeństwa | Minimalizowanie fizycznych i psychicznych zagrożeń dla osoby w kryzysie i jej bliskich. Autorzy modelu zwracają jednak uwagę na konieczność ciągłego, nie tylko na tym etapie integrowania zadań z nakazem zwracania stałej uwagi na kwestie bezpieczeństwa. |
| Etap 3. Wspieranie | Interweniujący nie może <i>a priori</i> zakładać, że klient czuje się wspierany, doceniany, dowartościowany. Interwenient ma robić to: <ul style="list-style-type: none"> • aktywnie; • bezwarunkowo; • bez oczekiwania, że osoba w kryzysie odwzajemni się podobnym traktowaniem; • nawet, gdy nikt inny nie chce akceptować i doceniać. |

| | |
|---|--|
| <p>Etap 4. Rozważanie możliwości</p> | <p>Przegląd dostępnych klientowi możliwości, analiza zasobów. Pokazanie, przypomnienie, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> • istnieje wiele dostępnych rozwiązań; • rozwiązania można traktować alternatywnie; • zasoby mogą mieć charakter: wsparcia środowiska (otoczenia), znanych i dostępnych sposobów radzenia sobie z trudnościami, wzorców pozytywnego i konstruktywnego myślenia; • „ilość nie znaczy jakość” – osoba w kryzysie nie potrzebuje wielości wyborów, tylko takich które będą stosowne i realne w sytuacji krytycznej. |
| <p>Etap 5. Układanie planów</p> | <p>Ułożenie wspólnie z osobą, zapewniając jej poczucie sprawstwa, planu działania o charakterze raczej krótkoterminowym. Autorzy proponują, aby plan zawierał co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zidentyfikowane osoby, instytucje konkretnej, natychmiastowej pomocy; • sposoby postępowania w konkretnych, przewidywanych sytuacjach (np. plan bezpieczeństwa dla ofiary przemocy domowej), działania pozytywne, konstruktywne, proste, rokujące drobnymi sukcesami i wzrastającym poczuciem mocy klienta. <p>Niezwykle ważne jest jednak poczucie niezależności i posiadania kontroli przez osobę w kryzysie, dlatego plan nie może być siłą lub podstępem narzucony (mimo, a nawet ze względu na dużą podatność osób w kryzysie na taki wpływ).</p> |
| <p>Etap 6. Uzyskiwanie zobowiązania klienta</p> | <p>Etap, w którym dbając o poczucie niezależności i kontroli, osoba w kryzysie przejmuje odpowiedzialność za wykonanie planu. Uczciwe, bezpośrednie i wspierające zakontraktowanie dalszych działań, najlepiej z jednoczesnym ustaleniem sposobu obserwowania postępów. Praktyka podpowiada, aby uwzględnić na tym etapie sytuację, w której klient nie będzie w stanie z sukcesem dokonać pierwszych, pozytywnych zmian i może zerwać kontakt z powodu poczucia wstydu, rozczarowania brakiem swoich umiejętności. Należy wiedzieć, że mimo tej sytuacji można będzie podtrzymać kontakt.</p> |

Załącznik nr 5. Standard interwencji kryzysowej

Przykład narzędzia do badania katamnesticznego osób korzystających z usług ośrodka interwencji kryzysowej⁵⁷

Przebieg rozmowy

Dzień dobry, nazywam się ...

Reprezentuję

W roku ... korzystał/a Pan/Pani z oferty naszej placówki/

Obecnie staramy się ocenić skuteczność działalności ośrodka.

W związku z tym czy zgodziłby/zgodziłaby się Pan/Pani poświęcić kilka minut i odpowiedzieć na parę ogólnych pytań dotyczących pracy naszej placówki?

Pani/Pana dane i odpowiedzi podlegają ochronie zgodnie z Ustawą.

Zadam teraz kilka pytań. Proszę o odpowiedź według następującej skali:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| <i>zdecydowanie nie</i> | <i>raczej nie</i> | <i>trudno powiedzieć</i> | <i>raczej tak</i> | <i>zdecydowanie tak</i> |

Czy sposób odpowiedzi na pytania jest dla Pani/Pana zrozumiały?

Pytania:

EFEKTYWNOŚĆ

- 1) Czy dzięki pomocy placówki Pan/Pan zaczął/a zaczął Pani/Pan lepiej sobie radzić ze zgłaszanym problemem?
- 2) Czy dzięki pomocy placówki udało się rozwiązać zgłaszany kryzys?
- 3) Czy w wyniku otrzymanej ze strony placówki pomocy polepszyło się Pani/Pana ogólne

⁵⁷

materiały wewnętrzne gdańskiego Centrum Interwencji Kryzysowej PCK (2007)

samopoczucie?

JAKOŚĆ

4) Czy według Pani/Pana pomoc otrzymana w placówce była profesjonalna?

5) Czy jest Pani/Pan zadowolona/ny z tego, w jaki sposób pracownik placówki zajął się Pani/Pana problemem?

OGÓLNE

6) Czy, jeśli wystąpiłaby taka potrzeba, skorzystał(a)by Pani/Pan z oferty placówki ponownie?

7) Czy ma Pani/Pan jakieś uwagi dotyczące działania placówki lub kompetencji pracowników? Jeśli tak, to jakie?

KARTA BADANIA:

| | |
|--|--|
| Dane z karty klienta: | |
| Numer karty klienta | |
| Płeć | |
| Wiek | |
| Czas od ostatniej wizyty (w mies.) | |
| Osoba prowadząca | |
| Zgłaszany problem | |
| Ilość spotkań z klientem | |
| Interwencja (1- ukończona, 2- przerwana przez klienta) | |

Dane z wywiadu:

1)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

2)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

3)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

4)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

5)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

6)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

7)

.....

.....

.....

Załącznik nr 6. Standard interwencji kryzysowej

Specjalistyczne szkolenia z zakresu interwencji kryzysowej – minimum programowe

1. Pojęcia teoretyczne dot. kryzysu psychologicznego:
 - definicje, domeny, obszary kryzysu;
 - kryzys i wydarzenia krytyczne;
 - pojęcie kryzysu psychologicznego (emocjonalnego);
 - psychologiczne i fizjologiczne reakcje na uraz.
2. Interwencja kryzysowa:
 - idea, zasady interwencji kryzysowej;
 - modele interwencji kryzysowej;
 - ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej;
 - zarządzanie sytuacją kryzysową;
 - interwencja kryzysowa a pozostałe formy oddziaływania na osoby, grupy w kryzysie.
3. Podstawowe umiejętności interpersonalne (np. wyrażanie uczuć i myśli, otwartość i zaufanie, słuchanie i akceptacja, rozwiązywanie problemów i konfliktów) i dot. form pomocy psychologicznej (np. budowanie relacji wsparcia, pierwszy kontakt, koncentracja na rozwiązaniach, techniki i strategie w interwencji, narzędzia i formy kontaktu, kwestie poufności i bezpieczeństwa - klienta i interwenienta).
4. Postępowanie z osobą, rodziną, grupą w kryzysie:
 - zespoły i kryzysy traumatyczne;
 - zagrożenie życia (samobójstwo) jako kryzys suicydalny;
 - napaść seksualna (gwałt, wykorzystanie seksualne) jako kryzys emocjonalny;
 - przemoc w rodzinie jako kryzys emocjonalny;
 - interwencja w przypadkach krzywdzenia dzieci;
 - katastrofa (pomoc dla ofiar, pomoc dla ratowników) jako kryzys środowiskowy;

- działanie na rzecz społeczności.

Załącznik nr 7. Standard interwencji kryzysowej

„Kafeteria” problemów – propozycje do kwalifikowania zdarzeń kryzysowych rejestrowanych przed podmiot realizujący usługę

1. Przestępstwa dotyczące osób dorosłych:
 - 1.1. przestępstwa przeciw życiu i zdrowiu;
 - 1.2. przemoc w rodzinie - ☐ fizyczna;
 - 1.3. przemoc w rodzinie ☐ psychiczna;
 - 1.4. przemoc w rodzinie ☐ seksualna;
 - 1.5. drastyczne zaniedbanie osób zależnych;
 - 1.6. napaści seksualne;
 - 1.7. mobbing (*workplace harassment*) ☐ prześladowanie podwładnego, współpracownika;
 - 1.8. stalking (uporczywe nękanie);
 - 1.9. handel ludźmi (wyzysk, handel dziećmi, kobietami, narządami ludzkimi, handel w celach seksualnych);
 - 1.10. przestępstwa z nienawiści (*hate crimes*) ☐ przestępstwa powodowane nienawiścią ze wzgl. na rasę, religię, płeć, wiek, orientację seksualną, niepełnosprawność.
2. Przestępstwa dotyczące dzieci:
 - 2.1. przemoc fizyczna;
 - 2.2. przemoc psychiczna;
 - 2.3. przemoc seksualna;
 - 2.4. drastyczne zaniedbanie;
3. Klęski, katastrofy, wypadki masowe, zamachy.
4. Żałoba i śmierć osób bliskich.
5. Zamachy, próby samobójcze.
6. Zaburzenia i choroby psychiczne bezpośrednio nie związane z zdarzeniem krytycznym.
7. Uzależnienia:
 - a) alkohol;

- b) narkotyki;
 - c) inne.
8. Ostre problemy rodzinne, małżeńskie.
 9. Ostre problemy wychowawcze.
 10. Inne.

Załącznik nr 8. Standard interwencji kryzysowej

Wzór dokumentacji – podstawowa karta osoby korzystającej z pomocy

Ośrodek Interwencji Kryzysowej

W.....

KARTA ZGŁOSZENIA nr. ewidencyjny: kategoria problemu:⁵⁸

DATA PIERWSZEGO KONTAKTU:/...../ 201... **OSOBA PROWADZĄCA**.....

DANE KLIENTA:

1. IMIĘ I NAZWISKODATA UR.....

2. ADRES ZAMELDOWANIA.....

3. AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA

4. MIEJSCE PRACY.....

5. WAŻNE TELEFONY W SPRAWIE.....

OBRAZ RODZINY KLIENTA:

1. Członkowie rodziny (imiona, nazwiska, rok urodzenia, rodzaj pokrewieństwa)

.....
.....
.....
.....

2. Inne ważne informacje o rodzinie:

.....
.....

⁵⁸

Np. wg „Kafeterii” problemów.

.....
.....

OPIS PROBLEMU, co jest bezpośrednim powodem zgłoszenia się obecnie do CIK (formułować jak klient)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HISTORIA PROBLEMU, gdzie wcześniej klient szukał pomocy, z jakim skutkiem

.....
.....
.....
.....
.....
.....

OCENA ZAGROŻENIA: (własna interpretacja osoby prowadzącej) np.: zagrożenie śmiercią, narażenie zdrowia, ryzyko dekompensacji, zaburzeń, ostrych problemów rodziny, spełnianie określonych kryteriów interwencji kryzysowej)

.....
.....
.....
.....

.....
.....

.....

OCZEKIWANIA KLIENTA: (dotyczące pomocy).....

.....
.....
.....
.....

ZASOBY KLIENTA:

.....
.....
.....
.....

WSTĘPNY PLAN POMOCY:

.....
.....
.....

CO JESZCZE POWINNIŚMY WIEDZIEĆ?

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE
OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z POMOCY W OŚRODKU INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Oświadczam, iż zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. nr 133, poz. 883) oraz w celu realizacji zadań OIK kierującego się wyłącznie zdrowiem i dobrem osób doświadczających kryzysu, wyrażam zgodę na zbieranie, utrwalanie i przechowywanie moich danych osobowych oraz ich pozyskiwanie w instytucjach służby zdrowia, pomocy społecznej, policji i w organizacjach o podobnym zakresie działania.

Pouczenie: osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania, sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

.....

(data, czytelny podpis klienta)