



# INTERWENCJA KRYZYSOWA

*mgr Tadeusz Wieszczyk*

**CZĘŚĆ III**

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Istnieją trzy najczęściej opisywane w literaturze fachowej modele interwencji kryzysowej (Leitner, 1974; Belkin, 1984).

Należą do nich:

- Model równowagi/nierównowagi;
- Model poznawczy;
- Model przemiany psychospołecznej.



# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Te trzy modele są podstawą różnych strategii i metodologii interwencji kryzysowej.

Wszystkie modele interwencji mają swoje podłoże teoretyczne.

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

## Model równowagi/nierównowagi (klasyczny pionierski)

Zakłada, że celem interwencji jest przywrócenie osobie przeżywającej kryzys równowagi emocjonalnej i psychicznej, która jest zachwiana (Caplan, 1964).

Model ten jest najbardziej stosowny do wczesnej interwencji, gdy osoba w kryzysie jest dezorientowana i nie potrafi dokonywać racjonalnych wyborów. Celem staje się emocjonalne ustabilizowanie klienta (Lindemann, 1944; Leithner, 1974)

Zanim nie uda się przywrócić określonego stopnia stabilności, nie można wiele działać, np. nic nie da wnikanie w dręczące myśli „S” klienta zanim nie uda się go ustabilizować, aby zgodził się z tym, że warto przynajmniej żyć jeszcze przez tydzień.

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

## Model poznawczy

Zakłada, że źródłem kryzysów jest nierealistyczna, fałszywa ocena zdarzeń lub sytuacji otaczających kryzys, a nie same te wydarzenia lub sytuacje (Ellis, 1962).

Celem interwencji jest pomoc ludziom w uświadomieniu sobie istoty i znaczenia wydarzeń krytycznych i sytuacji kryzysowych, a także w zmianie poglądów i przekonań powiązanych z sytuacją (James, Gilliland, 2004),

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Ludzie będący w kryzysie przekazują sami sobie negatywne informacje, pokrętne komunikaty, utrzymują irracjonalne przekonania, co wyczerpuje i spycha w stronę negatywnego samoprzekonania. U tych osób tory myślenia należy skierować na pozytywne sprzężenie zwrotne poprzez ćwiczenie i powtarzanie nowych samoocen.

**Uzyskanie kontroli jest możliwe poprzez zmiany sposobów myślenia osób w kryzysie, którym pomagamy.**  
Ten model nawiązujący do racjonalno-emotywniej terapii Ellisa (RET) i psychologicznych koncepcji poznawczych Becka (1967) czy Meichenbauma (1977), może być zastosowany wobec klienta ustabilizowanego emocjonalnie.

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Model przemiany psychospołecznej

Zakłada, że kryzysy mogą wynikać zarówno z trudności osobowościowych, jak i psychospołecznych czy środowiskowych.

*Celem interwencji kryzysowej jest zarówno współpraca z klientem w ocenie wewnętrznych i zewnętrznych czynników przyczyniających się do kryzysu, jak i pomoc w wyborze skutecznych alternatyw dla ich obecnych zachowań, postaw i sposobów wykorzystywania zasobów środowiskowych (James, Gilliland, 2004, s. 4).*

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

- Ważne są możliwości przyswojenia sobie przez klientów adekwatnych strategii zmagania się, pozyskanie i zwiększanie wsparcia społecznego i zasobów środowiskowych.
- Model psychospołeczny postrzega kryzys nie tylko w kategoriach indywidualnych ale także społecznych – uwzględnia konieczność zmian systemowych. Rodzina, koledzy, praca zawodowa, religia, społeczność lokalna i inne czynniki środowiskowe promują względnie zaburzają zdolności przystosowawcze, a rozwiązanie wielu kryzysów może wymagać ingerencji systemowych. Model przemiany psychospołecznej nawiązuje do Adlera (Hall, Lindzey, 1990), Eriksona (1963), Minuchina (1974). Wydaje się właściwy w późniejszych stadiach interwencji.



# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

## Sześćoetapowy model interwencji kryzysowej Model Jamesa, Gillianda (2004)

Ujmuje przebieg interwencji w 6 etapach, obejmujących dwutorowe, równoległe oddziaływania interwencyjne polegające na wysłuchaniu klienta oraz działaniu i nakłanianiu klienta do działania.

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

**Wysłuchanie** obejmuje zajmowanie się klientem, obserwowanie, rozumienie oraz reagowanie z empatią i akceptacją. Można je sprowadzić do:

- zdefiniowania problemu klienta i zrozumienia problemu z punktu widzenia klienta;
- zapewnienie klientowi bezpieczeństwa;
- zapewnienie klientowi wsparcia (klient powinien czuć się doceniony, dowartościowany i zadbany)

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

**Działanie** to zaangażowanie się w interwencję (mniej lub bardziej dyrektywne), które można sprowadzić do:

- rozważenia wraz z klientem możliwości radzenia sobie z kryzysem,
- pomocy w ułożeniu planu konkretnych działań na rzecz pozyskania zasobów wsparcia i radzenia sobie,
- pomocy klientowi w zobowiązaniu się do konstruktywnych działań.

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

- Autorzy modelu definiują działanie jako zaangażowanie w sposób niedyrektywny, dyrektywny lub kooperatywny, zależnie od oceny stanu indywidualnego klienta i możliwości wykorzystania wsparcia środowiskowego. *„Poziom działania/zaangażowania prowadzącego interwencję kryzysową może znajdować się w każdym miejscu tego kontinuum, w zależności od rzetelnej i realistycznej oceny stopnia zdolności klienta do działania (James, Gilliland)*
- *„Nie znamy żadnego algorytmu podejmowania decyzji o tym, kiedy przejść od niedyrektywnej do dyrektywnej postawy wobec klienta w kryzysie (James, Gilliland, s. 59)*

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

W tym modelu działanie obejmuje trzy zadania interwencyjne:

- **Rozważenie możliwości** – pomoc klientowi w poszukiwaniu dostępnych mu wyborów, w znalezieniu wsparcia, wskazanie sposobów radzenia sobie z trudnościami i nakłonienie do pozytywnego myślenia.
- **Ułożenie planu** – pomoc klientowi w opracowaniu realistycznego, krótkoterminowego planu, obejmującego pozyskanie dodatkowego źródła wsparcia oraz sposobów zmagania się (plan powinien obejmować konkretne, zrozumiałe działania, które sam klient może uznać za własne)

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

- **Skłonienie klienta, aby zobowiązał się do działania** – pomoc w angażowaniu się klienta w zdecydowanie pozytywne działania, które może uznać za własne (autonomicznie motywowane), zrealizować i zaakceptować ich rezultaty.

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

- Interwencja może mieć charakter poradnictwa kooperatywnego (podkreślenie wspólnoty „my”) oraz działania niedyrektywnego lub dyrektywnego podejmowanego wówczas, gdy oceniamy klienta jako niezdolnego do samodzielnego ukierunkowania aktywności. Interweniujący mówi wprost: „*Chcę, abyś zrobił to i to...*”

# MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Strategie i sposób prowadzenia interwencji zmieniają się ze względu na poziom dyrektywności, który pozostaje zdeterminowany przez:

- właściwości indywidualne klienta;
- decyzje co do podwyższenia bezpieczeństwa klienta;
- chęci dostarczenia wsparcia klientowi;
- wyrazistość problemu i jego znaczenia;
- intuicyjną ocenę własnych preferencji w danym momencie przebiegu interwencji.




# PRAKTYCZNE ASPEKTY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

**Interwencja kryzysowa** polega na przerwaniu spirali zachowań dysfunkcyjnych ofiary kryzysu, możliwie najskuteczniej i najszybciej, a tym samym na przywróceniu ofiary kryzysu do poziomu funkcjonowania sprzed zaistniałej sytuacji.


**Im dłużej nie przerywa się dysfunkcyjnego zachowania ofiary, tym bardziej rośnie ryzyko dezintegracji osobowości, a co za tym idzie, potrzeba terapii psychologicznej lub leczenia po zażegnaniu kryzysu.**

**Poziom umiejętności osoby pomagającej (interwenta) oraz czas potrzebny na przeprowadzenie interwencji mogą decydować o późniejszym rozwoju i sposobie funkcjonowania ofiary.**




**Należy rozróżniać interwencję kryzysową (lub przeciwdziałanie kryzysowi) oraz doradztwo (lub psychoterapię) ze względu na ich funkcje i zastosowanie.**

Interwencja kryzysowa, czy przeciwdziałanie jest próbą szybkiego poradzenia sobie z aktualnym problemem. Wymaga to często zapewnienia ofiarom warunków, jakich same nie są w stanie sobie stworzyć. Może to być wsparcie fizyczne lub emocjonalne, a nawet ukierunkowanie dalszego postępowania ofiary w czasie, kiedy sama nie potrafi wykonać żadnego ruchu.



**Nie wolno mylić interwencji kryzysowej z psychoterapią. Mogłoby to pozbawić ofiary możliwości zaspokojenia ich potrzeb w sytuacji kryzysowej.**

Psychoterapia, poradnictwo kryzysowe, terapia krótkoterminowa lub inne formy interwencji mogą się okazać przydatne po zastosowaniu interwencji kryzysowej. Interwenci nie powinni zakładać, że pomogą ofierze znaleźć rozwiązanie problemów powstałych przed sytuacją kryzysową.




Ich celem jest możliwie najszybsze opanowanie kryzysu, a nie rozwiązanie problemu. Jeśli ofiara potrzebuje dalszej opieki po zażegnaniu kryzysu, interwent powinien skierować ją na terapię ( - krótko lub – długoterminową).

**Rosenbluh (1981) nazywa interwencję kryzysową pierwszą pomocą emocjonalną. Stanowi ona emocjonalny ekwiwalent pomocy fizycznej i musi być udzielana równie kompetentnie i szybko. W razie potrzeby ofiara kryzysu będzie mogła później zdecydować na podjęcie psychoterapii lub szukać porady w odpowiednim miejscu.**

# TRZEBA WIEDZIEĆ I PAMIĘTAĆ


**Kryzysy są zjawiskiem ograniczonym w czasie. Trwają najwyżej 6 do 8 tygodni, po czym subiektywne poczucie zamętu się zmniejsza (Janosik, 1984).**

To co dzieje się bezpośrednio po wydarzeniu kryzysowym, określa, czy kryzys stanie się rezerwuarem choroby przekształcającej się w stan chroniczny. *(Pierwotne wydarzenie kryzysowe może zostać wyparte ze świadomości, a człowiek będzie w stanie uwierzyć, że problem został rozwiązany, ale wystąpienie nowych czynników stresujących potrafi ponownie wpędzić w stan kryzysu. Taka huśtawka emocjonalna może występować dosyć często i przez dłuższy czas; czasem miesiącami, a nawet latami).*



*Np. dorosła osoba, która nie uporała się z negatywnymi emocjami w stosunku do zmarłego rodzica i przenosi ten gniew na inne autorytety, takie jak przełożeni czy pracodawcy, znajduje się w tzw. stanie transkryzysowym (źródłem problemu jest nierozwiązany, wyparty ze świadomości, ale istniejący w postaci stanu transkryzysowego konflikt z przeszłości).*


*Człowiek w takim stanie może identyfikować swoje problemy jako np. brak umiejętności nawiązywania kontaktu i szukać porady, by poprawić te umiejętności, jednakże działanie takie jest również objawem huśtawki emocjonalnej, wywołanej niedokończoną sprawą sprzed lat.*



Umiejętności nawiązywania kontaktu mogą się okresowo poprawić, ale źródło stanu transkryzysowego może nie zostać rozpoznane i wyeliminowane. Problem zostaje zepchnięty na niższy poziom, co pozwala osiągnąć stan tymczasowej równowagi, ale pierwotny uraz zazwyczaj wypłynie ponownie i zainicjuje nowy kryzys z chwilą pojawienia się nowych czynników stresujących. Z punktu widzenia terapeutycznego taki stan transkryzysowy wymaga zastosowania technik interwencji kryzysowej.

**Najbardziej charakterystyczną cechą stanu transkryzysowego jest to, że niezależnie od tego, czy jest on wynikiem urazu, cech osobowości, psychozy, chronicznych stresów środowiskowych czy nadużywania środków psychoaktywnych – ma charakter pozostałości, nawraca i zawsze utrzymuje się w jakimś stopniu.** Dlatego też przystępując do oceny stanu i sytuacji osoby, znajdującej się w kryzysie, kładzie się nacisk nie tylko na jej zdiagnozowany stan kliniczny, ale także, co równie ważne, **na powtarzalność cyklu problemów i odległe czynniki, które mogły zapoczątkować kryzys.**





*Przykład: kobieta 45 letnia po 20 latach traci pracę w firmie, od pół roku pozostaje bezrobotna i obecnie jest w stanie klinicznej depresji z myślami „S” i inna 45 letnia kobieta, która po raz dwudziesty straci pracę i od pół roku pozostaje bezrobotna w stanie depresji z myślami „S”.*

*Bezpośrednia interwencja z powodu występowania myśli „S” może u obu kobiet wyglądać podobnie, ale ocena tego co spowodowało depresję, jak należy ją leczyć i jakich problemów transkryzysowych można oczekiwać, będzie w obu przypadkach różna.*

# TRANASKRYZYSOWE PRZEŁOMY

- \* Może do nich dochodzić w toku interwencji terapeutycznej.
- \* Cechą charakterystyczną takich przełomów jest podjęcie przez klienta zmagania z nowymi zadaniami życiowymi lub nowymi wymiarami problemu.

**\* Nie następują one regularnie, przewidywalnie czy liniowo.**


*(np. maltretowana żona może przejść wiele następujących jeden po drugim przełomów w telefonicznych rozmowach z interwentem przed podjęciem decyzji o opuszczeniu maltretującego ją partnera, wydzwanając do ośrodka interwencyjnego nawet kilkanaście razy w ciągu kilku dni. Osoba taka następnie może udać się do schroniska dla ofiar przemocy tylko po to, by stwierdzić, że konieczność podjęcia decyzji o wyprowadzeniu się z domu lub poszukaniu pracy może wywołać kryzys prawie tak silny, jak ten spowodowany maltretowaniem).*



**\* Mogą one przebiegać bardzo dramatycznie (od stanu bierności do stanu gwałtownego pobudzenia.**

*Próby opanowania przełomu mogą przypominać czasem usiłowanie wyjścia na ruchliwą autostradę, żeby zatrzymać pojazdy .*

**\* Wchodząc w przełom transkryzysowy, doświadcza się tego samego poczucia dezorganizacji, zachwiania równowagi, które towarzyszyło pierwotnemu kryzysowi.**



**\*Stanowią i wyznaczają one ważne etapy pozytywnego rozwoju terapeutycznego.**

**\* Przesilenie to charakteryzuje pełne wahań podejście do szukania pomocy, podejmowania ryzyka, inicjowania działań posuwających sprawy do przodu.**

## LITERATURA

1. Badura-Madej, W. Dobrzyńska-Mesterhazy (2000). **Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia.** Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Branson, B.; Silva, P. (2007). **Powstrzymać przemoc domową.** Ustroń: Wydawnictwo Koinonia Chrześcijańskiej Fundacji „Życie i Misja”.
3. Browne, K. ; Herbert, M. (1999). **Zapobieganie przemocy w rodzinie.** Warszawa: PARPA.
4. Chave-Jones, M. (1993). **Jak sobie radzić z depresją.** Warszawa: wydawnictwo „Iskry”.

## LITERATURA

5. Dodziuk, A. (2001). **Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby.** Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
6. Dryden, W.; Gordon, J. (1996). **Jak pomóc sobie w miłości.** Warszawa: Wydawnictwo „Książka i Wiedza”.
7. Dutton, D.G.(2001). **Przemoc w rodzinie.** Warszawa: Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media.
8. Egan, G. (2001). **Twarzą w twarz.** Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
9. Egan, G. (2002). **Kompetentne pomaganie.** Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
10. Fengler, J. (2001). **Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej.** Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

## LITERATURA

11. Gautier, J.(2005). **Kryzys wieku średniego**. Poznań: Wydawnictwo W Drodze.
12. Greenstone, J.L.; Leviton, S.C. (2004). **Interwencja kryzysowa**. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
13. Hellsten, T. (2005). **Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików**. Łódź: Wydawnictwo „Ravi”.
14. Herbert, C. (2004). **Zrozumieć traumę. Poradnik dla osób, które doznały urazu i dla ich rodzin**. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
15. [James, R.K.; Gilliland, B.E. \(2008\). Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: PARPA.](#)
16. Jankowska, M.; Starzomska, M. (2011). **Kryzys: Pułapka czy szansa**. Kraków: Wydawnictwo Naukowe „Akapit”.



## LITERATURA

17. Jedliński, K. (1992). **Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję.** Warszawa: Wydawnictwo INTRA.
18. Johnson D.W. (1992). **Podaj dłoń.** Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.
19. Jones, c; Shillito-Clerke, C; Syme, G.; Hill.D; Casemore, R.; Murdin, L. (2005).
20. **Co wolno a czego nie wolno terapeutcie.** Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
21. Kottler, J.A. (2005). **Skuteczny terapeuta.** Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
22. Kubacka-Jasiecka, D.; Lipowska-Teutsch, A. (red.) (1997). **Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej.** Kraków: Wydawnictwo ALL.
23. Kast, V. (2001). **Kryzys jest szansą.** Kielce: Wydawnictwo Jedność.
24. Kubacka-Jasiecka, D.; Budyń, K. (2004). **Kryzys, Interwencja i Pomoc Psychologiczna.** Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

## LITERATURA

25. Kubacka-Jasiecka, (2010). **Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych.** Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i profesjonalne.
26. Marino, A. (1995). **Widziałem ciemne słońce.** Warszawa: Jacek Santorski & CO- Agencja Wydawnicza.
27. McConnel, P. (1996). **Po deszczu jest słońce. Poradnik terapeutyczny dla Dorosłych Dzieci Alkoholików.** Gdańsk: „Eko-Kapio” Wydawnictwo.
28. Mellibruda, J. (1986). **Ja-Ty-My. Psychologiczne możliwości ulepszenia kontaktów międzyludzkich.** Warszawa: Nasza Księgarnia.
29. Mellibruda, J. (1995). **Pułapka nie wybaczonej krzywdy.** Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
30. Oleś, P.K. (1995). **Kryzys „połowy życia” u mężczyzn. Psychologiczne badania empiryczne.** Lublin: KUL.
31. Oleś, P.K. (1997). **Połowa życia.** *Charaktery*, 2, 97.

## LITERATURA

32. Oleś, P.K. (2000). **Psychologia przełomu połowy życia**. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
33. Pilecka, B. (2004). **Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia**. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
34. Plzak, M. (1992). **Mażeńskie katastrofy**. Warszawa: Wydawnictwo LOOK.
35. Robinson, B.E; Rhoden, J.L. (2000). **Pomoc psychologiczna dla dorosłych dzieci alkoholików**. Warszawa: PARPA.
36. Rosellini, G.; Wordem, M. (1995). **Jutro wszędzie słońce. Jak przetrwać depresję**. Warszawa: Jacek Santorski & CO – Agencja Wydawnicza.
37. Rosenthal, N.E. (1995). **Zimowe smutki**. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
38. Ryś, M.(2007). **Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików**. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN

## LITERATURA

39. Schmierer, D. (2007). **Uleczenie zranień z przeszłości**. Ustroń: Wydawnictwo Koinonia Chrześcijańskiej Fundacji „Życie i Misja”.
40. Siek, S. (1989). **Walka ze stresem**. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
41. Siek, S. (1990). **Treningi relaksacyjne**. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
42. Sujak, E. (1988). **Poradnictwo małżeński i rodzinne**. Katowice: Księgarnia Św. Jacka.
43. Sztander, W. (1992). **Metoda interwencji w chorobie alkoholowej**. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.
44. Sztander, W. (1996). **Interwencja wobec osoby uzależnionej**. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.
45. Sztander, W. (1997). **Rozmowy, które pomagają**. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

## LITERATURA

46. Wegscheider-Cruse, S. (2000). **Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej.** Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP, s.145-159.
47. Wegscheider-Cruse, S. (2000). **Rekonstrukcja rodziny.** Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
48. Weiner J.B. (1977). **Zaburzenia psychiczne wieku dorastania.** Warszawa: PWN.
49. Wieja, A. (2000). **Jak skutecznie pomagać innym, część 5.** Ustroń: Wydawnictwo Koinonia Chrześcijańskiej Fundacji „Życie i Misja”.
50. Wieja, A.; Wieja, H. (2004). **Jak skutecznie pomagać innym, część 4.** Ustroń: Wydawnictwo Koinonia Chrześcijańskiej Fundacji „Życie i Misja”.
51. Woititz, J.G. (1994). **Dorośle Dzieci Alkoholików.** Warszawa: Instytut psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
52. Woydyłło, E. (1993). **Aby wybaczyć.** Warszawa: Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego.