

Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Ochrony Zdrowia

Jadwiga Piątek

## **Radzenie sobie z kryzysem po interwencji kryzysowej**

*Praca doktorska*

Promotor: Prof. dr hab. Jan Czesław Czabała

Pracę wykonano w Zakładzie Psychologii Zdrowia  
Kierownik jednostki: Dr hab. Marek Motyka

Kraków, 2007

„Praca naukowa finansowana ze środków Komitetu Badań Naukowych w latach 2004-2007 jako projekt badawczy”

<b>WSTĘP</b> .....	<b>8</b>
<b>I. POJĘCIE KRYZYSU</b> .....	<b>12</b>
I.1. PODSTAWOWE CECHY KRYZYSU .....	12
I.2. PRZEJAWY KRYZYSU.....	15
I.3. WYDARZENIA KRYTYCZNE I ICH NASTĘPSTWA.....	17
<b>II. ROZWÓJ INTERWENCJI KRYZYSOWEJ</b> .....	<b>20</b>
II. 1. POMOC PO SILNIE STRESUJĄCYCH WYDARZENIACH ŻYCIOWYCH .....	20
II. 2. ROZWÓJ PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ .....	21
II. 3. RUCH ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM .....	24
II. 4. WPLYW KONCEPCJI WYDARZEŃ ŻYCIOWYCH I STRESU .....	25
II. 5. ZNACZENIE TERAPII KRÓTKOTERMINOWYCH .....	26
II. 6. ROZKWIT INTERWENCJI KRYZYSOWEJ.....	27
II. 7. PERSPEKTYWY ROZWOJU INTERWENCJI KRYZYSOWEJ .....	29
II. 8. ROZWÓJ INTERWENCJI KRYZYSOWEJ W POLSCE.....	29
<b>III. CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI KRYZYSOWEJ</b> .....	<b>32</b>
III.1. DEFINICJA INTERWENCJI.....	32
III. 2. ZASADY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ .....	34
III. 2. 1. Intensywność i czas trwania.....	34
III. 2. 2. Dostępność.....	35
III. 2. 3. Koncentracja na problemach kryzysowych i ograniczanie celów .....	36
III. 2. 4. Znaczenie pierwszej rozmowy .....	37
III. 2. 5. Szybka diagnoza (assessment) .....	38
III. 2. 6. Odreagowanie emocjonalne .....	38
III. 2. 7. Wsparcie społeczne.....	39
III. 2. 8. Relacja terapeutyczna .....	40
III. 3. CECHY TERAPEUTY / INTERWENTA KRYZYSOWEGO.....	41
III. 3. 1. Aktywność .....	41
III. 3. 2. Elastyczność.....	41
III. 3. 3. Nadzieja i optymizm .....	42
III. 3. 4. Szczególne umiejętności .....	42
III. 3. 5. Walory osobowe interwentów.....	43
III. 4. DOBÓR KLIENTÓW DO INTERWENCJI .....	44
III. 5. RODZAJE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ .....	45
<b>IV. MODELE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ</b> .....	<b>47</b>
IV. 1. PRZEGLĄD MODELI INTERWENCJI .....	47
IV. 2. SIĘDMIOSTOPNIOWY MODEL INTERWENCJI ROBERTSA .....	50
<b>V. WSPÓŁCZESNA PRAKTYKA INTERWENCJI KRYZYSOWEJ</b> .....	<b>55</b>
V. 1. PRAKTYKA INTERWENCJI NA ŚWIECIE.....	55
V. 2. INTERWENCJA KRYZYSOWA W POLSCE WSPÓŁCZEŚNIE. ....	61
<b>VI. REZULTATY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ – PRZEGLĄD BADAŃ</b> .....	<b>63</b>
VI. 1. ZNACZENIE EWALUACJI INTERWENCJI – UWAGI OGÓLNE.....	63
VI. 2. PROBLEMY BADAŃ NAD INTERWENCJĄ KRYZYSOWĄ .....	65
VI. 2. 1. Brak koncepcji kryzysu .....	66
VI. 2. 2. Brak modelu interwencji kryzysowej i jej technik.....	67
VI. 2. 3. Trudności związane z pomiarem rezultatów .....	67
VI. 2. 4. Płynność populacji klientów kryzysowych.....	68
VI. 2. 5. Niejednorodność grupy klientów kryzysowych.....	69
VI. 2. 6. Trudność doboru grupy kontrolnej .....	69
VI. 2. 7. Utrudniony sposób zbierania danych.....	69
VI. 3. REZULTATY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ W ŚWIETLE DOTYCHCZASOWYCH BADAŃ.....	70
VI. 3. 1. Poprawa objawowa i poprawa funkcjonowania.....	71
VI. 3. 2. Zmniejszenie liczby zachowań samobójczych.....	74
VI. 3. 3. Unikanie hospitalizacji .....	75

VI. 3. 4. Rozwiązanie problemów kryzysowych.....	76
VI. 3. 5. Powrót do poprzedniego poziomu funkcjonowania.....	77
VI. 3. 6. Interwencja i osoby pomagające w ocenie klientów.....	77
VI. 3. 7. Niższe koszty interwencji.....	79
VI. 4. SKUTECZNOŚĆ RÓŻNYCH FORM INTERWENCJI KRYZYSOWEJ.....	79
<b>VII. BADANIA WŁASNE – ZAŁOŻENIA, CEL BADAŃ, NARZĘDZIA BADAWCZE, OPIS GRUPY</b>	<b>82</b>
VII. 1. WPROWADZENIE DO PROBLEMU BADAŃ.....	82
VII. 2. CEL BADAŃ, PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE.....	84
VII. 3. PRZEBIEG BADAŃ.....	86
VII. 4. ZMIENNE I ICH WSKAŹNIKI.....	88
VII. 4. 1. Zmienne zależne.....	88
VII. 4. 2. Zmienne niezależne związane z wydarzeniem krytycznym.....	90
VII. 4. 3. Zmienne niezależne związane z osobą korzystającą z interwencji.....	91
VII. 4. 4. Zmienne niezależne związane z interwencją.....	94
VII. 5. NARZĘDZIA BADAWCZE.....	96
VII. 6. OSOBY BADANE.....	100
VII. 6. 1. Płeć.....	100
VII. 6. 2. Wiek.....	101
VII. 6. 3. Wykształcenie.....	101
VII. 6. 4. Stan cywilny.....	102
VII. 6. 5. Praca/nauka.....	102
VII. 6. 6. Miejsce zamieszkania.....	103
VII. 6. 7. Liczba spotkań interwencyjnych.....	103
VII. 6. 8. Czas od zakończenia interwencji.....	105
VII. 6. 9. Metody analizy statystycznej.....	105
<b>VIII. WYNIKI BADAŃ.....</b>	<b>108</b>
VIII. 1. CHARAKTERYSTYKA KRYZYSU PRZEŻYWANEGO PRZEZ BADANYCH.....	108
VIII. 1. 1. Wydarzenie krytyczne.....	108
VIII. 1. 2. Czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji.....	110
VIII. 1. 3. Problemy wywołane przez wydarzenie krytyczne.....	112
VIII. 1. 4. Nasilenie kryzysu oceniane przez badanych.....	119
VIII. 1. 5. Spostrzegana reakcja otoczenia na kryzys.....	121
VIII. 2. ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH PO INTERWENCJI KRYZYSOWEJ.....	122
VIII. 2. 1. Stopień rozwiązania problemów kryzysowych.....	122
VIII. 2. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych a cechy wydarzenia krytycznego.....	125
VIII. 2. 2. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych a rodzaj wydarzenia krytycznego.....	126
VIII. 2. 2. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych a czas od wydarzenia do interwencji.....	128
VIII. 2. 2. 3. Rozwiązanie problemów kryzysowych a nasilenie kryzysu.....	129
VIII. 2. 3. Rozwiązanie problemów kryzysowych a właściwości indywidualne osób korzystających z interwencji.....	130
VIII. 2. 3. 1. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a style radzenia sobie.....	130
VIII. 2. 3. 2. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a poczucie koherencji.....	132
VIII. 2. 4. Rozwiązanie problemów kryzysowych a zmienne związane z cechami interwencji.....	134
VIII. 2. 4. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych a rodzaj uzyskanej pomocy.....	134
VIII. 2. 4. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych a liczba spotkań.....	138
VIII. 2. 4. 3. Rozwiązanie problemów kryzysowych a poziom zadowolenia z interwencji.....	140
VIII. 3. OPINIE BADANYCH NA TEMAT CZYNNIKÓW NAJBARDZIEJ POMOCNYCH W ROZWIĄZANIU PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	144
VIII. 4. OCENA RADZENIA SOBIE PO INTERWENCJI KRYZYSOWEJ.....	146
VIII. 4. 1. Ocena zmiany radzenia sobie.....	146
VIII. 4. 2. Radzenie sobie z wydarzeniami stresowymi po interwencji.....	148
VIII. 4. 2. 1. Wydarzenia stresowe po interwencji.....	148
VIII. 4. 2. 2. Wystąpienie kryzysu po interwencji.....	149
VIII. 4. 2. 3. Problemy kryzysu po interwencji.....	152
VIII. 4. 2. 4. Nasilenie kryzysu po interwencji.....	153
VIII. 4. 2. 5. Rozwiązanie problemów kryzysu po interwencji.....	155
VIII. 4. 3. Ocena radzenia sobie po interwencji a zmienne związane z wydarzeniem krytycznym.....	156
VIII. 4. 3. 1. Ocena radzenia sobie a rodzaj wydarzenia krytycznego.....	156
VIII. 4. 3. 2. Ocena radzenia sobie a czas od wydarzenia krytycznego do interwencji.....	158
VIII. 4. 3. 3. Ocena radzenia sobie a nasilenie kryzysu.....	158
VIII. 4. 4. Ocena radzenia sobie a właściwości indywidualne osób korzystających z interwencji.....	158
VIII. 4. 4. 1. Ocena radzenia sobie a style radzenia sobie.....	159

VIII. 4. 4. 2. Ocena radzenia sobie a poczucie koherencji.....	159
VIII. 4. 5. Ocena radzenia sobie a zmienne związane z interwencją.....	160
VIII. 4. 5. 1. Ocena radzenia sobie a uzyskana pomoc .....	160
VIII. 4. 5. 2. Ocena radzenia sobie a liczba spotkań interwencyjnych.....	161
VIII. 4. 5. 3. Ocena radzenia sobie a poziom zadowolenia z interwencji .....	161
VIII. 5. SPOSTRZEŻENIA BADANYCH DOTYCZĄCE ZMIAN W RADZENIU SOBIE PO INTERWENCJI .....	161
VIII. 6. CZAS OD ZAKOŃCZENIA INTERWENCJI A ZMIANY OBSERWOWANE PO INTERWENCJI: ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH, OCENA RADZENIA SOBIE, POZIOM ZADOWOLENIA Z INTERWENCJI, WYSTĄPIENIE KRYZYSU PO INTERWENCJI .....	164
VIII. 6. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych a czas od zakończenia interwencji .....	164
VIII. 6. 2. Ocena radzenia sobie a czas od zakończenia interwencji.....	165
VIII. 6. 3. Poziom zadowolenia z interwencji a czas od zakończenia interwencji .....	166
VIII. 6. 4. Czas od zakończenia interwencji a wystąpienie kryzysu po interwencji.....	166
VII. 7. WSPÓLZALEŻNOŚCI MIĘDZY PREDYKTORAMI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH (ZMIENNA ZALEŻNA NR 1) .....	166
VIII. 8. WSPÓLZALEŻNOŚCI MIĘDZY PREDYKTORAMI OCENY RADZENIA SOBIE (ZMIENNA ZALEŻNA NR 2) .....	169
VIII. 9. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ.....	171
VIII. 9. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych i ocena radzenia sobie po interwencji kryzysowej .....	171
VIII. 9. 2. Związki cech wydarzenia krytycznego z poziomem rozwiązania problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie .....	172
VIII. 9. 3. Związki stylów radzenia sobie i poczucia koherencji z rozwiązaniem problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie .....	173
VIII. 9. 4. Związki cech interwencji kryzysowej z rozwiązaniem problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie.....	174
VIII. 9. 5. Trwałość zmian obserwowanych po interwencji.....	174
<b>IX. DYSKUSJA WYNIKÓW.....</b>	<b>176</b>
IX. 1. KRYZYS W PERCEPCJI OSÓB BADANYCH .....	176
IX. 2. ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH PO INTERWENCJI KRYZYSOWEJ .....	179
IX. 3. ZNACZENIE STYLÓW RADZENIA SOBIE DLA ROZWIĄZYWANIA KRYZYSU .....	181
IX. 4. POZIOM POCZUCIA KOHERENCJI A RADZENIE SOBIE Z KRYZYSEM.....	183
IX. 5. INTERWENCJA KRYZYSOWA W ODBIORZE BADANYCH .....	185
IX. 6. ZADOWOLENIE Z INTERWENCJI.....	187
IX. 7. POPRAWA OCENY RADZENIA SOBIE PO INTERWENCJI.....	188
IX. 8. RADZENIE SOBIE PO INTERWENCJI Z WYDARZENIAMI STRESUJĄCYMI.....	189
IX. 9. TRWAŁOŚĆ REZULTATÓW INTERWENCJI.....	190
IX. 10. OGRANICZENIA INTERPRETACJI OTRZYMANYCH WYNIKÓW .....	191
IX. 10. 1. Dobór grupy badanej .....	191
IX. 10. 2. Brak grupy kontrolnej.....	192
IX. 10. 3. Mało precyzyjne kryterium kryzysu i interwencji .....	192
IX. 10. 4. Ewaluacja z perspektywy klientów .....	192
IX. 11. DŁUGOTERMINOWE REZULTATY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ.....	193
<b>STRESZCZENIE .....</b>	<b>196</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>198</b>
<b>LITERATURA CYTOWANA .....</b>	<b>200</b>
<b>ANEKS .....</b>	<b>216</b>
SZCZEGÓŁOWE TABELY STATYSTYCZNE.....	216
NARZĘDZIA .....	228
1. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS .....	228
2. Kwestionariusz Oceny Rozwiązania Kryzysu .....	231
3. Kwestionariusz Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8).....	236
4. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) .....	237
<b>SPIS TABEL</b>	
TABELA 1. MODELE INTERWENCJI .....	48
TABELA 2. PŁEĆ BADANYCH .....	100
TABELA 3. WIEK BADANYCH .....	101
TABELA 4. WYKSZTAŁCENIE BADANYCH.....	101
TABELA 5. STAN CYWILNY W BADANEJ GRUPIE .....	102
TABELA 6. PRACA/NAUKA WŚRÓD OSÓB BADANYCH .....	102

TABELA 7. MIEJSCE ZAMIESZKANIA.....	103
TABELA 8. LICZBA SPOTKAŃ INTERWENCYJNYCH.....	104
TABELA 9. CZAS OD ZAKOŃCZENIA INTERWENCJI.....	105
TABELA 10. RODZAJ WYDARZENIE KRYTYCZNEGO.....	108
TABELA 11. RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO A PLEĆ.....	109
TABELA 12. RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO A WIEK.....	109
TABELA 13. CZAS OD WYDARZENIA KRYTYCZNEGO DO ROZPOCZĘCIA INTERWENCJI.....	111
TABELA 14. CZAS OD WYDARZENIA DO ROZPOCZĘCIA INTERWENCJI A RODZAJ WYDARZENIA.....	111
TABELA 15. CZĘSTOŚĆ WYBORU LICZBY PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	112
TABELA 16. CZĘSTOŚĆ WYBORU POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	114
TABELA 17. PROBLEMY KRYZYSOWE A RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO.....	116
TABELA 18. MACIERZ STRUKTURY CZYNNIKÓW DLA PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH (KORELACJI ZMIENNEJ I CZYNNIKÓW).....	118
TABELA 19. OCENA NASILENIA KRYZYSU.....	119
TABELA 20. NASILENIE KRYZYSU A PROBLEMY KRYZYSOWE.....	120
TABELA 21. SPOSTRZEGANA REAKCJA OTOCZENIA NA KRYZYS.....	121
TABELA 22. ŚREDNIE ROZWIĄZAŃ DLA GRUP PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	123
TABELA 23. ŚREDNIE ROZWIĄZAŃ POSZCZEGÓLNYCH PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	124
TABELA 24. RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO A ŚREDNIE ROZWIĄZANIE Pr.I. - PRZEKONANIE O SWOJEJ BEZWARTOŚCIOWOŚCI.....	126
TABELA 25. RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO A ŚREDNIE ROZWIĄZANIA Pr.O - UTRATA SENSU ŻYCIA..	127
TABELA 26. ROZWIĄZANIE Pr.P - ZAŁAMANIE PRZEKONAŃ NA TEMAT LUDZI I ŚWIATA A CZAS OD WYDARZENIA DO INTERWENCJI.....	128
TABELA 27. ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH A STYLE RADZENIA SOBIE – TABELA KORELACJI...	131
TABELA 28. ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH A POCZUCIE KOHERENCJI – TABELA KORELACJI	133
TABELA 29. RODZAJ UZYSKANEJ POMOCY W CZASIE INTERWENCJI.....	135
TABELA 30. MACIERZ STRUKTURY CZYNNIKÓW DLA FORM UZYSKANEJ POMOCY.....	136
TABELA 31. ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH A UZYSKANA POMOC.....	137
TABELA 32. ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH A LICZBA SPOTKAŃ – TABELA KORELACJI.....	139
TABELA 33. LICZBA SPOTKAŃ A UZYSKANA POMOC – TABELA KORELACJI.....	140
TABELA 34. POZIOM ZADOWOLENIA Z INTERWENCJI.....	141
TABELA 35. ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH A POZIOM ZADOWOLENIA Z INTERWENCJI – TABELA KORELACJI.....	143
TABELA 36. ZADOWOLENIE Z INTERWENCJI A UZYSKANA POMOC- TABELA KORELACJI.....	144
TABELA 37. CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE POMOCNE W ROZWIĄZANIU KRYZYSU.....	145
TABELA 38. OCENA RADZENIA SOBIE.....	147
TABELA 39. STRESOWE WYDARZENIA PRZEŻYTE PRZEZ BADANYCH PRZED I PO INTERWENCJI.....	148
TABELA 40. STYLE RADZENIA SOBIE I POCZUCIE KOHERENCJI A WYSTĄPIENIE KRYZYSU PO INTERWENCJI....	151
TABELA 41. PROBLEMY KRYZYSU PO INTERWENCJI.....	152
TABELA 42. OCENA NASILENIA KRYZYSU PO INTERWENCJI.....	153
TABELA 43. ŚREDNIE STOPNIA ROZWIĄZANIA PROBLEMÓW KRYZYSU PO INTERWENCJI.....	155
TABELA 44. OCENA RADZENIA SOBIE A RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO.....	157
TABELA 45. OCENA RADZENIA SOBIE A CZAS OD WYDARZENIA DO INTERWENCJI.....	158
TABELA 46. OCENA RADZENIA SOBIE A STYLE RADZENIA SOBIE- TABELA KORELACJI.....	159
TABELA 47. OCENA RADZENIA SOBIE A POCZUCIE KOHERENCJI – TABELA KORELACJI.....	159
TABELA 48. OCENA RADZENIA SOBIE A UZYSKANA POMOC – TABELA KORELACJI.....	160
TABELA 49. NAJCZĘŚCIEJ ZAUWAŻONE PRZEZ BADANYCH ZMIANY PO INTERWENCJI.....	162
TABELA 50. ROZWIĄZANIE PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH A CZAS OD ZAKOŃCZENIA INTERWENCJI – TABELA KORELACJI.....	165
TABELA 51. STATYSTYKI DLA PREDYKTORÓW UZYSKANYCH W KOŃCOWYM RÓWNANIU REGRESJI.....	167
TABELA 52. STATYSTYKI DLA PREDYKTORÓW UZYSKANYCH W KOŃCOWYM RÓWNANIU REGRESJI.....	169

## SPIS RYSUNKÓW

RYSUNEK 1. LICZBA SPOTKAŃ INTERWENCYJNYCH.....	104
RYSUNEK 2. RODZAJ WYDARZENIA A ŚREDNIE WIEKU BADANYCH.....	110
RYSUNEK 3. CZĘSTOŚĆ WYBORU LICZBY PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	113
RYSUNEK 4. CZĘSTOŚĆ WYBORU RODZAJU PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	114
RYSUNEK 5. NASILENIE KRYZYSU A REAKCJA OTOCZENIA NA KRYZYS.....	122
RYSUNEK 6. ŚREDNIE ROZWIĄZAŃ DLA GRUP PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	123
RYSUNEK 7. ŚREDNIE ROZWIĄZAŃ POSZCZEGÓLNYCH PROBLEMÓW KRYZYSOWYCH.....	125

RYSUNEK 8. RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO A ŚREDNIE ROZWIĄZANIE PR.I .....	126
RYSUNEK 9. RODZAJ WYDARZENIA KRYTYCZNEGO A ŚREDNIA ROZWIĄZANIA PR.O – UTRATA SENSU ŻYCIA	127
RYSUNEK 10. ŚREDNIA ROZWIĄZANIA PROBLEMU PR.P A CZAS OD WYDARZENIA KRYTYCZNEGO DO ROZPOCZĘCIA INTERWENCJI .....	129
RYSUNEK 11. RODZAJ UZYSKANEJ POMOCY PODCZAS INTERWENCJI .....	135
RYSUNEK 12. POZIOM ZADOWOLENIA Z INTERWENCJI.....	142
RYSUNEK 13. LICZEBNOŚĆ POSZCZEGÓLNYCH OCEN RADZENIA SOBIE.....	147
RYSUNEK 14. ŚREDNIE POCZUCIE KOHERENCJI W ZALEŻNOŚCI OD KRYZYSU.....	151
RYSUNEK 15. OCENA NASILENIA PIERWSZEGO KRYZYSU I KRYZYSU PO INTERWENCJI .....	153
RYSUNEK 16. ŚREDNIA OCENA RADZENIA SOBIE A RODZAJ WYDARZENIA .....	157
SCHEMAT 1. POZIOM FUNKCJONOWANIA PO ROZWIĄZANIU KRYZYSU .....	14

## Wstęp

Każdego roku w USA 1,5 miliona osób w ostrym kryzysie poszukuje pomocy w centrach kryzysowych lub przez telefon (Roberts, 1995). Z innych danych amerykańskich wynika, że w latach 70-tych ośrodki zapobiegania samobójstwom łącznie wyświadczyły pomoc około 12 milionom osób (Bonnesom i Hartsough, 1987). W Polsce interwencja kryzysowa zostaje na mocy ustawy z 1998 r. wprowadzona na szczeblu powiatów jako model profesjonalnej pomocy dla osób w kryzysach. Powstają nowe ośrodki interwencji kryzysowej, co nie pozostaje bez związku z przeżyciem powodzi, która dotknęła tragicznie niektóre regiony naszego kraju. Po wydarzeniach 11 września 2001 r. w USA zrewidowano i uwspółcześniono utrwalone tam już od ponad 30-tu lat procedury interwencyjne tak, by bardziej odpowiadały nowym wyzwaniom.

Te i inne przykłady pokazują, że niewątpliwie zastosowanie interwencji kryzysowej, i to w skali całego świata, jest powszechne i stale rosnące. Źródłem takiego stanu rzeczy na pewno można się dopatrywać w krótkoterminowości tej metody, której to cechy oczekują nie tylko decydenci, ale – co ważniejsze - sami pacjenci i klienci. Popularność krótkoterminowych form pomocy rośnie także wśród profesjonalistów. Ankietowanych 40 psychoterapeutów, autorytetów w swojej dziedzinie, przewiduje przyszłość rozwoju psychoterapii właśnie w jej krótko trwających formach, w psychoedukacji i interwencji kryzysowej (Czabała, 1997).

Interwencja kryzysowa jest, najogólniej biorąc, metodą doraźnej i krótkotrwałej pomocy psychologicznej, udzielanej osobom które – na skutek trudnych wydarzeń życiowych – utraciły możliwość skutecznego radzenia sobie z powstałą sytuacją. Efektami interwencji, adekwatnie dostosowanej do rozpoznania sytuacji kryzysowej, mogą się stać: usunięcie bądź zmniejszenie dolegliwych objawów przeżywanego kryzysu, uniknięcie hospitalizacji, odzyskanie możliwości samodzielnego pokonywania trudów kryzysu, przywrócenie zachwianej po dramatycznym zdarzeniu równowagi psychicznej czy rozwiązanie kryzysu (Aguilera, 1994, 1998; Badura-Madej, 1996; Caplan i Grunebaum, 1967; Echterling, Presbury i Mckee, 2005; Kubacka-Jasiecka, 2004, 2005; Malan, 1976; Rapoport, 1970; Roberts, 1991; Slaikeu, 1990).

Uważa się, że pomimo nastawienia na doraźne cele, interwencja winna wykorzystywać potencjał szansy, tkwiący w samym kryzysie i sprawiający, że człowiek przeżywający go jest o wiele bardziej gotowy na wprowadzanie zmian niż w jakiegokolwiek innej sytuacji (Bloom, 1963; Rapoport, 1970; Roberts, 1990; Smith, 1978). Ta właściwość



kryzysu sprawia, że w interwencji możliwe jest osiągnięcie dalej idących przemian niż tylko tych, określanych celami krótkoterminowymi. I tak, za rezultaty długoterminowe przyjmuje się nie tylko rozwiązanie problemów kryzysu, ale także dalszy rozwój (Echterling i in, 2005; Hoff, 1989; Slaikeu, 1990), umiejętność radzenia sobie z innymi sytuacjami kryzysowymi w przyszłości (Dziegielewski i Roberts, 1995; Parad H.J. i Parad, 1991), a nawet znaczące zmiany w osobowości (Rapoport, 1970) i długotrwałe przystosowanie emocjonalne i społeczne (Auerbach i Kilmann, 1977).

Weryfikacja osiągnięcia celów krótko- i długoterminowych w wyniku interwencji jest częścią szerszego nurtu badań nad psychoterapią i jako taka boryka się z podobnymi problemami, jak badanie skuteczności psychoterapii (Czabała, 199; Rakowska, 2005; Smith, 1978; Sperry, Brill, Howard i Grissom, 1996), a także problemami specyficznymi tylko dla niej, jak: płynność i niejednorodność populacji klientów kryzysowych, trudność doboru grupy kontrolnej i sposobu zbierania danych (Auerbach, 1983; Butcher i Koss, 1990; Cohen i Nelson, 1983; Weishaar, 2004).

Szacuje się, że u 60-85% osób korzystających z interwencji kryzysowej obserwuje się poprawę (Bongar i Butler, 1995; Butcher i Koss, 1990; Ryan i Schuerman, 2004), a 76% z nich jest zadowolonych z uzyskanej pomocy (France, 1996). O ile zatem generalnej skuteczności interwencji kryzysowej nikt nie kwestionuje, o tyle trudno oprzeć się wrażeniu, że poznawcze konsekwencje rozwijającej się globalnie praktyki są niewspółmierne do skali zastosowań.

Wielu autorów daje wyraz obawom wynikającym z deficytu naukowo uzasadnionych twierdzeń o rezultatach interwencji kryzysowej (Auerbach i Kilmann, 1977; Caplan i Grunebaum, 1967; Dziegielewski i Roberts, 2004; Roberts i Everly, 2006). Założona krótkotrwałość kontaktu interwencyjnego, częste przerywanie interwencji przez klientów, dynamika zmian stanu psychicznego u osób w kryzysie sprawia, że trudne, a czasem niemożliwe jest obserwowanie efektów oddziaływań przez pomagającego i korygowanie ewentualnych błędów. Specyfika kontaktu pomiędzy interwentem a jego pacjentem/klientem, często ograniczona do jednego spotkania, nierzadko w sytuacjach nie sprzyjających dokumentowaniu przyczyn i przebiegu akcji interwencyjnej, również generuje trudności badawcze. Z tych względów zgromadzenie materiału empirycznego jest trudne, a osiągnięcie zgodnych z życzeniem badacza standardów metodologicznych – z reguły niemożliwe.

Dlatego w ostatnich latach coraz większy nacisk kładzie się na ewaluację; badane są rezultaty interwencji i czynniki zwiększające jej skuteczność oraz ich związek z

procesem interwencji (Camasso, 2004; Dziegielewski i Roberts, 2004; Reisch, Schlatter i Tschacher, 1999; Roberts, 2005).

Inspiracją do badań autorki, zajmującej się praktycznie interwencją kryzysową od kilkunastu lat, była potrzeba sprawdzenia jej długoterminowych celów, które w literaturze często bywają opisywane, ale uzasadnienie ich wniosków nie znalazło, jak dotąd, odzwierciedlenia w obfitym dorobku badawczym. Formułowane zazwyczaj bardzo ogólnie nie ułatwiają operacjonalizacji i wyboru sposobów analizy, a przecież z wielu informacji zwrotnych od klientów i innych praktyków wiadomo o wpływie interwencji na poważniejsze i dłużej trwające zmiany w życiu osób, które z niej korzystały.

Analiza raportów z różnych badań rodzi przede wszystkim wiele pytań dotyczących rezultatów interwencji i wyznacza programy dalszych badań. Jakie czynniki wpływają na rezultat interwencji kryzysowej i jak są ze sobą powiązane? Jaka jest rola rodzaju wydarzenia krytycznego, jaka indywidualnego stylu radzenia sobie przez klienta, jaka innych cech jego osobowości? Które oddziaływania pomagającego, włączane w proces interwencji, są najważniejsze? Czy i jak wynik interwencji powiązany jest z zadowoleniem jej odbiorcy? Próba uzyskania odpowiedzi na te pytania była kolejną przesłanką podjęcia pracy.

Na gruncie polskim brakuje w szczególności takich badań, bo interwencja w formie instytucjonalnej liczy sobie dopiero 16 lat. W 1991 r. powstał w Krakowie pierwszy w kraju Ośrodek Interwencji Kryzysowej, który do dziś służy przez całą dobę pomocą ludziom w kryzysach.

Do badań autorskich wybrano dwa rezultaty uznawane za długoterminowe: rozwiązanie kryzysu i poprawa radzenia sobie z kolejnymi wydarzeniami krytycznymi. Badano powiązania tych rezultatów z charakterystyką wydarzenia krytycznego, właściwościami indywidualnymi osób w kryzysie, cechami interwencji i zadowoleniem ze skorzystania z niej.

Struktura dysertacji jest następująca.

Rozdział I poświęcony został analizie pojęcia kryzysu. Autorka przyjęła Caplanowski sposób ujęcia tego zjawiska, rozumiejąc kryzys jako przemijający stan, w którym – jak już wspomniano – osoba po przeżytych wydarzeniu krytycznym, mimo podejmowanych prób, traci możliwość skutecznego radzenia sobie z zaistniałą sytuacją.

Rozdział II zawiera omówienie genezy i rozwoju interwencji kryzysowej, a rozdział III obejmuje jej charakterystykę, zasady prowadzenia, cele i środki ich osiągnięcia. Omówiona jest także istota relacji terapeutycznej i charakterystyka terapeuty/interwenta.

Rozdział IV jest próbą przedstawienia i analizy modeli interwencji kryzysowej, zaś rozdział następny zawiera omówienie współczesnej praktyki interwencyjnej. Rozdział VI, zamykający teoretyczną część pracy, jest przeglądem dotychczasowych badań nad rezultatami interwencji kryzysowej.

Druga część dysertacji poświęcona jest przedstawieniu badań, zrealizowanych przez autorkę. Odsyłając zainteresowanego Czytelnika do dalszych rozdziałów, w których znajdzie szczegóły dotyczące problemów badawczych, postawionych hipotez, wykorzystanych narzędzi, uzyskanych wyników i ich interpretacji, tu warto powiedzieć, że badaniami objęto grupę 191 osób, które w latach 2001 – 2004 korzystały z pomocy w Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Krakowie.

\*\*\*

Autorka serdecznie dziękuje promotorowi pracy, Panu Profesorowi Janowi Czesławowi Czabale, za życzliwość i pomoc w przygotowaniu pracy.

Szczególne słowa wdzięczności należą się Dr Wandzie Badurze-Madej, Dyrektorowi krakowskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej, za umożliwienie przeprowadzenia badań i wszechstronną pomoc udzieloną autorce w czasie przygotowywania pracy.

Pani Dr Wandzie Badurze-Madej i Pani Dr Elżbiecie Leśniak autorka pragnie ponadto wyrazić wdzięczność za zaszczyt ciągłego uczenia się od nich wrażliwości na ludzkie borykanie się z kryzysami i przeciwdziałanie bezradności w ich obliczu.

Adresatami prośby o przyjęcie słów podziękowania za życzliwość i prawdziwe wsparcie są także Koleżanki i Koledzy autorki z krakowskiego OIK.

# I. Pojęcie kryzysu

## I.1. Podstawowe cechy kryzysu

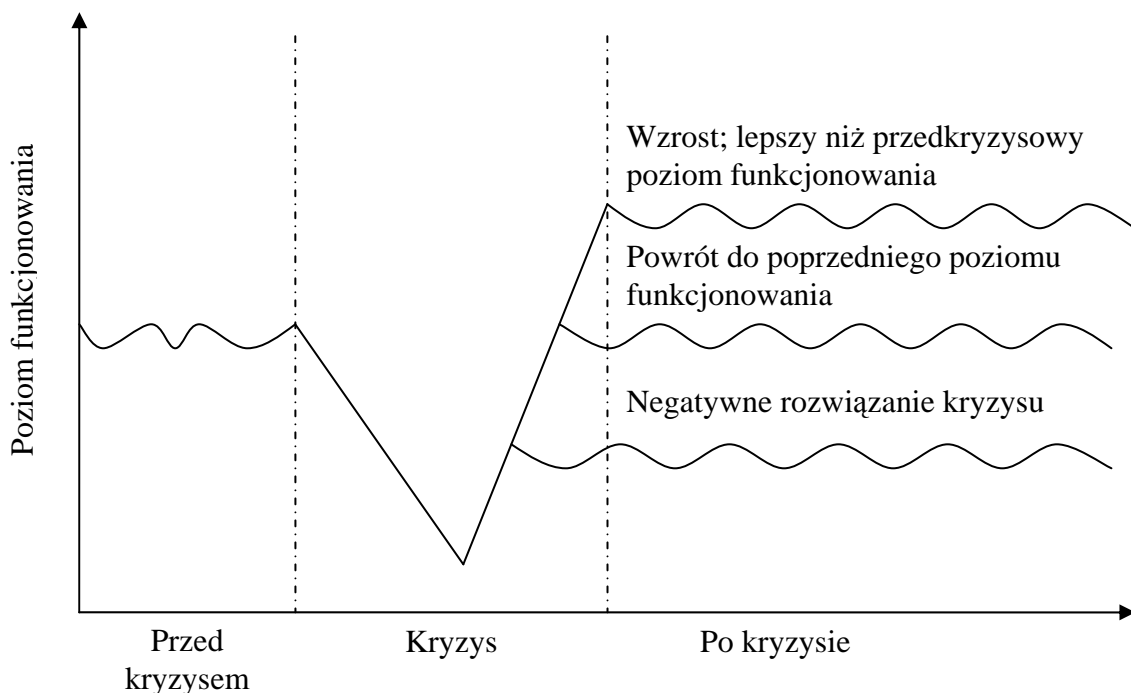
Termin „kryzys” znany jest co najmniej od czasów Hipokratesa, który stosował tę nazwę dla oznaczenia nagłego załamania stanu zdrowia w przeciwieństwie do „lysis”, określającego proces przebiegający powoli i stopniowo (Eysenck, Arnold i Meili, 1972). Współczesne, spójne psychologiczne koncepcje kryzysu pojawiły się dopiero w XX wieku, jako następstwo obserwacji poważnych i długotrwałych zmian psychologicznego funkcjonowania u osób przeżywających wcześniej silnie stresujące wydarzenia. Tych zaś w pierwszej połowie ubiegłego stulecia nie brakowało, by wspomnieć dwie wojny światowe i Holocaust.

Twórcy innych koncepcji dostrzegając niewątpliwą dotkliwość przeżywania kryzysu przypisywali mu rozwojowy charakter i skłonni byli uznać, że utrzymanie zdrowia psychicznego zależy wprost od zdolności człowieka do pomyślnego rozwiązania kryzysów życiowych. Ten zaś pogląd łatwo już doprowadził do oczywistego wniosku, że wspomaganie ludzi w ich radzeniu sobie z kryzysem istotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych (Bloom, 1963; Caplan i Grunebaum, 1967).

Źródeł konceptu kryzysu psychologicznego poszukuje się na gruncie: psychoanalizy (Jacobson, 1974; Aguilera, 1994), psychologii ego, psychiatrii środowiskowej (Aguilera, 1994; Hoff, 1989)), psychiatrii wojskowej, prewencyjnej, socjologii, ruchów feministycznych i badań międzykulturowych (Hoff, 1989), psychologii społecznej i rozwojowej (Sęk, 1993), teorii uczenia się i pracy socjalnej (Jacobson, 1974; Roberts, 1991).

Jednak za klasyczną uważana jest pochodząca z lat 60-tych XX wieku koncepcja kryzysu Geralda Caplana, amerykańskiego psychiatry, który włączył pojęcie homeostazy do wyjaśniania zachowania ludzi w przełomowych momentach życiowych, jak podczas emigracji, choroby, przedwczesnego porodu, itp.. Według Caplana kryzys pojawia się gdy „człowiek napotyka przeszkody w realizacji ważnych celów życiowych i nie może ich pokonać dotychczasowymi metodami rozwiązywania problemów” (Parad i Caplan, 1971. s.56). Odnosi się do emocjonalnej reakcji człowieka, ale nie jest stanem patologicznym, a raczej walką o odzyskanie równowagi i przystosowanie w obliczu trudności w tym momencie nierozwiązywalnych.

Caplan charakteryzował kryzys jako okres, składający się z czterech kolejno następujących po sobie faz (Caplan, 1981; Jacobson, 1974; Smith, 1978). W fazie pierwszej dochodzi do wzrostu napięcia i niepokoju związanych z wystąpieniem wydarzenia stresującego oraz uruchomieniem zachowań zaradczych. W drugiej fazie napięcie emocjonalne i niepokój nasilają się jako skutek problemów wywołanych przez wydarzenie stresujące i nieskuteczności zmobilizowanych strategii zaradczych. Rozwija się zatem trzecia faza, w której napięcie staje się ekstremalne, niepokój zmienia się w lęk, emocje eskalują, a znane i uruchomione sposoby zaradcze wyczerpują się. Problemy wywołane przez kryzys są w dalszym ciągu nierozwiązane, a człowiek staje w obliczu własnej bezradności. Jeśli w tym momencie pojawią się nowe sposoby radzenia sobie – kryzys zostanie rozwiązany: nastąpi powrót do przedkryzysowego poziomu funkcjonowania lub dojdzie do poprawy, wzrostu, polepszenia jakości życia. Jeśli jednak nowe strategie nie pojawią się lub - wprawdzie zastosowane - okażą się znów nieskuteczne, następuje czwarta faza kryzysu, w której poziom funkcjonowania pogorszy się, może dojść do impulsywnych zachowań, działań autoagresywnych lub agresywnych, rozwoju zaburzeń psychicznych. W tej sytuacji kryzys z natury samoograniczający się w czasie zakończy się również, napięcie i emocje po pewnym czasie opadną, ale nie nastąpi jego pozytywne rozwiązanie. Cały ten proces trwa według Caplana od 4 do 8 tygodni. Skutkiem negatywnego rozwiązania będzie stałe funkcjonowanie na obniżonym w stosunku do poprzedniego poziomie (Echterling, Presbury i McKee, 2005) określane mianem „kryzysu chronicznego” (Badura-Madej, 1996) lub „stanu transkryzysowego” (James i Gilliland, 2005).



**Schemat 1. Poziom funkcjonowania po rozwiązaniu kryzysu**

Właściwość kryzysu polegająca na rozstrzygnięciu pomiędzy pozytywnym a negatywnym rozwiązaniem jest przyczynkiem do uznawania go za punkt zwrotny zakłócenia homeostazy (Caplan i Grunebaum, 1967; Hobbs, 1984; Jacobson, 1974; Renshaw, 1989; Smith, 1978). W języku greckim, z którego pochodzi, słowo *krisis* oznacza właśnie decyzję lub punkt zwrotny, podobnie w chińskim, gdzie symbol kryzysu składa się z 2 ideogramów reprezentujących jednocześnie: zagrożenie i szansę.

Człowiek w kryzysie jest podatny na emocjonalne zranienie, załamanie, dezintegrację, ale jednocześnie cechuje go zwiększona gotowość do zmiany (Bloom, 1963; Roberts, 1990; Smith, 1978). Z tego też powodu podkreśla się znaczenie szybkiego udzielenia mu pomocy: „Niewielka pomoc właściwie ukierunkowana i dostarczona w odpowiednim momencie jest bardziej skuteczna niż bardziej wyspecjalizowana pomoc dostępna w okresie mniejszej emocjonalnej podatności” (Rapoport, 1970, s.287).

Profesjoniści zgadzają się na wyróżnienie następujących kryteriów rozpoznawania kryzysu (Roberts, 2005):

1. spostrzeżenie wydarzenia życiowego jako znaczącego i zagrażającego,
2. niemożność modyfikowania lub zmniejszania skutków wydarzenia krytycznego za pomocą tradycyjnych sposobów radzenia sobie,
3. doświadczanie wzrastającego napięcia, leku i pomieszania,
4. widoczny silny subiektywny dyskomfort,

5. nagłe pojawienie się stanu braku równowagi.

## I.2. Przejawy kryzysu

Stan kryzysu znamionują: pobudzenie i napięcie, lęk, gniew, niepewność, zmieszanie, poczucie winy, których efektem może być podejmowanie impulsywnych rozwiązań mających zakończyć zamęt i chaos. Stan ten zagraża integralności człowieka i jego tożsamości (Kubacka-Jasiecka, 2005). W tym też sensie kryzys wymaga natychmiastowych rozstrzygnięć i rozwiązań (Badura-Madej, 1996 a; Kubacka- Jasiecka, 2005).

Z. Płużek (1997) wymienia następujące objawy ostrego kryzysu:

1. poczucie zmęczenia i wyczerpania fizycznego nieadekwatne do wykonywanej pracy,
2. liczne fizyczne symptomy zmęczenia i skargi somatyczne na różne dolegliwości,
3. poczucie „zamętu”, bezradności i beznadziejności,
4. niepokój i lęk, tendencje samobójcze,
5. dezorganizacja funkcjonowania w pracy, w rodzinie i otoczeniu społecznym, nieumiejętność funkcjonowania w grupie.

Kryzys może przejawiać się na wielu płaszczyznach życia, szczególnie: emocjonalnej, biofizjologicznej, poznawczej, behawioralnej (Kubacka-Jasiecka, 1997).

Slaikeu (1990) zaproponował do opisu reakcji kryzysowej pewien model (mnemotechnicznie określony terminem BASICS) zawierający możliwe zmiany funkcjonowania osoby w różnych sferach.

- **Zachowanie (Behavioral)**

W pierwszej reakcji na wydarzenie krytyczne pojawia się płacz, zachowania unikowe, zaprzeczanie lub konfrontowanie z zagrożeniem. Możliwa jest dezorganizacja zachowania aż do całkowitego znieruchomienia. W miarę upływu czasu pojawia się niemożność lub trudności wypełniania codziennych obowiązków, absencja w pracy, niższa skuteczność w spełnianiu zadań zawodowych. Typowa jest koncentracja na krytycznym wydarzeniu – na przykład wielokrotne o nim opowiadanie - przy jednoczesnym małym zaangażowaniu w tok aktualnych spraw, aż do całkowitego braku zainteresowania teraźniejszością.

- Sfera emocjonalna (**Affective**)

Kryzys charakteryzuje się intensywnymi, negatywnymi emocjami: lękiem, obawami, niepokojem, złością, urazą, wściekłością, frustracją. Uważa się, że każdy kryzys zawiera w sobie jakiś rodzaj straty (osoby, zdrowia, sensu życia, itp.) stąd uczucia smutku, beznadziejności, bezradności, wstydu, depresji. Ostatnie badania donoszą o obecności w kryzysie także pozytywnych emocji jednocześnie z tymi bolesnymi: odwagi, nadziei, współczucia, ulgi, radości (Echterling i in., 2005, s.14).

- Sfera fizyczna (**Somatic**)

Bez względu na to, czy wydarzenie krytyczne spowodowało bezpośrednio szkody zdrowotne, jak na przykład wypadek komunikacyjny czy choroba, w każdym kryzysie pojawiają się reaktywne symptomy fizyczne: napięcie mięśniowe, bóle głowy, brzucha, nudności, problemy ze snem i jedzeniem, poczucie osłabienia sił i zmęczenia. Wzrasta ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych jako efekt poszukiwania ulgi od cierpienia i stresu. Może zmniejszać się skuteczność układu odpornościowego, a przez to zwiększać podatność na zachorowania. Z drugiej strony mobilizacja sił organizmu w stresie nierzadko umożliwia krótkotrwałe działania zadziwiająco wytrzymałością, czy ujawnieniem rezerwy energetycznej, które byłyby niemożliwe w innej sytuacji.

- Sfera interpersonalna (**Interpersonal**)

Po zdarzeniu krytycznym może pojawić się silna potrzeba dzielenia się swoimi przeżyciami z innymi, nawet obcymi osobami. Osoby w kryzysie zwracają się o radę do innych, poszukują wsparcia, pomocy w znalezieniu sensu w chaosie, jaki przeżywają. Część osób w kryzysie z kolei izoluje się, unika kontaktów, a nawet zrywa je na dłuższy czas. Osłabiają się więzi małżeńskie, rodzinne, przyjacielskie. Zwiększona drażliwość i podatność na zranienie przyczynia się do wyczulenia na opinie innych, doszukiwania się w nich złych intencji, zaniku zaufania. Nierzadko dochodzi do powstawania nieprzystosowawczych nastawień do określonych grup społecznych lub ludzi w ogóle.

- Sfera poznawcza (**Cognitive**)

We wczesnym okresie po wydarzeniu krytycznym charakterystyczny jest sprzeciw wobec tego, co się stało, zaprzeczanie, dezorientacja, niedowierzanie, poczucie nierealności z naprzemiennym nagłym uświadomieniem tego, co się stało. Powoli zaprzeczanie mija,



zaistniałe fakty nie budzą wątpliwości, choć nadal sposób myślenia nie jest jasny. Może dojść do typowej fiksacji na problemach kryzysowych połączonej z odreagowywaniem przeżyć, poszukiwaniem przyczyn, samoobwinianiem lub obwinianiem innych o zaistniały stan. Jednocześnie podejmowane są próby (często chaotyczne) rozwiązywania problemów wywołanych przez wydarzenie krytyczne, konfrontowanie się z rzeczywistością i wyobrażeniami o przyszłości. W kryzysie mamy do czynienia z „ogromnymi siłami, które niszczą nasze poczucie bezpieczeństwa, nadwerężają nasze systemy obronne” (Echterling i in 2005, s.15), ale także z potencjałem skutecznego zmagania się z trudnościami pozwalającym na odzyskanie poczucia kontroli nad swoim życiem.

- Sfera duchowa (Spiritual)

Osoby w kryzysie muszą borykać się również z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie: „dlaczego mnie to spotkało”, z nadawaniem znaczenia swojemu cierpieniu, a nawet z odbudowywaniem zniszczonego sensu życia. Kryzys może kwestionować dotychczas przejawiane postawy, oceny dotyczące siebie, innych ludzi, świata („dlaczego złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom”). U części osób kryzys prowadzi do zwątpienia w wyznawane wcześniej wartości, a nawet do przemiany religijnej zarówno w formie porzucenia dotychczasowych przekonań, jak i uzyskania wiary.

### **I.3. Wydarzenia krytyczne i ich następstwa**

Kryzys jest reakcją na wydarzenie życiowe, zwane też stresującym wydarzeniem życiowym (Caplan, 1981), wydarzeniem krytycznym (Badura-Madej, 1996; Sęk, 1993), wydarzeniem zagrażającym – ang. *hazardous event* (Rapoport, 1970; Roberts, 1990, 2005), wydarzeniem poprzedzającym – ang. *precipitating event* (Bloom, 1963), wydarzeniem traumatycznym (Echterling i in., 2005). Zdaniem H. Sęka (1993) wydarzenie krytyczne wyodrębniające się z toku codzienności poprzez swoje emocjonalne znaczenie zakłóca funkcjonowanie człowieka i wymusza istotną zmianę w mechanizmach radzenia sobie. Ta właśnie konieczność dokonania zmian w zachowaniu i życiu przesądza o jego „krytycznym” (zwrotnym) charakterze.

Dla oszacowania następstw wydarzeń krytycznych użyteczna jest koncepcja R. Myera (2001), oparta na hierarchii potrzeb Masłowa, według której zaspokojenie potrzeb w niższym poziomie (np. fizycznych) umożliwia realizację potrzeb mieszczących się wyżej w hierarchii (np. potrzeby samorealizacji). Wydarzenie krytyczne może oddziaływać w

czterech aspektach funkcjonowania człowieka, uhierarchizowane zgodnie z koncepcją Masłowa:

- Fizyczny: zdrowie, bezpieczeństwo, fizyczny komfort w postaci zaspokojenia głodu, snu, schronienia, bezpieczeństwo finansowe w zakresie podstawowych potrzeb fizycznych,
- Psychologiczny: obraz siebie, poczucie własnej wartości, samopoczucie emocjonalne, poczucie tożsamości, samoocena, poczucie sprawczości
- Społeczny: relacje z najbliższymi, przyjaciółmi, współpracownikami
- Duchowy: poczucie integralności, system wartości, przekonania moralne, wiara.

Myer (2001) podobnie jak inni autorzy (James i Gilliland, 2005), potwierdza za Masłowem priorytet potrzeb fizycznych nad pozostałymi. Ich zaniedbanie w czasie kryzysu może prowadzić do katastrofalnych skutków: przestępstwa, samobójstwa, agresji wobec innych, itp.

Powszechnie uznawany Caplanowski ogólny model kryzysu nie różnicuje wydarzeń krytycznych – kryzys przebiega tak samo bez względu na rodzaj wydarzenia, które go wywołało. W literaturze odnaleźć można jednak odkryte lub przyswojone z innych nauk lub praktyki szczególne wzory reakcji kryzysowej w zależności od rodzaju wydarzenia wywołującego ją.

Lindemann (1944) opisał po raz pierwszy kryzys związany z tragiczną śmiercią osoby bliskiej, uznawany do dziś za wzorzec żałoby. Kübler-Ross (1998) zawdzięczamy model reakcji na utratę, stworzony na podstawie kontaktu z ludźmi nieuleczalnie chorymi i umierającymi. Znany jest model adaptacji poznawczej S.E. Taylor (1984) będący odpowiedzią na informację o zagrażającej życiu chorobie. Wiele opisów zachowania człowieka poddanego sytuacjom ekstremalnym przyniosły obserwacje i leczenie skutków obu wojen światowych i Holocaustu: „szok artyleryjski”, „zmęczenie bitewne” (Dudek, 2003; Lis-Turlejska, 2002). Wprowadzenie PTSD – zaburzenia po stresie traumatycznym spowodowało lawinowy wzrost badań przynoszących coraz to nowe wzory reakcji na wydarzenia traumatyczne: „syndrom maltretowanego dziecka”, „syndrom potraumatyczny” u osób ocalałych, czy wreszcie „syndrom traumy gwałtu” (Lis-Turlejska, 2002).

Skutki nierozwiązanych kryzysów wywołanych przez różnego rodzaju wydarzenia życiowe mogą trwać długo po zakończeniu kryzysu. Silver i Wortman (1984) w rezultacie analizy wielu badań doszły do wniosku, że krótkotrwały i przejściowy charakter

przypisywany kryzysowi nie znajduje potwierdzenia, gdyż niektóre zdarzenia krytyczne powodują poważne i długotrwałe dysfunkcje. Autorki przedstawiają wyniki świadczące o występowaniu znacznego poziomu stresu, dezorganizacji, depresji i nasilonego lęku, myśli samobójczych długo po zakończeniu kryzysu. Jeszcze 2-4 lata od kryzysu występują niespecyficzne problemy zdrowotne, a u osób po kryzysie związanym z trwałą utratą zdrowia i sprawności obserwowano stałe trudności w przystosowaniu się do nowej sytuacji.

Dramatyczne skutki długofalowe mogą przynieść wydarzenia traumatyczne: uzależnienia od substancji psychoaktywnych, depresje, somatyzacje, gwałtowne zmiany nastroju, zwiększoną skłonność do zachowań agresywnych i samobójczych, zamknięcie się w sobie, izolowanie od innych. Ludzie po konfrontacji z takimi zdarzeniami skarżą się na kłopoty z koncentracją uwagi i zaburzenia pamięci, mogą mieć kłopoty w życiu rodzinnym, utrzymaniu się w pracy, mogą przejawiać zachowania samobójcze (Dudek, 2003; Lis-Turlejska). James i Gilliland (2005) wymieniają długotrwałe skutki nadużycia seksualnego w dzieciństwie: występowanie przewlekłych problemów zdrowotnych, częste hospitalizacje z powodu różnych chorób, depresje, alienację, zahamowanie, nadwrażliwość interpersonalną, objawy dysocjacyjne, a nawet powtarzające się sytuacje stawania się ofiarą w życiu dorosłym. Brenner z Ośrodka dla Weteranów Uniwersytetu Yale stwierdza: „Im bardziej przybywa badań nad traumatycznym stresem, tym bardziej staje się oczywiste, że może on wywierać dalekosiężny wpływ na wszystkie poważne zaburzenia psychiczne” (za: Lis-Turlejska, 2002, s.11).

Ze świadomości cierpienia zarówno w kryzysie pojawiającym się zaraz po wydarzeniu krytycznym, jak i zagrożeń związanych z niepowodzeniem w jego rozwiązaniu zrodziła się idea interwencji kryzysowej.

## **II. Rozwój interwencji kryzysowej**

### **II. 1. Pomoc po silnie stresujących wydarzeniach życiowych**

Przyjmuje się, że Erich Lindemann (1944) dostarczył jako pierwszy opisu interwencji wobec osób w kryzysie. Zaangażowany w pomoc rodzinom ofiar i ocalałym z pożaru nocnego klubu w Bostonie w 1943 r. sformułował wzorzec reakcji na śmierć bliskiej osoby, tzw. wzorzec żałoby-utrąty (grief work), składający się z następujących typowych reakcji: fizyczny dystres, zaabsorbowanie wspomnieniami o zmarłym, poczucie winy, reakcje wrogości i gniewu, chaotyczne i nieukierunkowane zachowanie. Powszechność występowania tych objawów u osób osieroconych przemawiała, jego zdaniem, za ich typowym, a nie – chorobowym, psychopatologicznym charakterem. Lindemann i współpracownicy uznali je za przejaw reakcji kryzysowej nie związanej z wcześniejszym poziomem funkcjonowania osobowości.

Przejęcie procesu żałoby służy osiągnięciu akceptacji zerwania więzi ze zmarłym, przystosowaniu do powstałych po jego śmierci zmian, a także rozwijaniu nowych relacji. To właśnie Lindemann wykazał, że zablokowanie przeżywania żałoby lub jej nietypowy przebieg utrudnia przystosowanie do życia po stracie bliskiej osoby. Stąd rola odpowiednio dostosowanej pomocy wspierającej „normalny” proces żałoby: „Właściwa pomoc psychiatryczna w żałobie może zapobiec długotrwałym i poważnym zmianom w społecznym przystosowaniu pacjentów i możliwej chorobie fizycznej” (Lindemann, 1944, s.147). Zaproponował by osoba udzielająca pomocy koncentrowała się na zmniejszaniu emocjonalnych przejawów kryzysu i jednocześnie na rozwiązywaniu bieżących problemów (Leiba, 1999). Ten sposób podejścia do problemów można uznać za pierwowzór interwencji kryzysowej, która zaczęła być realizowana w utworzonym w 1948r. Wellesley Human Relations Service w Bostonie – jednym z pierwszych środowiskowych ośrodków psychiatrycznych (Aguilera, 1994).

Wkrótce podejście Lindemana okazało się niezwykle użyteczne dla sposobu leczenia żołnierzy II wojny światowej cierpiących na „neurozę wojenną” i udzielania pomocy rodzinom poległych (Roberts, 1991). W tym czasie, ogromna liczba osób jednocześnie przeżywających nasilony stres, skonfrontowała się z niewydolnością dostępnej pomocy terapeutycznej nastawionej na długotrwałe leczenie.

Żołnierze frontowi ze względów logistycznych nie mogli masowo być odsyłani do szpitali psychiatrycznych na zapleczu, a rodziny cierpiące z powodu śmierci lub ciężkich ran

swoich bliskich na wojnie nie mogły sobie pozwolić na rozciągnięte w czasie sesje psychoanalityczne (Hoff, 1989).

Opracowano zatem programy leczenia krótkoterminowego, których celem było zmniejszenie stresu, poprawa objawowa i zapobieganie dalszej dekompensacji psychicznej. Taka interwencja zmierzała do odzyskania zdolności do dalszej walki i powrotu na front - u żołnierzy, a w przypadku ich rodzin i weteranów – do przywrócenia poczucia własnej wartości i polepszenia przystosowania do nowych warunków życia (Butcher i Koss, 1990).

Tyhurst (za: Hobbs, 1984) w latach 50-tych badający kryzysy związane z migracją, przejściem na emeryturę i katastrofą, występujące u uprzednio zdrowych psychicznie osób, opisał trzy fazy charakterystyczne dla reakcji na te zdarzenia: fazę oddziaływania (*impact*), w której dominują lęk, pobudzenie, żal i odrętwienie, fazę odzyskiwania sił (*recoil*) i przystosowania do życia po wydarzeniu oraz fazę potraumatycznej świadomości (*awareness*) skutków kryzysu i podejmowania działań naprawczych. Jako pomocną zalecał interwencję jak najszybciej po krytycznym wydarzeniu w celu wzmocnienia konstruktywnych i zdrowych zachowań. Interwencja powinna być dostosowana do fazy reakcji i uwzględniać wartość wspierających relacji z innymi ludźmi (Roberts, 2005).

## **II. 2. Rozwój psychiatrii środowiskowej**

Po II wojnie światowej wzrastająca społeczna świadomość powszechności problemów psychiatrycznych spowodowała zmiany w postawach i oczekiwaniach co do środowiskowych działań. Wynalezienie środków psychotropowych dało możliwość tworzenia otwartych oddziałów psychiatrycznych i rehabilitacji pacjentów w środowisku domowym, a nie wyłącznie w szpitalach. Zaczęto również dostrzegać problem dostępności leczenia dla grup o niskim statusie socjoekonomicznym, a także czasu jego trwania. Raport Połączonych Komisji Zdrowia Psychicznego i Chorób USA z 1961 r. ujawnił m.in., że:

- a/ ludzie w kryzysie są zniechęceni oczekiwaniem na swoją kolej na listach oczekujących,
- b/ profesjonaliści są zniechęceni do prowadzenia długotrwałej, kosztownej, a często nieskutecznej terapii,
- c/ ogromna liczba (42 %) osób potrzebujących pomocy, zamiast szukać jej u psychiatrów lub psychologów, udaje się najpierw do lekarza czy duchownego,
- d/ pomoc osobom zestresowanym nie wymaga długich lat treningu i uczenia się,

e/ wolontariusze i środowiskowi „opiekunowie” (policjanci, nauczyciele, duchowni) mogą stać się bardzo pomocni dla osób w dystresie (Hoff, 1989).

Raport, obok wielu innych rekomendacji, sugerował utworzenie w każdej lokalnej społeczności różnorodnych programów ochrony zdrowia psychicznego. W odpowiedzi na rosnące potrzeby większej dostępności i obniżenia kosztów leczenia psychiatrycznego, w 1963 roku Kongres USA uchwalił ustawę o ośrodkach psychiatrii środowiskowej, która zapoczątkowała dynamiczny rozwój psychiatrii środowiskowej i emergencyjnej z naciskiem na krótkoterminowe, kryzysowe i zorientowane na prewencję formy leczenia (Saposnek, 1984).

Wśród wielu modeli psychiatrii środowiskowej znalazła się interwencja kryzysowa (Schwartz, 1971). Takie umiejscowienie interwencji kryzysowej związane jest z działalnością G. Caplana na rzecz zapobiegania chorobom psychicznym. Caplan zaproponował podział prewencji na: pierwotną, wtórną i trzeciego stopnia (Caplan i Grunebaum, 1967), przy czym:

- prewencja pierwotna obejmuje działania zmierzające do zminimalizowania prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych poprzez modyfikowanie środowiska i wzmacnianie jednostkowych umiejętności radzenia sobie,
- prewencja wtórna nakierowana jest na powstrzymanie i skrócenie czasu trwania zaburzeń psychicznych, które pojawiły się mimo stosowania prewencji pierwotnej. Osiągnięcie tych celów jest możliwe poprzez rozpowszechnienie i udoskonalenie metod diagnostycznych oraz zastosowanie interwencji prewencyjnej,
- prewencja trzeciego stopnia ma zapobiec skutkom przebytej choroby psychicznej i hospitalizacji oraz przeciwdziałać nawrotom choroby, dzięki metodom rehabilitacji i opieki środowiskowej.

„Interwencja prewencyjna”, zamiennie nazywana „interwencją kryzysową”, jest według Caplana, a także Parada (1971), Silvermana (1977) szansą na zastosowanie koncepcji kryzysu do zapobiegania zaburzeniom psychicznym w ramach prewencji wtórnej.

Wkrótce interwencja została włączona również do działań prewencji pierwotnej (Schwartz, 1971), a nawet trzeciego stopnia (Burgess i Baldwin, 1981; Hoff, 1989). Schwartz znajduje dla niej zastosowanie w przypadku kryzysów rozwojowych i losowych u osób wcześniej nie ujawniających zaburzeń psychicznych, jak również jako oddziaływanie profilaktyczne w grupach wysokiego ryzyka. Ta ostatnia działalność może być prowadzona przez innych profesjonalistów, np. lekarzy pierwszego kontaktu.

Podobnie Hoff dostrzega rolę interwencji w eliminowaniu lub modyfikowaniu wydarzeń kryzysowych oraz wzmocnieniu sposobów radzenia sobie w osobach z grup ryzyka. Z kolei w ramach prewencji wtórnej Schwartz dostrzega dwa rodzaje programów interwencyjnych różniących się celem: unikanie hospitalizacji i skrócenie czasu jej trwania.

Uniknięcie skierowania do szpitala i leczenia miały zapewnić usługi o nowej formule działania: poradnie (*walk-in clinics*), pomoc telefoniczna (*hot-lines*), leczenie domowe oraz programy interwencji w rodzinie, które rozwijały się dynamicznie w latach 60-tych i 70-tych.

- Poradnie (*walk-in clinics*) zaczęły funkcjonować jako oddziały kryzysowe przy izbach przyjęć szpitali ogólnych, gdzie istniała możliwość całodobowej konsultacji psychiatrycznej, samodzielne kliniki kryzysowe lub kombinacje dziennego centrum kryzysowego z możliwością psychiatrycznej konsultacji nocą. Ważną charakterystyką była ich dostępność zarówno w znaczeniu np. braku skierowań i list oczekujących, jak i darmowości usług, całodobowego serwisu, a nawet dogodnej lokalizacji. Interdyscyplinarne podejście personelu, wykraczające poza klinicznie zdefiniowane role, ułatwiało osobom potrzebującym korzystanie z pomocy. Dużą rolę przywiązywano do mało sformalizowanej, niezobowiązującej formy kontaktu (Aguilera, 1994; Schwarz, 1971). Pierwszą w USA, otwartą przez 24-godziny poradnią emergencyjną (nazwaną „*Trouble-Shooting Clinic*”) utworzył w 1958 r. Bellak (Parad, H.J. i Parad, 1991), a Jacobson współtworzył otwarte w 1962 r. *Benjamin Rush Centre for Problem In Living* w Los Angeles.
- Pomoc telefoniczna była integralną częścią programów interwencji kryzysowej zwłaszcza związanych z prewencją samobójczą, ale obejmowała także osoby z problemami uzależnień, czy będące w stresie z innych powodów.
- Leczenie domowe było prowadzone, gdy pacjenta lub rodziny nie udało się nakłonić do przyścia do kliniki lub z powodów zdrowotnych było to niemożliwe. Uważało się je za szczególnie skuteczne - zwłaszcza przy zastosowaniu interwencji kryzysowej - w przypadku ostrych objawów chorobowych z koniecznością hospitalizacji (Schwarz, 1971).
- Programy interwencji w rodzinie były wyrazem zrozumienia znaczenia zaangażowania rodziny w interwencję w sytuacji kryzysowej.

Celem prewencyjnych programów interwencyjnych mogło być również skrócenie czasu hospitalizacji. Służyły temu małe oddziały kryzysowe wyposażone w 3 – 11 łóżek (Schwartz), zatrudniające personel o zróżnicowanych kompetencjach. Mała liczba pacjentów umożliwiała intensywną interwencję zespołową, opartą na osobistym kontakcie, zmniejszającą ryzyko zaburzeń komunikacji między personelem a pacjentami. Czas pobytu był planowany w momencie przyjęcia i ściśle limitowany, a pacjent stawał się współodpowiedzialny za efekty leczenia. Sama interwencja koncentrowała się na bieżącym problemie, stosowaniu skutecznych sposobów radzenia sobie i rozwiązywaniu problemów. Starano się intensywnie i wcześnie włączać bliskich pacjenta do oddziaływań interwencyjnych.

### **II. 3. Ruch zapobiegania samobójstwom**

Prewencja samobójcza stała się kolejną dziedziną, w której zastosowano interwencję kryzysową. Roberts (1991) uważa, że pomoc ludziom w kryzysie zapoczątkowano w utworzonym w 1906 r. pierwszym ośrodku zapobiegania samobójstwom – *National Save-A-Life League* w Nowym Jorku. W latach po II wojnie światowej powstały kolejne, legendarne dziś centra działające na rzecz potencjalnych samobójców: Ośrodek dla Zmęczonych Życiem E. Ringela w Wiedniu w 1948 r., ośrodki *Samaritans* w Anglii w 1953 r., znany Ośrodek Zapobiegania Samobójstwom w Los Angeles założony w 1958 r. przez Schneidmana i Farberowa, a wreszcie powstałe w 1960 r. Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom (IASP) w Wiedniu. Zasadnicza część pomocy osobom zagrożonym samobójstwem odbywała się i odbywa do dzisiaj przez telefon w strukturach różnego rodzaju poradni, telefonów zaufania prowadzonych przez instytucje medyczne, lokalne, organizacje pozarządowe, grupy wsparcia. Od lat 60-tych XX wieku poradnictwo przez telefon rozwinęło się lawinowo w różnych częściach świata. Z danych amerykańskich wynika, że liczba ośrodków zapobiegania samobójstwom wzrosła w USA z 28 w 1966 r. do prawie 200 w 1972 r. (Roberts, 1991) i ponad 600 w 1977 roku. Łącznie wyświadczyły one pomoc około 12 milionom osób (Bonneson i Hartsough, 1987). Do tak spektakularnego wzrostu przyczynił się równoległy rozwój psychiatrii środowiskowej i wzrost zainteresowania interwencją kryzysową. Dostępność czynnych przez całą dobę usług interwencji kryzysowej i emergencyjnych była podstawową składową działalnością środowiskowych ośrodków



psychiatrycznych, dlatego ich liczba wzrosła ponad dwukrotnie: z 376 w 1969 r. do 796 w roku 1980.

Pomoc telefoniczna, która początkowo wyrosła z ruchu zapobiegania samobójstwom, w sposób naturalny rozwinęła się w pomoc telefoniczną w sytuacjach kryzysowych niekoniecznie związanych z kryzysem suicydalnym (Albers i Foster, 1995). Różnorodność sytuacji kryzysowych oraz potrzeby lokalnej społeczności doprowadziły w wielu przypadkach do specjalizacji w ramach poradnictwa przez telefon. W ten sposób obok telefonicznej pomocy ogólnodostępnej pojawiły się linie telefoniczne dla osób uzależnionych od alkoholu, dla ofiar przemocy, dla osób wykorzystanych seksualnie, itp. (Piątek, 1993). Personel tych ośrodków starał się zachęcić potencjalnych odbiorców do korzystania z pomocy poprzez dobór odpowiednio podkreślających intymność kontaktu nazw, np. „Anonimowy Przyjaciel”.

Rozumienie zachowań samobójczych jako jednej z wielu możliwych reakcji w kryzysie i skuteczność interwencji w takich przypadkach zdecydowała o ścisłym połączeniu interwencji kryzysowej z prewencją samobójczą. To połączenie jest zjawiskiem tak charakterystycznym, że w prawie każdym podręczniku interwencji kryzysowej znajduje się część poświęcona zagrożeniu samobójczemu i sposobom pomocy w takich sytuacjach (Aguilera i Messick, 1982; Badura-Madej, 1996; Burgess i Baldwin, 1981; France, 1996; Hoff, 1989; James i Gilliland, 2005; Kubacka- Jasięcka, 2004; Roberts, 1991, 2005; Slaikeu, 1990), a periodyk wydawany pod auspicjami Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom nosi tytuł „Crisis”. Interwencja kryzysowa stosowana w tej dziedzinie zaczęła wydostawać się z paradygmatu klinicznego, i przyswajać idee z zakresu pracy socjalnej, socjologii, teorii uczenia się, teorii stresu, zdrowia publicznego itd. (Rapoport, 1970).

## **II. 4. Wpływ koncepcji wydarzeń życiowych i stresu**

Sformułowane przez Holmesa i Rahe’a koncepcje wpływu wydarzeń życiowych na zdrowie somatyczne i psychiczne (za: Antonovsky, 1995) oraz teoria stresu wniosły nowe światło w rozumienie przebiegu reakcji kryzysowej, przenosząc punkt ciężkości z analizy klinicznej objawów kryzysu na opis „zmagania się” z kryzysem. Podobnie koncepcja radzenia sobie Lazarusa jeszcze bardziej zdjęła odium psychopatologii z kryzysu i przeniosła go w zakres zachowań „normalnych”, gdzie reakcje osoby wyjaśnia się poprzez skuteczne lub nieskuteczne próby radzenia sobie z kryzysem. Ta nie-medyczna

perspektywa, kładąca nacisk na nieuniknioną dezorganizację funkcjonowania po wydarzeniu krytycznym i jej ograniczenie w czasie przyczyniła się do „wyjścia” interwencji z instytucji psychiatrycznych, a osobom potrzebującym ułatwiła korzystanie z pomocy. Pojawiło się myślenie o psychosocjalnej naturze kryzysu, a w programach interwencji kryzysowej coraz częściej, obok psychiatrów, zaczęli pracować psychologowie, pracownicy socjalni i wolontariusze (Callahan, 1998).

## **II. 5. Znaczenie terapii krótkoterminowych**

Rapoport (1970) pisząc o interwencji jako o krótkim, zorientowanym na kryzys leczeniu (*crisis-oriented brief treatment*) doszukuje się jej podstaw w „różnorodnych ideach i wysiłkach odległych w czasie i przestrzeni” (s.268) i jako jedno z głównych wskazuje koncepcje krótkoterminowego leczenia powstałe w odpowiedzi na potrzebę skrócenia terapii i zwiększenia jej dostępności dla szerszych grup społecznych. Okazywało się bowiem, że, wiele osób poszukujących pomocy z zakresu zdrowia psychicznego oczekuje, że będzie ona krótkotrwała, tania, oraz ukierunkowana na rozwiązanie konkretnego problemu (Butcher i Koss, 1990; Dziegielewski, 1997). Terapie krótkoterminowe opierają się na odmiennych od terapii długoterminowych założeniach (Dziegielewski, 1997). I tak:

- We wczesnych formach terapii długoterminowej problemy pacjenta łączono przede wszystkim z patologią jego osobowości, w krótkoterminowych – klient jest spostrzegany jako zasadniczo zdrowy psychicznie, a pomoc prowadzi do zmian osobistych lub w jego otoczeniu.
- Podejście krótkoterminowe jest najbardziej skuteczne, gdy stosuje się je w krytycznych okresach życiowych, zaś długoterminowe może obejmować okresy dłuższe lub nie-kryzysowe.
- Cele terapii krótkoterminowej są ustalane wspólnie z klientem, w długoterminowej najpierw terapeuta rozpoznaje problemy i ustanawia cele, a potem dzieli się swymi spostrzeżeniami z klientem.
- Cele te w terapii krótkoterminowej są formułowane bardzo konkretnie i dotyczą realności życia klienta, a nacisk na osiągnięcie wglądu jest niewielki. W podejściu długoterminowym cele odnoszą się do rzeczywistości sesji terapeutycznej i uzyskania wglądu przez pacjenta.

- Terapeuta krótkoterminowy, w przeciwieństwie do długoterminowego, jest spostrzegany jako aktywny i dyrektywny.
- W podejściu krótkoterminowym termin zakończenia leczenia omawia się od początku spotkań, natomiast w długoterminowym ustalenie zakończenia nie jest zasadniczą kwestią.

Zasady te stały się kanwą dla – z natury krótkotrwałej - interwencji kryzysowej.

## **II. 6. Rozkwit interwencji kryzysowej**

Koniec lat 60-tych i lata 70-te XX w. to okres ogromnego rozkwitu tej formy pomocy, a „interwencja kryzysowa jest praktykowana przez dużą rzeszę ludzi w wielu różnorodnych instytucjach, z wieloma różnymi grupami pacjentów, klientów, odbiorców (Renshaw, 1989, s.3).

Ewing (1978) uważał interwencję za „trzecią rewolucję w psychiatrii” XX wieku, obok psychoanalizy i leków psychotropowych. W tym czasie powstawały oddziały kryzysowe jako część szpitali ogólnych lub psychiatrycznych i jako oddzielne instytucje, ośrodki dla osób zagrożonych samobójstwem, rozwijało się doradztwo telefoniczne, niezależne ośrodki pomocy o charakterze poradni, prowadzone przez profesjonalistów, wolontariuszy, organizacje religijne. Rozpowszechnienie haseł antypsychiatrii, antyinstytucjonalizmu, a także ruchy feministyczne i inne działające na rzecz grup dotychczas upośledzonych wiązało się z odchodzeniem od paradygmatu medycznego na rzecz psychospołecznego (Butscher i Koss, 1990; Kubacka- Jasińska, 2004). Koncepcja kryzysu i interwencji wyjątkowo udanie „wpisywała się” w te zmiany społeczne i kulturowe.

Przegląd literatury z tamtego okresu nasuwa wrażenie, że terminu „interwencja kryzysowa” używano być może zbyt często na określenie metod pomagania, które dzisiaj nazwano by inaczej. Wg L. Rapoport (1970) to eklektyczny charakter teorii kryzysu zdecydował o atrakcyjności interwencji wśród praktyków. Autorka ta, jako jedna z bardzo nielicznych w owym czasie sugerowała potrzebę systematycznego i popartego badaniami naukowymi rozwoju tego modelu. Podobnie Renshaw (1989) z perspektywy lat 80-tych pisała: „Interwencja kryzysowa nie jest modną nazwą dla pomocy w nagłych przypadkach psychiatrycznych, ani dla interdyscyplinarnej współpracy i nie jest kluczem do wszystkich problemów zdrowia psychicznego” (s.4). Zdaniem Corsiniego (1994) nazwa ta była nadużywana i przypadkowo stosowana.

Niezwykłą popularność interwencji w tamtym czasie i jej stosowanie w wielu różnorodnych problemach klinicznych, kryzysowych, rodzinnych, społecznych wiązać można również z trzema pojęciami kryzysu (Schwartz, 1971), rozpoznawalnymi również obecnie w teorii i praktyce interwencji kryzysowej:

- kryzys jako nagła manifestacja zaburzeń psychicznych u osoby poprzednio dobrze funkcjonującej lub ostre pogorszenie w przebiegu choroby psychicznej (*psychiatric emergency*),
- kryzys losowy, traktowany jako okres dezorganizacji afektywnej, poznawczej i behawioralnej poprzedzony stresującym wydarzeniem życiowym,
- kryzys rozwojowy, czyli okres przejściowej dezorganizacji pomiędzy dwoma fazami rozwojowymi (zawdzięczający swoje zaplecze teoretyczne koncepcji E. Eriksona).

Od lat 80-tych i 90-tych XX w. zaznaczała się coraz większa specjalizacja w obrębie interwencji w kryzysach. Początkowo zgeneralizowana reakcja, nazywana „kryzysem” nabierała zróżnicowanego charakteru ze względu na specyfikę wydarzenia krytycznego. Praktycy koncentrowali się na leczeniu i specyfikowaniu skutków psychosocjalnych: choroby, śmierci bliskiego, emigracji, bezrobocia, zachowań samobójczych. Formułowane były wzory reakcji i interwencji w tych sytuacjach. Duże znaczenie miał rozwój ruchu pomocy dla kobiet doświadczających przemocy ze strony partnera w latach 70-tych i 80-tych: powstawały schroniska dla bitych kobiet, doradztwo telefoniczne, następowały zmiany w systemach pomocy społecznej dla nich.

Kolejnym znaczącym osiągnięciem było przyswajanie zdobyczy psychotraumatologii, a w końcu nawet łączenie obu tych dziedzin. W latach 90-tych publikacje dotyczące pomocy osobom po wydarzeniach traumatycznych zdają się przewyższać liczbę publikacji związanych z kryzysami spowodowanymi przez inne zdarzenia. Postępująca specjalizacja w obrębie interwencji niosła za sobą powstawanie odrębnych dziedzin badawczych, stowarzyszeń, czasopism. Wpisanie hasła: „interwencja kryzysowa” do wyszukiwarki internetowej wywołuje jeszcze dzisiaj lawinę haseł opisujących tak wielką różnorodność problematyki, że niezorientowany odbiorca może odnieść wrażenie braku jakiejkolwiek idei przewodniej.

Prześledzenie kolejno wznawianych opracowań monograficznych dotyczących interwencji kryzysowej: D. Aguilery (1982, 1990, 1993, 1994,1998) i A. R. Robertsa (1990, 1991, 1995, 2005) obrazuje nie tylko indywidualne podejście do interwencji każdego z tych autorów, ale także zmiany związane z rosnącą specjalizacją i potrzebą

czasów; pojawiają się np. tematy kryzysów wynikłych z AIDS, choroby Alzheimera, przemocy w szkołach, w miejscu pracy, wykorzystania seksualnego dzieci, itp. W dalszym ciągu utrzymuje się rozpowszechnienie interwencji kryzysowej porównywalne z okresem jej największego rozkwitu. Według Roberta (2005) w ostatnich 2 dekadach aż z górą 1400 ośrodków interwencji kryzysowej było afiliowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Suicydologiczne lub lokalne ośrodki zdrowia psychicznego.

## **II. 7. Perspektywy rozwoju interwencji kryzysowej**

Wraz z XXI wiekiem rozpoczął się kolejny, znaczący etap rozwoju interwencji kryzysowej, związany z atakiem na Nowy Jork i Waszyngton 11 września 2001 r. i wzrostem światowego zagrożenia terrorystycznego. Po wspomnianych atakach Roberts (2005) stwierdził: „Obraz praktyki interwencji kryzysowej zmienił się na zawsze (...)” (s.3), pisząc dalej, że procedury interwencji w kryzysie w całych USA zostały poddane przeglądowi i uwspółcześnieniu tak, by bardziej odpowiadały wyzwaniom współczesności. Interwencja kryzysowa i pomoc po wydarzeniach traumatycznych stały się treścią programów szkoleń dla pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych w znacznie szerszym niż wcześniej zakresie. Utworzono modele interwencji dostosowane do potrzeb osób po traumie (Roberts, 2005, Echterling i in. 2005). Nawet kwartalnik „*Crisis intervention and time-limited treatment*” zmienił w 2004 r. tytuł na „*Stress, trauma and crisis*”. Jednocześnie znaczenie interwencji, funkcjonującej w obrębie kryzysów wywoływanych przez zdarzenia tradycyjnie już z nią łączonych – nie maleje. „Interwencja kryzysowa stała się najszerzej stosowaną na świecie odmianą terapii krótkoterminowej” (Roberts, 2005, s.6).

## **II. 8. Rozwój interwencji kryzysowej w Polsce**

Pod koniec lat 80-tych XX w. idea interwencji przeniknęła do Polski. W Krakowie grupa psychologów, psychiatrów i prawników podjęła starania zmierzające do propagowania interwencji kryzysowej i stworzenie dla niej struktury. Wywodzący się z Akademii Medycznej i Uniwersytetu Jagiellońskiego specjaliści stanowili środowisko, które dostrzegało potrzebę działań na rzecz osób w kryzysie: zagrożonych samobójstwem, prześladowanych ze względów politycznych, dotkniętych przemocą w rodzinach i strukturach zamkniętych – np. w wojsku czy zakładach karnych. Istniało już znaczące zaplecze naukowe i praktyczne związane z pomocą w sytuacjach kryzysowych. Zespół

krakowskiej Kliniki Psychiatrii w latach 60-tych opisał i badał po raz pierwszy w Polsce skutki przebywania w skrajnie urazowych warunkach obozu koncentracyjnego, tzw. astenię poobozową, astenię postępującą i KZ-syndrom (Szymusik, 1964; Kępiński, 1970). To właśnie między innymi w Krakowie działała na rzecz osób zagrożonych samobójstwem profesor Zenomena Płużek, międzynarodowy autorytet w tej dziedzinie; dzięki jej staraniom, w roku 1989, powstała m. in. Poradnia Kryzysów Osobistych przy Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego w Krakowie.

Wspomniana grupa profesjonalistów od początku starała się o sformalizowanie swej działalności. W 1987 r. członkowie grupy złożyli wniosek do Polskiego Towarzystwa Psychologicznego o utworzenie sekcji interwencji w sytuacjach kryzysowych, jednak dopiero demokratyzacja życia politycznego i społecznego po 1989 r. umożliwiła zrealizowanie tego celu. I tak w kwietniu 1990 r. Towarzystwo Interwencji Kryzysowej zostało wpisane do rejestru stowarzyszeń.

Działalność Stowarzyszenia miała się skupiać wokół następujących celów:

„a/ niesienie pomocy jednostkom i grupom w sytuacjach kryzysowych, a przede wszystkim osobom po próbach samobójczych, zagrożonym samobójstwem oraz ich rodzinom, osobom bezradnym w obliczu straty bliskich, ofiarom przemocy, demoralizacji i nałogów,

b/ przywracanie ofiarom sytuacji kryzysowych zdolności i umiejętności samodzielnego rozwiązywania swoich problemów życiowych” (Statut)

Dla realizowania tych celów Stowarzyszenie zamierzało organizować m.in. ośrodki dla maltretowanych kobiet, całodobowe ośrodki „pierwszego kontaktu z ofiarami nagłych, traumatyzujących wydarzeń losowych” (Statut), popularyzować wiedzę na temat programów interwencji kryzysowej, tworzyć grupy samopomocy dla osób borykających się z podobnymi problemami życiowymi.

Dzięki energii, wytrwałości członków założycieli, sympatii znaczących osób dla idei interwencji kryzysowej, a także sprzyjającej nowościom sytuacji społecznej powołano w Krakowie, w marcu 1991 r. pierwszy w Polsce Ośrodek Interwencji Kryzysowej i jednocześnie międzyuczelniany Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej. Oba te Ośrodki połączone osobą dyrektora i wspólną lokalizacją miały od tej pory współpracować na mocy Porozumienia zawartego między Wojewodą Krakowskim a Rektorami Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej. Ośrodek Interwencji Kryzysowej powstał na podstawie Ustawy o pomocy społecznej z 1990 r., która umożliwiała tworzenie

instytucji o charakterze ponadlokalnym, mającym na celu przewyższanie trudnych sytuacji życiowych.

Krakowski Ośrodek zaczął wkrótce funkcjonować przez całą dobę służąc pomocą osobom w kryzysach spowodowanych przez różnego rodzaju wydarzenia krytyczne. Dysponuje miejscami hotelowymi dla osób wymagających czasowego odizolowania od środowiska rodzinnego, potrzebujących intensywnej pomocy interwencyjnej ze względu na stan ostrego kryzysu. Współpracuje szeroko z wieloma instytucjami, szczególnie ze służbami emergencyjnymi: policją, instytucjami psychiatrycznymi i stowarzyszeniami, których działalność może okazać się pomocna w kryzysie. Z kolei Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej prowadził od początku działalność naukowo-badawczą z zakresu skutków kryzysu i wydarzeń traumatycznych oraz doskonalącą warsztat pracy interwencyjnej. Angażował się w działalność dydaktyczną z zakresu interwencji kryzysowej dla studentów i różnych środowisk zawodowych, mających styczność z ludźmi w kryzysach.

W latach 90-tych pojawiają się pierwsze obszerniejsze opracowania naukowe dotyczące kryzysu i pomocy dla osób po różnych wydarzeniach krytycznych pochodzące m.in. ze środowisk: Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu – prace prof. Heleny Sęk (Sęk, 1991; 1993; 1997) i Uniwersytetu Jagiellońskiego – podręczniki pod red. dr Wandy Badury-Madej (1996) oraz prof. Doroty Kubackiej-Jasieckiej i Anny Lipowskiej-Teutsch (1997).

Z inicjatywy Towarzystwa Interwencji Kryzysowej, od pewnego momentu działającego niezależnie od Ośrodka Interwencji Kryzysowej, powstało pierwsze w Krakowie schronisko dla ofiar przemocy domowej. Towarzystwo współtworzyło wraz z Zakładem Psychologii Zdrowia i Zaburzeń Zachowania Instytutu Spraw Publicznych UJ program podyplomowego studium: „Psychologia kryzysu i interwencja kryzysowa”, które zaczęło swą działalność pod koniec lat 90-tych. Były to pierwsze w kraju studia z tego zakresu.

Jednocześnie, w efekcie nieustannych zabiegów środowiska interwencji kryzysowych oraz doświadczeń kataklizmów lat 90-tych, interwencja została wprowadzona jako model profesjonalnej pomocy dla osób w kryzysach do przepisów znowelizowanej ustawy o pomocy społecznej z 1998 r.. Ustawa przyniosła podstawę prawną do tworzenia ośrodków interwencji kryzysowej, nakładając jednocześnie na władze powiatowe obowiązek świadczenia usług z zakresu interwencji kryzysowej, instytucjonalizując tym samym w całym kraju tę formę pomocy.

### III. Charakterystyka interwencji kryzysowej

#### III.1. Definicja interwencji

Interwencja kryzysowa, jak każda wyrosła z praktyki dziedzina aktywności, doczekała się wielu znaczeń, definicji, odniesień teoretycznych. Różnorodność podejść do interwencji przypisać można rodowodowi teoretycznemu ich twórców, prezentowanemu przez nich systemowi wartości, a także następstwom ich profesjonalnego treningu (Hoff, 1989). Także eklektyczny charakter interwencji, jej ściśle powiązanie z praktyką, atrakcyjne i pozornie łatwe formuły stosowania nie sprzyjają jednolitości konceptualizacji teoretycznych..

W zasadzie jednak nic nie ograniczyło mnogości definicji, terminologia stosowana w określaniu pomocy interwencyjnej w sytuacjach kryzysowych jest zróżnicowana, co więcej, nawet obok nazwy „interwencja kryzysowa” funkcjonują: „poradnictwo kryzysowe” (*crisis counselling*) (Kazdin, 2000), „ opanowywanie kryzysu” (*crisis management*) (Corsini, 1994), „zorientowane na kryzys leczenie ” (*crisis-oriented treatment*) (Roberts, 1990), „prewencja kryzysowa” (*crisis prevention*)” i „leczenie kryzysowe” (*crisis treatment*) (Bloom i Klein, 1995), „terapia kryzysowa” (*crisis therapy*) (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983), „wsparcie kryzysowe’ (*crisis support*) (Malan, 1976), a nawet „psychoterapia emergencyjna” (*emergency psychotherapy*) (Bellak, 1978). Wszystkie one odzwierciedlają zróżnicowanie poglądów ich autorów.

Mimo tak dużej różnorodności definicji wśród autorów istnieje zgodność co do tego, że interwencja kryzysowa jest: krótkotrwałym oddziaływaniem psychologicznym, skoncentrowanym na kryzysie i problemach przez niego wywołanych oraz zgoda co do celu interwencji, którym jest przywrócenie równowagi psychicznej.

Wszyscy definiujący interwencję kryzysową uważają ją za krótkoterminową formę pomocy psychologicznej. Jednakże już przy odniesieniu interwencji do psychoterapii pojawiają się zasadnicze rozbieżności. Niektórzy autorzy utożsamiają ją jednoznacznie z psychoterapią (Baldwin, 1977; Bomba, 1994; Burgess i Baldwin, 1981; Ewing, 1978; Punikollu, 1991; Slaikeu, 1990), w sprzeczności do innych, którzy – również jednoznacznie - stwierdzają, że interwencja nie jest formą, czy modelem psychoterapii (Hoff, 1989; James i Gilliland, 2005; Marmor, 1980), choć jej działanie może odbywać się z wykorzystaniem technik psychoterapeutycznych, w tym nawet psychoanalitycznych, spostrzeganych przecież jako zupełnie nieprzystające do sytuacji kryzysowych (Talbot, 1980-81). Jeszcze inni definiują interwencję określając ją jako: „dynamiczną formę



leczenia” (Roberts, 2005) „oddziaływanie prewencyjne” (Kubacka-Jasiecka, 2004), „formę pomocy” (Badura-Madej, 1996a; Kubacka-Jasiecka, 2005), „współpracę” (Echterling i in. 2005). Być może najlepiej różnice te komentuje Corsini (1994): „Dla psychologa oznacza psychoterapię, dla doradcy krótkoterminowe poradnictwo, dla psychiatry – hospitalizację” (s.346).

Wśród praktyków panuje przekonanie, że celem interwencji jest ogólnie rozumiane „przywrócenie równowagi psychicznej” zaburzonej przez krytyczne wydarzenie, które poszczególni autorzy rozumieją bardziej konkretnie jako: osiągnięcie poprawy w obecnym funkcjonowaniu (Caplan i Grunebaum, 1967), odzyskanie poczucia kontroli nad sytuacją i zapoczątkowanie reorganizacji życia (Slaikeu, 1990), pomoc w odzyskaniu możliwości radzenia sobie (Roberts, 1991), rozwiązanie kryzysu (Aguilera, 1994, 1998; Echterling i in. 2005; Kubacka-Jasiecka, 2004; Malan, 1976), przywrócenie poprzedniego poziomu funkcjonowania (Aguilera; Rapoport, 1970), poprawa funkcjonowania sprzed kryzysu (Aguilera), redukcja symptomów kryzysu (Badura-Madej, 1996 a; Rapoport, 1970), odzyskanie przez osobę w kryzysie zdolności do samodzielnego radzenia sobie (Leśniak, 1996), zapobieganie przejściu ostrego kryzysu w stan chroniczny (Leśniak, 1996), zapobieganie głębszej patologii i konieczności hospitalizacji i instytucjonalizacji (Kubacka-Jasiecka, 2004, 2005), dalszy rozwój (Echterling i in. 2005), umiejętność radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w przyszłości (Malan, 1976, Parad H.J. i Parad, 1991). Rozwiązanie kryzysu oznacza, według L. Rapoport (1970): właściwą poznawczo percepcję sytuacji, odzyskanie kontroli emocji poprzez ich uświadomienie i werbalizację, rozwój wzorców poszukiwania i korzystania z pomocy interpersonalnych i instytucjonalnych zasobów.

Wielość przypisywanych interwencji celów, formułowanych mniej czy bardziej ogólnie, obejmuje najpełniej – jak się wydaje – definicja Aguilery (1998), według której interwencja jest **„oddziaływaniem terapeutycznym, którego minimalnym celem jest rozwiązanie kryzysu i przywrócenie przynajmniej poprzedniego poziomu funkcjonowania, zaś celem maksymalnym jest poprawa funkcjonowania sprzed kryzysu”** (s.18).

Warto zaznaczyć, że niektórzy autorzy spostrzegają interwencję również jako szersze, systemowe, wielodyscyplinarne (psychologiczne, medyczne, środowiskowe) oddziaływanie zmierzające do udzielenia wsparcia i wszechstronnej pomocy osobie w kryzysie (Kubacka- Jasiecka, 1997; Leśniak, 1996), a nawet wykraczającą poza kontakt

indywidualny działalność społeczną i polityczną na rzecz osób poszkodowanych (Kubacka-Jasiecka, 2005).

Interwencja jest metodą pomocy przeznaczoną dla osób przeżywających kryzys po wydarzeniu stresującym, a jej cele są związane z usuwaniem skutków kryzysu. Niemniej jednak niektórzy autorzy jasno podkreślają, że nie jest jedyną możliwą formą pomocy w takich sytuacjach i że stosuje się ją z wyboru (Bellak, 1978; Hobbs, 1984; Hoff, 1989; Malan, 1976; Punukollu, 1991). Osoby w kryzysie mogą korzystać z innych form pomocy: psychoterapii, poradnictwa, farmakoterapii, wsparcia społecznego, czasem też wymagają hospitalizacji.

### **III. 2. Zasady interwencji kryzysowej**

#### **III. 2. 1. Intensywność i czas trwania**

O ile definicja interwencji czy sformułowanie jej celów stanowi znakomite pole dla przedstawienia własnych koncepcji przez praktyków, o tyle co do zasad warunkujących powodzenie interwencji panuje całkowita jednomyślność.

Interwencja, aby była skuteczna, powinna rozpocząć się w czasie trwania kryzysu (Rapoport, 1970), który trwa od 4 do 6-8 tygodni, najlepiej zaś niezwłocznie po jego wystąpieniu. „To ta sama zasada stosowana w prewencji i wczesnym leczeniu chorób fizycznych” (Jacobson, 1974, s.812). Wcześniej zastosowana interwencja zmniejsza cierpienie, zapobiega chronicznemu, poważnemu niedostosowaniu poprzez zapobieżenie rozwojowi trzeciej i czwartej fazy kryzysu. Slaikeu (1990, s.98) przytacza ideę Hansela, według którego skuteczność interwencji jest wprost proporcjonalna do czasu i oddalenia od miejsca zdarzenia. Interwencja winna trwać tak długo jak kryzys, a zatem w zależności od przyjętej przez danego autora długości jego trwania wyznaczone są ramy czasowe trwania interwencji: np. do 6, 8 lub 12 tygodni (Auerbach i Kilmann, 1977; Callahan, 1998; Roberts, 1991). Inni natomiast preferują wyznaczanie jej granic poprzez określenie liczby spotkań odbywanych w ramach interwencji. I tak, Hobbs (1984) dopuszcza możliwość interwencji składającej się z 1 lub 2 spotkań w czasie 6-8 tygodni, przytacza też dane o formule 6 spotkań w odstępach tygodniowych, choć „możliwa jest też większa liczba sesji i częściej niż raz w tygodniu” (s.32). Bellak (1978) pisze o modelu „pięciospotkaniowej terapii” opierając tę liczbę na statystykach pokazujących, że większość pacjentów poradni porzuca pomoc po 5 sesjach. Callahan (1998), Jacobson

(1974), Hoff (1989) przypisują interwencji liczbę od 1 do 6 spotkań, zaś Sonneck (za: Reisch, Schlatter i Tschacher, 1999) – od 10 do 12 sesji. Parad H.J. i Parad (1991) przytaczają dane z narodowego przeglądu leczenia kryzysowego w agencjach poradnictwa rodzinnego i ośrodkach psychiatrii dziecięcej, z którego wynika, że 80-90% wszystkich planowanych interwencji obejmowało do 12 sesji w okresie 3 miesięcy. Zalecają planowanie wraz z klientem czasu interwencji lub liczby spotkań w czasie pierwszych dwóch spotkań ze względu na motywujący charakter limitu czasowego dla klienta i terapeuty. Z praktyki wynika, że część instytucji kryzysowych nie posługuje się ścisłym górnym limitem liczby kontaktów, czy czasu trwania interwencji, jakkolwiek wszyscy są zgodni co do ograniczonego jej czasu.

Podkreśla się, że krótkoterminowość nie oznacza pomocy gorszej jakości, natomiast oznacza intensywne wykorzystanie szansy podatności na zmianę, jaką niesie kryzys.

### **III. 2. 2. Dostępność**

Z postulatem dostarczenia pomocy potrzebującemu możliwie najszybciej wiąże się zasada łatwej dostępności. Oznacza to przede wszystkim, że pomoc kryzysowa jest osiągalna:

- przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni roku,
- bez skierowań, list oczekujących, z minimum formalności,
- bezpłatnie,
- w dogodnym położeniu terytorialnym, o łatwym dostępie komunikacyjnym (ośrodki stacjonarne),
- w kontakcie bezpośrednim i telefonicznym,
- z możliwością zachowania anonimowości,
- bez obawy o stygmatyzację, czemu służy np. wydzielenie centrum kryzysowego z instytucji psychiatrycznych, nadawanie przyjaznych nazw (np. Ośrodek dla Zmęczonych Życiem w Wiedniu) czy określanie osób korzystających z pomocy raczej jako „klientów” niż „pacjentów”.

### III. 2. 3. Koncentracja na problemach kryzysowych i ograniczanie celów

W interwencji przedmiotem zainteresowania i opracowywania są problemy wywołane przez wydarzenie krytyczne i kryzys. Wydarzenie krytyczne doprowadza do powstania realnych trudności życiowych (np. pogorszenie sytuacji finansowej, niedostateczna opieka nad dziećmi, itp.), ale i zaburzenie równowagi jakim jest kryzys samo w sobie przysparza cierpienia i utrudnia, a czasem uniemożliwia rozstrzygnięcie powstałych problemów. Trafna interwencja jest nakierowana na umożliwienie radzenia sobie z trudną sytuacją, „(...) bez względu na przeszłe doświadczenia nieprzystosowawcze”, na „osiągnięcie poprawy, a nie wyleczenie” (Caplan i Grunebaum, 1967, s.340).

Podkreśla się, że w toku interwencji terapeuta koncentruje się na aktualnych problemach klienta, a nie na dostrzeganych przez siebie dysfunkcjach, czy nierozwiązanych problemach emocjonalnych z przeszłości (Jacobson, 1974). Może to być pewną trudnością dla profesjonalistów zorientowanych długoterminowo lub nastawionych na całościowe przebudowywanie osobowości. Parad H.J. i Parad (1991) sugerują w pierwszym kontakcie zadawanie kluczowych dla interwencji pytań o to, „co jest zmartwieniem klienta?” i „czemu przyszedł/przyszła po pomoc właśnie teraz?”, mogących ukierunkować terapeuta co do problemów aktualnie nurtujących klienta, a tym samym wyznaczać cele działania. „Nie ma miejsca na pracę z materiałem niezwiązanym bezpośrednio z kryzysem klienta” (Smith, 1978, s.404).

Cele ustala się – bardzo realistycznie - wspólnie z klientem na początku kontaktu (pierwsze lub drugie spotkanie). Zazwyczaj dotyczą one (Butcher i Koss, 1990; Rapoport, 1970): możliwie szybkiego usunięcia najbardziej dotkliwych objawów, przywrócenia równowagi emocjonalnej, osiągnięcia zrozumienia obecnego problemu i rozwinięcia zdolności do radzenia sobie w przyszłości. Jeśli okoliczności sprzyjają i osoba w kryzysie dysponuje użytecznymi zasobami, interwencja może zmierzać do rozpoznania obecnych stresorów i ich powiązania z przeszłym doświadczeniem oraz do zainicjowania nowych, adaptacyjnych strategii radzenia sobie (Rapoport, 1970).

### III. 2. 4. Znaczenie pierwszej rozmowy

W interwencji kryzysowej przywiązuje się dużą wagę do pierwszej rozmowy, gdyż może ona stać jedynym kontaktem danej osoby z instytucją kryzysową.. Jak się okazuje większość pacjentów korzysta z kilku spotkań terapeutycznych, a interwencja kryzysowa często obejmuje 1 lub 2 spotkania mimo zaplanowanego dalszego ciągu (Butcher i Koss, 1990). Stąd postulat by pierwsze spotkanie z klientem traktować tak jakby miało być ostatnim (Kazdin, 2000).

Przede wszystkim konieczna jest diagnoza (assessment) klienta i jego sytuacji (Rapoport, 1970), a więc diagnoza obecnego stanu kryzysu wywołanego przez wydarzenie, które również wymaga zidentyfikowania. Dla zrozumienia obecnego kryzysu potrzebna jest także analiza funkcjonowania osobowości w podstawowym zakresie, a więc dotycząca mechanizmów obronnych, zasobów osobistych, sposobów radzenia sobie, w tym sposobów radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w przeszłości. Diagnoza stanu kryzysowego obejmuje: naturę zdarzenia poprzedzającego (nie zawsze oczywistego nawet dla klienta), przyczyny aktualnej niemożności poradzenia sobie, zasięg dysfunkcji zachowania, a w szczególności zachowań samobójczych lub przemocy, możliwość uruchomienia zasobów w obecnej sytuacji, w tym zasobów społecznych (Rapoport, 1970).

Diagnoza współistnieje z oddziaływaniem terapeutycznym. Ograniczony czas trwania kryzysu i łączącej się z nim zwiększonej podatności na zmianę wymusza intensyfikowanie wysiłków z obu tych zakresów. Analiza stanu kryzysowego determinuje cele interwencji, które tak szybko jak to jest możliwe powinny być realizowane. Podkreśla się znaczącą wagę odbudowania nadziei, dzielenia się optymizmem, przywracania poczucia kontroli, aktywizowania klienta, sporządzenia planu rozwiązania kryzysu, wprowadzania zmiany zgodnej z celami interwencji i możliwej do wprowadzenia w obecnych warunkach (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983; Callahan, 1998; Parad H.J. i Parad, 1991; Rapoport).

Smith (1978) przedstawia następujące zadania pierwszej rozmowy:

- zidentyfikowanie wspólnie z klientem wydarzenia poprzedzającego,
- rozmowa o przeżyciach pacjenta związanych z kryzysem,
- wspólne z klientem analizowanie dotychczasowych prób radzenia sobie z kryzysem,
- zbadanie możliwości uzyskania pomocy przez klienta w otoczeniu,

- wyjaśnienie klientowi dlaczego znajduje się w kryzysie,
- zapoczątkowanie dyskusji dotyczącej działań mogących rozwiązać kryzys.

### **III. 2. 5. Szybka diagnoza (assessment)**

W interwencji, jak w każdej formie udzielania pomocy, trafna diagnoza problemów pacjenta sprzyja skutecznemu ich rozwiązaniu. W interwencji mniej istotna jest diagnoza psychiatryczna, raczej chodzi o oszacowanie stanu kryzysu i jego skutków (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983). Tym co najbardziej wyróżnia działania diagnostyczne w interwencji jest czynnik czasu. Zazwyczaj zaleca się spokojne i wnikliwe dochodzenie do diagnozy, ale w niektórych sytuacjach kryzysowych pojawia się jeszcze większa niż wynikająca z dynamiki kryzysu presja czasu. W sytuacjach tzw. ostrego kryzysu, gdy dochodzi do pojawienia się zachowań samobójczych, impulsywnych, agresywnych, zaostrenia objawów psychotycznych trzeba działać szybko przy posiadaniu niejednokrotnie tylko minimalnych informacji o sytuacji, stanie osoby, skutkach wydarzeniach krytycznego, itp. Czasem brakuje czasu lub nie ma możliwości zebrania większej ilości informacji, a konieczne jest podjęcie natychmiastowych decyzji (Rusk, 1971). Trudność działania w takich okolicznościach pogłębia fakt, że w sytuacji emergency interwencja obejmuje czasem tylko jedno spotkanie i nie ma możliwości ewentualnej korekty postępowania interwencyjnego, ani pogłębionego zrozumienia położenia klienta.

Minimalizacji skutków nietrafnej diagnozy (i tym samym interwencji) sprzyja na przykład ścisła współpraca z innymi agencjami, do których skierowana została osoba po interwencji. Ryzyko błędu diagnostycznego maleje też wraz z ograniczaniem celów interwencji i algorytmizacją procedur postępowania.

### **III. 2. 6. Odreagowanie emocjonalne**

W interwencji kryzysowej (a zwłaszcza w jej początkowej fazie) odreagowaniu przypisuje się znacznie ważniejszą rolę niż na przykład w psychoterapii (Marmor, 1980). Przeżywanie kryzysu – stanu zaburzonej równowagi emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej - skłania w sposób naturalny do spontanicznej ekspresji emocji i myśli. „Istnieją dane wskazujące, że możliwość porozmawiania o swoich uczuciach ma korzystny

wpływ i odwrotnie, że brak komunikacji może nasilić stres wywołany przez kryzys” (Silver i Wortman, 1984, s.68). Niejednokrotnie samo odreagowanie emocji stanowi element wystarczający do zmniejszenia napięcia i redukcji objawów do stopnia pozwalającego na dalsze samodzielne radzenie sobie z kryzysem (Rusk, 1971)

W sytuacji gdy jednak nie dochodzi do spontanicznego odreagowania interwencja zmierza do stworzenia warunków umożliwiających ekspresję emocji. Zachęcanie, odzwierciedlanie uczuć, tworzenie atmosfery akceptacji i bezpieczeństwa służy rozładowaniu napięcia, a jednocześnie jest okazją do okazania empatii, nawiązania i pogłębiania kontaktu. Pomocne może być odpowiadanie przez terapeutę na istotne, aktualne potrzeby emocjonalne klienta, np., osobie z poczuciem zagrożenia, przestraszonej, interwent stara się zapewnić minimum bezpieczeństwa (Echterling i in. 2005). Doświadczenie emocji służy także ich opracowaniu i zrozumieniu przez klienta, zapobiega ich wypieraniu i tłumieniu, a poprzez to sprzyja rozwiązywaniu problemów kryzysowych. Echterling sugeruje obniżanie emocji związanych z dystresem: niepokoju, złości czy depresji, a wzmacnianie tych, które mogą służyć rozwiązywaniu kryzysu: odwagi, współczucia i nadziei.

### **III. 2. 7. Wsparcie społeczne**

Wsparcie społeczne odgrywa rolę nie do przecenienia w sytuacjach kryzysowych (Caplan i Grunebaum, 1967; Kubacka-Jasiecka, 2004; Leśniak, 1996; Sęk, 1993; Silver i Wortman, 1984). Praktyka i badania naukowe postawiły wsparcie społeczne w roli buforu przed negatywnymi skutkami stresu życiowego i krytycznych wydarzeń, szczególnie gdy jest ono oczekiwane i trafne. Buforowy efekt wsparcia zależy od jednostkowej zdolności do inicjowania, poszukiwania i utrzymywania wspierającej relacji oraz subiektywnego poczucia potrzeby wsparcia, wsparcia otrzymanego i zdolności do wykorzystania go (Sęk, 1993).

W interwencji wobec osoby w kryzysie zadaniem pomagającego jest wspieranie emocjonalne zanim rozpocznie się proces rozważania możliwych rozwiązań problemu (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983). Niezbędne warunki komunikowania wsparcia wg Butchera i in. to wrażliwość i rozumienie sytuacji klienta, komunikowanie ciepła i akceptacji klienta oraz autentyczność reakcji terapeuty.

Kubacka-Jasiecka (2005) określa wsparcie osoby w kryzysie „wsparciem interwencyjnym”, czyli „krótkoterminowym, przejściowym wsparciem emocjonalnym”, w

którym ważniejsze są spontaniczność i zaangażowanie terapeuty niż profesjonalne techniki oddziaływania. Ze względu na możliwe zmniejszenie samodzielności klienta i jego poczucia samoskuteczności, osoba wspierająca powinna umieć dostrzegać i w porę zapobiegać rozwijającej się zależności klienta. Sęk (2001a) przytacza badania klientów ośrodka interwencji kryzysowej, z których wynika, że korzystanie przez nich z pomocy stacjonarnej wiązało się z obniżeniem samooceny. Efekt ten jest niwelowany, gdy wsparcie udzielane jest w sposób „niewidoczny”, jakby mimochodem, a odbiorca nie jest go świadomy.

Caplan (1967, 1984), a także inni autorzy (Bongar, 1995; Ewing, 1978; Parad 1971; Parad i Caplan, 1971; Schnyder, 1997; Schwartz, 1971) postulują włączanie osób bliskich klienta w proces interwencji. Członkowie prawidłowo funkcjonujących rodzin najczęściej stanowią wystarczające źródło wsparcia dla osoby w kryzysie, ale mogą potrzebować informacji jak rozumieć zachowanie swojego bliskiego lub jak najlepiej mu pomagać. Mogą sami znaleźć się w kryzysie i wówczas przejściowo tracą swoją wspierającą rolę. Wówczas interwencja może zapobiec kryzysowi rodziny poprzez uaktywnienie innych zasobów, odciążających osoby w kryzysie od zadań – w tym momencie - przerastających ich siły.

Z kolei gdy osoba w kryzysie nie dysponuje żadnym, nawet potencjalnym systemem naturalnego wsparcia serwis kryzysowy musi się stać przejściowo jedynym wsparciem do czasu, aż będzie możliwa praca nad budowaniem naturalnego wsparcia (Leśniak, 1996).

### **III. 2. 8. Relacja terapeutyczna**

Sytuacje kryzysu z towarzyszącym uczuciem bezradności, osłabienia mechanizmów obronnych sprzyjają regresji klienta i szybkiemu tworzeniu silnego, pozytywnego odniesienia do terapeuty (Flegenheimer, 1978). Ten typ relacji, jakkolwiek korzystny dla warunków leczenia, wymaga ciągłej kontroli ze strony terapeuty, by nie doprowadził do zależności i rzeczywistej regresji klienta. Terapeuta powinien być świadomy istniejącego zagrożenia i uprzedzać jego występowanie przez odpowiednie zastosowanie interpretacji przejawów przeniesienia, zapobieganie problemom z zakończeniem interwencji, utrzymywanie fizycznego dystansu (Flegenheimer, 1978; Wolman, 1977). Inaczej nie tylko odrzuca ważne źródło diagnostyczne, ale zwiększa ryzyko własnego przeciążenia, wikłania się w oddziaływania przekraczające ramy



interwencji i określa niemożliwe do zrealizowania cele (Bomba, 1994). Postawa empatyczna, nieautorytarna, stworzenie warunków bezpieczeństwa sprzyjające pozytywnej relacji klient-terapeuta, unikanie uzależniania się klienta pozwala nie tylko rozwiązać kryzys, ale także zwiększyć skuteczność ewentualnych późniejszych form pomocy (Flegenheimer, 1978). Wymaga to często niezwykle subtelnego rozróżnienia „odpowiedniego” do relacji interwencyjnej stopnia własnej aktywności i dyrektywności. Według Slaikeu (1990) podstawową zasadą powinno być zachęcanie klienta do robienia najwięcej jak się da samodzielnie z uwzględnieniem jego obecnych możliwości.

### **III. 3. Cechy terapeuty / interwenta kryzysowego**

Specyfika interwencji kryzysowej sprawia, że stosujące tę formę pomocy osoby spełniać powinny określone kryteria etyczne, osobowościowe i merytoryczne. Niektóre z nich zostaną teraz omówione.

#### **III. 3. 1. Aktywność**

Wielu autorów sugeruje, że interwencja wymaga od terapeuty większej aktywności, bezpośredniości i otwartości niż inne formy pomocy, np. psychoterapia (Burgess i Baldwin, 1981; Butcher i Koss, 1990; Smith, 1978). Ze względu na krótkotrwałą naturę interwencji potrzebne jest szybkie i aktywne włączenie klienta w skuteczne rozwiązywanie problemów. „Terapeuta kryzysowy musi być bezpośredni (*direct*) i otwarty, nie zaś dyrektywny ani kontrolujący” (Burgess i Baldwin, 1981, s.45). Jednak w sytuacjach emergencyjnych, gdy u klienta występuje wysoki poziom dezorganizacji zachowania i problemy z kontrolą emocji, dyrektywne sugestie czy rady osoby interweniującej, formułowanie gotowych planów działania muszą stanowić zasadniczą część interwencji (na przykład zadzwonienie po rodzica, odwiezienie do domu, nakłanianie do hospitalizacji).

#### **III. 3. 2. Elastyczność**

Z aktywnością wiąże się potrzeba elastyczności terapeuty, który w interwencji może występować naprzemiennie w kilku rolach jako: źródło wsparcia, źródło informacji, negocjator, doradca, opiekun, rzecznik klienta, nauczyciel (Bongar, 1995; Ewing, 1978;

Slaikeu, 1990; Smith, 1978; Wolman, 1977). Osobom stosującym interwencję kryzysową proponuje się podejście eklektyczne do problemów klienta i procesu pomagania jako warunek skuteczności oddziaływań (Burgess i Baldwin, 1981; Ewing, 1978; James i Gilliland, 2005). Ewing stwierdza nawet, że terapeuta powinien być „praktyczny” w znaczeniu umiejętności spożytkowania różnych koncepcji i podejść terapeutycznych w celu osiągnięcia lepszego przystosowania u klienta. Eklektyczny – według Jamesa i Gillilanda oznacza natomiast ciągłe poznawanie nowych koncepcji i podejść, doświadczanie ich w praktyce, superwizję, umiejętność korzystania z krytyki innych profesjonalistów, zdolność podejmowania ryzyka i odrzucania sposobów bezskutecznych w konkretnej sytuacji.

Inni autorzy podkreślają znaczenie braku rutyny w posiłkowaniu się różnorodnymi technikami terapeutycznymi (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983), i niedogmatycznego traktowania zasad szkoły terapeutycznej, z której się wywodzi.

### **III. 3. 3. Nadzieja i optymizm**

W pierwszym kontakcie z osobą w kryzysie szczególne znaczenie ma optymizm terapeuty i dawanie przez niego nadziei (Rapoport, 1970; Rusk, 1971). Oba te elementy są uważane za niezwykle istotne w każdej relacji terapeutycznej (Czabała, 1997/2006), ale w sytuacji kryzysu ich konfrontacja z poczuciem beznadziejności i bezradnością klienta nabiera szczególnego znaczenia. Kiedy terapeuta manifestuje swój autentyczny optymizm co do rozwiązania problemów kryzysowych, klient przejmuje od niego to nastawienie i zaczyna dostrzegać swoje problemy w bardziej elastyczny sposób (Butcher i in., 1983). Podkreśla się znaczenie unikania rutynowego pocieszania, czy wyrażania optymizmu bez realnych ku niemu podstaw.

### **III. 3. 4. Szczególne umiejętności**

Wielu autorów zastrzega, że interwencja nie jest ani formą pomocy „drugiego gatunku”, ani też działalnością łatwą. Greenstone i Leviton (2004) polemizują z przekonaniem, że wobec osób w kryzysie możliwe jest „robienie czegokolwiek byle tylko nie szkodzić”. Uważają, że pomoc osobom w kryzysie wymaga profesjonalnego przygotowania i jeśli osoba pomagająca nie ma takiego przygotowania, wówczas wyrządza

krzywdę. Niemożliwa jest „interwencja neutralna”: „Decyzja o interwencji oznacza akceptację faktu, że wasze działanie będzie miało bezpośredni, istotny wpływ na osobę przeżywającą kryzys” (s.63). Interwent kryzysowy jest dla człowieka w ostrym kryzysie kimś takim jak lekarz pogotowia ratunkowego dla ciężko zranionego fizycznie - nie może nie wiedzieć co zrobić! (Corsini, 1994).

Osoby uprawiające interwencję powinny dysponować umiejętnościami wymaganymi od każdego zajmującego się pomaganiem, czyli takimi jak: umiejętność okazywania empatii, autentyczności i ciepła, umiejętność uważnego słuchania i reagowania, dodawania otuchy, umiejętność poszukiwania różnych możliwych rozwiązań problemów. Powinny też wykazywać się umiejętnościami klinicznymi, na przykład umiejętnością dokonania oceny zagrożenia samobójstwem, rozpoznawania zaburzeń psychicznych, badania zasobów, podejmowania właściwych decyzji o dalszym leczeniu itp. (James i Gilliland, 2005; McGee, 1980).

Ponadto w interwencji niezbędne są specyficzne dla pomocy w kryzysie umiejętności: rozpoznawania kryzysu i wydarzenia go inicjującego, rozróżniania adaptacyjnych od nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie, oszacowania potrzeb klienta w kryzysie i skutków kryzysu, planowania działań rozwiązujących problemy kryzysowe, towarzyszenie klientowi w realizowaniu planu (Butcher i in.1983; McGee, 1980; Rapoport, 1970).

Z kolei Butcher (1983) stwierdza, że wiele problemów kryzysowych nie wymaga zaangażowania wysoko wyspecjalizowanych specjalistów dając za przykład centra kryzysowe obsługiwane przez wolontariuszy, ale i tam przecież wymaga się, by doradca potrafił (Berg, za: Slaikeu, 1990, s.100): okazywać empatię i zrozumienie problemów klienta, podsumowywać odbytą rozmowę, wzmacniać zasoby dostępne dla klienta, pomagać w rozwiązywaniu problemów.

### **III. 3. 5. Walory osobowe interwentów**

W literaturze charakteryzuje się walory osobiste pomagającego szczególnie przydatne w interwencji. James i Gilliland (2005) kładą nacisk na: doświadczenie życiowe, opanowanie, kreatywność i elastyczność, energię, refleks w myśleniu, nieustępliwość, zdolność do odroczenia, odwagę, poczucie rzeczywistości, spokój w obliczu zagrożenia, obiektywizm, jasny i pozytywny obraz siebie oraz wiarę w to, że ludzie są silni i zdolni do pokonywania przeciwności. Doświadczenie życiowe rozumieją nie tylko jako przeżycie

różnorodnych sytuacji trudnych w swoim życiu, ale raczej jako ich pozytywne i twórcze rozwiązanie. Interwent nie musi sam wcześniej przeżyć kryzysu by być skutecznym w pomaganiu, ale jeśli już przeżywał kryzys, to by móc pomagać innym powinien go przewyciężyć. Takie doświadczenia pomagają nabrać dystansu, stanowią o dojrzałości emocjonalnej i integracji wewnętrznej.

Z kolei Kubacka-Jasiecka (2005) wymienia dyspozycje osobowościowe sprzyjające efektywności oddziaływania interwenta:

- atrakcyjność w kontakcie, bezpośredniość, otwartość - sprzyjające nawiązywaniu kontaktu,
- empatyczność, przyjazne nastawienie, zrównoważenie sprzyjające zdobyciu zaufania,
- asertywność i poczucie mocy sprzyjające rozwiązywaniu problemów klienta,
- dojrzałość i silne poczucie tożsamości sprzyjające opanowaniu własnego niepokoju i leku w konfrontacji z cierpieniem,
- pozytywne postawy i zainteresowanie ludźmi sprzyjające spostrzeganiu innych jako wartościowych i godnych zaufania.

### **III. 4. Dobór klientów do interwencji**

Przegląd literatury prowadzi do wniosku, że interwencję kryzysową stosuje się do osób różniących się wiekiem, statusem społeczno-ekonomicznym, osobowością, sposobami radzenia sobie, diagnozą psychopatologiczną, itp. Rapoport sugerowała nieufność wobec twierdzeń o skuteczności interwencji dla każdego, a jednocześnie stwierdzała, że jednoznaczne wyróżnienie osób, dla których jest najbardziej i najmniej skuteczna nie jest możliwe.

Diagnoza psychiatryczna nie rozstrzyga jasno o skuteczności interwencji. Co prawda Ewing (1978), Rapoport (1970) i Ratna (1991) powołują się na opinie praktyków o nieprzydatności interwencji w stosunku do chorych psychicznie, ale jednocześnie przytaczają kontrargumenty. Skuteczne programy interwencji w ostrych stanach zaburzeń psychicznych, programy opieki środowiskowej i domowej dla chorych psychicznie z elementami interwencji przeczą tym opiniom.

Przeciwwskazaniem dla interwencji nie są również: długość trwania problemu (Butcher i Koss, 1990; Ewing), wiek, status społeczno-ekonomiczny (Ratna, 1991), choć do tego ostatniego istnieje akurat przeciwny pogląd. Ewing oraz Butcher i Koss przypisują

większe zainteresowanie krótszymi formami psychoterapii, a więc także interwencją osobom z niższych klas społecznych, słabiej wykształconym i uboższym.

Z kolei większą skuteczność interwencji obserwuje się w przypadku osób: z silnym ego, elastycznymi sposobami radzenia sobie (Rapoport), o dobrym, wcześniejszym poziomie przystosowania (Bongar i Butler, 1995; Butcher i Koss), z silną motywacją do uzyskania pomocy (Butcher i Koss; Ewing), a których problemy nie są bardzo nasilone i głębokie (Ewing). Nie oznacza to jednak istnienia ograniczeń w stosowaniu interwencji do innych grup klientów. Rapoport (1970) i Jacobson (1974) - autorytety w dziedzinie interwencji kryzysowej - wyraźnie podkreślają, że może ona być użyteczna dla osób z całego spektrum zdrowia psychicznego. Ratna (1991) ujmując rzecz dosadnie: „ograniczenia co do interwencji kryzysowej są polityczne, a nie kliniczne” (s.64).

### **III. 5. Rodzaje interwencji kryzysowej**

Istnienie licznych koncepcji interwencji pozwala na uprawianie jej na wiele sposobów. Często przywoływani w literaturze Jacobson, Strickler i Morley (1968) opisują oddziaływanie interwencji na poziomie kategoryalnym (*generic*) i indywidualnym. Podejście kategoryalne zakłada istnienie wzorca reakcji kryzysowej na określone wydarzenie i odnośnej procedury pomagania w takiej sytuacji. Wobec każdej osoby, która przeżyła dane wydarzenie zostaje zastosowana interwencja przewidziana w takich przypadkach bez względu na różnice indywidualne. Dla kontrastu, podejście indywidualne koncentruje się na indywidualnych, specyficznych dla danego klienta problemach powstałych w wyniku wydarzenia krytycznego i sposobach ich rozwiązania również dostosowanych do jego zasobów psychologicznych i aktualnych możliwości.

Wielu autorów dokonuje rozdziału nie tylko interwencji od psychoterapii krótkoterminowej, ale również podziału w zakresie samej interwencji. W zależności od przyjętego rozumienia kryzysu wyróżnia się odmienne rodzaje interwencji, nadając im różne nazwy i przypisując rolę w różnych fazach kryzysu.

Jako formę zapobiegania wystąpieniu kryzysu wyróżnia się: „prewencję kryzysową” (*crisis prevention*) (Bloom i Klein, 1995). Prewencja kryzysowa zastosowana przed pojawieniem się wydarzenia stresującego u osób z grup wysokiego ryzyka zabezpiecza je przed kryzysem – na przykład prewencja samobójcza lub prewencja u pacjentów medycznych przed czekającym ich niebezpiecznym zabiegiem chirurgicznym.

W czasie trwania kryzysu pojmowanego jako sytuacja zagrożenia (*emergency*) właściwa według Callahan (1998) staje się „interwencja w sytuacji zagrożenia” (*emergency intervention*). Taka interwencja zazwyczaj zawiera się w jednym spotkaniu nakierowanym na zmniejszenie lub wyeliminowanie rozpoznanego wcześniej niebezpieczeństwa i często ma charakter manipulacji środowiskowej – na przykład hospitalizacji lub ochrony zagrożonego dziecka.

Podobną funkcję spełnia „pierwsza pomoc psychologiczna” (*psychological first aid*) opisana przez K.A. Slaikeu (1990) jako natychmiastowa pomoc dostarczająca wsparcia, redukująca zagrożenia i doprowadzająca do uruchomienia potrzebnych zasobów przez osobę w kryzysie. Autor sugeruje, że pomoc taka może być udzielona przez każdą osobę, która jako pierwsza zauważy jej potrzebę i w miejscu, gdzie znajduje się osoba potrzebująca, na przykład policjant w czasie służby, nauczyciel lub duchowny.

Dla osób w ostrym kryzysie, z objawami zaburzeń psychicznych, niezdolnych w chwili aktualnej do poradzenia sobie z kryzysem Marmor (1979) proponuje „opiekę emergencyjną” (*emergency care*), której celem jest przyniesienie natychmiastowej pomocy.

„Wsparcie kryzysowe” (*crisis support*) przeznaczone jest dla klientów z długotrwałymi problemami psychologicznymi, ze słabym ego i niewielkim wsparciem społecznym, u których reakcja kryzysowa przebiega w postaci objawów zaburzeń psychicznych. Celem takiego wsparcia jest „modyfikowanie lub usuwanie stresu, dostarczenie wsparcia emocjonalnego, przywrócenie równowagi i zastępowanie tak długo jak to jest możliwe nieprzystosowanych sposobów radzenia sobie adaptacyjnymi” (s.285).

„Terapia kryzysowa” (*crisis therapy*), forma terapii krótkoterminowej, realizuje następujące cele: poprawa objawowa, pomoc w odzyskaniu równowagi, odkrycie i zrozumienie wydarzenia krytycznego, powiązanie obecnego kryzysu z poprzednimi doświadczeniami i problemami osobowościowymi, przygotowanie do lepszego radzenia sobie z przyszłymi kryzysami (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983; Slaikeu). Należy zauważyć, że cele tak opisywanej terapii pokrywają się z celami interwencji kryzysowej wymienianymi przez innych autorów.

## IV. Modele interwencji kryzysowej

### IV. 1. Przegląd modeli interwencji

W literaturze spotyka się opis wielu modeli interwencji (Aguilera, 1994; Badura-Madej, 1996; Burgess i Baldwin, 1981; Echterling i in. 2005; Fraser, 1998; Hoff, 1989; Jacobson, 1974; Pudukollu, 1991; Rhine i Weissberg, 1982; Rusk, 1971; Schnyder, 1997; Slaikeu, 1990). Można nawet odnieść wrażenie, że poszczególnym autorom, choć zazwyczaj odwołują się do wcześniejszych wzorców, zależy przede wszystkim na przedstawieniu własnego oryginalnego modelu.

Analiza tych modeli pozwala dostrzec pomiędzy nimi jedynie minimalne różnice, których źródłem jest baza teoretyczna, z której wywodzą się autorzy. I tak, spotkać można modele interwencji zbudowane na podejściu:

- poznawczym (Roberts, 2005),
- zorientowanym na rozwiązanie problemu (*problem-solving*, Aguilera, Burgess i Baldwin),
- psychoanalitycznym (Pilecka, 2004),
- skoncentrowanym na rozwiązaniu (*solution-focused*, Green i Mo-Yee, 1996),
- konstruktywistyczno-systemowym (Greene, 1998),
- społeczno-kulturowym (Hoff),
- logoterapeutycznym (Szcukiewicz, 2004) i
- zaczerpniętym z psychotraumatologii, a stosującym pojęcie *resilience*, oznaczającym zdolność człowieka do samoleczenia się po traumie (Echterling i in.).

Różnice pomiędzy modelami dotyczą także liczby i stopnia szczegółowości nazywania poszczególnych etapów interwencji. Z tego punktu widzenia najprostszy wydaje się model Sonnecka i Ringela z 1977 r. (za: Schnyder, 1997), składający się z 4 faz: rozpoczęcia, interwencji, zakończenia i katamnezy, lub podobnie zwięzły model zaproponowany przez Rhine'a i Weissberga (1982): nawiązanie kontaktu, zbieranie informacji, rozwiązywanie problemów. Inne modele zawierają więcej etapów i/lub bardziej konkretnie opisują działania interwencyjne.

Koncepcje prowadzenia interwencji różnią się ponadto rozłożeniem akcentów ważności poszczególnych działań interwencyjnych. Aguilera na przykład podkreśla znaczenie diagnozy kryzysu i wynikającego niej planowania działań, z kolei Slaikeu zwraca uwagę na współpracę z klientem w badaniu możliwych rozwiązań i towarzyszenie

w wypełnianiu przez niego planu. W gruncie rzeczy jednak nie ma rozbieżności między poszczególnymi modelami i można – a nawet trzeba – uznać je za komplementarne. Podobieństwo trzech wybranych, często cytowanych modeli: Jacobsona (1974) - modelu interwencji z Benjamin Rush Center, modelu Slaikeu (1990) i modelu Aguilery (1994) – autorki wielokrotnie wznawianych i uzupełnianych podręczników interwencji kryzysowej - przedstawia następująca tabela:

**Tabela 1. Modele interwencji**

<b>Etap interwencji</b>	<b>Model Jacobson</b>	<b>Model Slaikeu</b>	<b>Model Aguilera</b>
1.	Identyfikowanie zdarzenia poprzedzającego	Nawiązanie kontaktu	Diagnoza wydarzenia krytycznego i jego skutków (zagrożenie samobójstwem, dekompensacją psychiczną, użyciem przemocy)
2.	Zrozumienie emocjonalnego znaczenia tego zdarzenia dla klienta (rozpoznanie zagrożeń)	Badanie zakresu problemów kryzysowych: wydarzenia poprzedzającego, funkcjonowania przed i w czasie kryzysu, zasobów psychologicznych i społecznych	Plan interwencji z użyciem skutecznych sposobów radzenia sobie i społecznego wsparcia
3.	Diagnoza dynamiki kryzysu	Badanie możliwych rozwiązań przy aktywnym udziale klienta, szukanie nowych rozwiązań	Interwencja: - uzyskanie zrozumienia kryzysu i jego przyczyn, - pomoc w dotarciu do stłumionych emocji - badanie radzenia sobie, - otwarcie się na relacje z innymi ludźmi
4.	Interwencja dotycząca sfer: - poznawczej (nadanie bardziej adaptacyjnego znaczenia zdarzeniu), - emocjonalnej (pomoc w ekspresji emocji), - behawioralnej (mobilizacja zasobów, nowe sposoby radzenia sobie)	Towarzystwo w realizowaniu konkretnego planu	Rozwiązanie kryzysu i planowanie przyszłości
5.	Podsumowanie efektów i planowanie dalszej pomocy	Katamneza: kontrakt dotyczący ponownego spotkania po zakończeniu interwencji	



Wszystkie prezentowane modele zachowują tę samą kolejność poszczególnych faz:

- rozpoznawanie zdarzenia poprzedzającego/krytycznego,
- diagnozowanie: przejawów kryzysu i jego skutków, zasobów psychologicznych i społecznych, radzenia sobie,
- badanie możliwych rozwiązań, poszukiwanie nowych, konstruowanie planu wychodzenia z kryzysu,
- Działania zmierzające do: zrozumienie przez klienta jego stanu i skutków kryzysu, nadanie znaczenia temu co się stało, ekspresji emocji, próbowania skuteczniejszych sposobów radzenia sobie, mobilizowania społecznego wsparcia, towarzyszenia i wspierania realizowania planu,
- zakończenie w formie podsumowania efektów interwencji, planowania przyszłości, umówienia spotkania po pewnym czasie od zakończenia interwencji (*follow-up*).

Wielu autorów podkreśla znaczenie spotkania katamnesticznego (*follow-up*) w 2 – 3 miesiące po przeprowadzonej interwencji (Butcher, Stelmachers i Maudal, 1983; Corsini, 1994; Ewing, 1978; Schnyder, 1997). Spojrzenie z dystansu na przeżyty kryzys pozwala zintegrować go z dotychczasowym doświadczeniem życiowym i ocenić znaczenie doświadczeń z przebytej interwencji dla obecnego funkcjonowania. Takie spotkanie może stać się okazją do refleksji nad własnym lepszym radzeniem sobie, ugruntowania poczucia kontroli i własnej wartości, podsumowania przebytego okresu jako zakończonego sukcesem. Z osobami świadomymi swoich głębszych psychologicznych problemów można przedyskutować potrzebę dalszego leczenia lub psychoterapii. Natomiast w przypadku skierowania do innej, bardziej właściwej dla problemów danego klienta instytucji spotkanie katamnesticzne upewni o trafności tej decyzji lub pozwoli na korektę, gdy skierowanie nie wspomogło rozwiązania kryzysu.

Wszystkie te modele znajdują zastosowanie zarówno w interwencji składającej się z kilku, czy kilkunastu spotkań, jak i z jednego kontaktu, gdy interwencja przebiega na przykład przez telefon. W tym ostatnim przypadku kolejne etapy muszą ulec skróceniu, a interwencja ogranicza się do zaplanowania lub zapoczątkowania rozwiązania najbardziej dokuczliwych w danym momencie problemów.

## IV. 2. Siedmiostopniowy model interwencji Roberta

Interesującą propozycję prowadzenia interwencji przedstawił Roberts (2005). Jest to model oparty na podejściu poznawczym z uwzględnieniem dorobku psychotraumatologii, który w jasny, nieco bardziej szczegółowy sposób konkretyzuje działania w toku interwencji. Autor uważa swój model za syntezę koncepcji klasycznych: Caplana, Golan i Parada, gdzie celem interwencji staje się rozwiązanie najbardziej palących problemów i emocjonalnych konfliktów w minimalnej liczbie kontaktów. Sugeruje jego przydatność szczególnie w ostrych kryzysach i ostrych zaburzeniach potraumatycznych. Model ten – jak proponuje Roberts - należy traktować raczej jako „przewodnik” niż sztywny przepis postępowania w sytuacjach kryzysowych.

Etap interwencji przebiegają w następujący sposób:

### Etap 1: Planowanie i przeprowadzanie diagnozy kryzysu (*crisis assessment*)

Chodzi przede wszystkim o szybką i uważną ocenę ewentualnego zagrożenia samobójczego, zagrożenia zdrowia własnego lub innych osób, na przykład przedawkowanie narkotyków, groźba użycia przemocy wobec innych, stan psychiatryczny zagrażający wyniszczeniem fizycznym, ostry stan potraumatyczny. Konieczne jest także rozpoznanie aktualnej sytuacji psychosocjalnej klienta i osób stanowiących wsparcie, zapewnienie bezpieczeństwa w naturalnym środowisku i zaspokojenia podstawowych potrzeb.

Dla ułatwienia diagnozy autor zaleca analizę następujących zagadnień:

- Czy klient potrzebuje pomocy medycznej?
- Czy klient prezentuje jakiegokolwiek zachowania samobójcze i jakiego rodzaju, czy myśli o skrzywdzeniu siebie lub kogoś, użyciu przemocy?
- Czy klient doznaje przemocy domowej, wykorzystania seksualnego, jest ofiarą przestępstwa? Jeśli tak, to czy w tym momencie jest bezpieczny od kolejnego ataku?
- Czy dzieci są w niebezpieczeństwie?
- Czy ofiara powinna być natychmiast przewieziona do szpitala lub schroniska ?
- Czy klient znajduje się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?
- Czy miejsce, w którym obecnie mieszka klient jest bezpieczne (np. ze względu na ewentualną obecność osób stosujących przemoc)?

Jeśli sytuacja pozwala na dalsze zbieranie informacji diagnostycznych użyteczne poczynienie ustaleń dotyczących:

- stosowanych do tej pory sposobów radzenia sobie z sytuacją przez klienta, w celu dokonania oceny jego zdolności neutralizacji zagrożeń,
- w przypadku ofiar przemocy domowej - zakresu zagrożenia ze strony agresora i potencjalnych źródeł jego agresywności, tj. przeszłości przestępczej, nadużywania substancji psychoaktywnych, zachowań impulsywnych, niszczenia dobytku, a także rozpoznanie historii chorób psychicznych, diagnozy psychiatrycznej, wcześniejszych zachowań samobójczych, bezrobocia,
- w przypadku ofiar przestępstw – wcześniejszych przypadków doznawania przemocy (w tym z użyciem broni), epizodów nadużycia alkoholu lub narkotyków, zachowań samobójczych,
- otrzymywania przez klienta pogroźek, w tym gróźb pozbawienia życia,
- rozpoznania u klienta: depresji, zaburzeń lękowych, fobii, paranoidalnych halucynacji, ostrego stresu pourazowego, zaburzeń przystosowania, zaburzeń osobowości, zaburzeń po stresie pourazowym (PTSD), zaburzeń snu.

Oszacowanie zagrożeń sytuacji, w jakiej znajduje się klient, zagrożeń istniejących w nim samym, jak i w środowisku, pozwala na zapewnienie bezpieczeństwa i odpowiedniej pomocy jemu oraz ewentualnie innym osobom. Dotyczy to zarówno klientów, którzy wymagają pomocy w związku z agresywnym zachowaniem innych, jak i tych, w przypadku których wydarzenie krytyczne nie miało tak gwałtownego przebiegu (choroba bliskiego, rozstanie, kryzys małżeński).

### Etap 2: Nawiązanie kontaktu i tworzenie relacji terapeutycznej

W wielu przypadkach etap 1 zachodzi równocześnie z etapem 2, bywają jednak okoliczności gdy rozstrzygnięcie bezpieczeństwa klienta jest pierwszoplanowe (etap 1).

Konieczne jest nawiązanie kontaktu przy pełnej szacunku i akceptacji postawie interwenta, komunikowaniu klientowi trafności jego decyzji poszukiwania pomocy oraz nadziei na rozwiązanie jego problemów. Osoby w kryzysie często czują się osamotnione, winne, mogą mieć trudność w zaufaniu komukolwiek. Ważne zatem jest zadbanie o atmosferę bezpieczeństwa - trzeba pozwolić klientowi dyktować tempo rozmowy, utwierdzać go, że

obserwowane przez niego objawy są „normalną reakcją na nienormalną sytuację”. Bezwarunkowe wsparcie, życzliwy stosunek i uwaga okazują się niezbędne przy nawiązywaniu kontaktu.

### Etap 3: Identyfikowanie głównych problemów

Zadaniem interwenta staje się rozpoznanie zdarzenia poprzedzającego kryzys, „ostatniej kropli”, która spowodowała poszukiwanie pomocy („Co spowodowało, że poszukujesz pomocy właśnie teraz?”). Zdarza się, że klient nie jest świadomy przyczyn swojego stanu lub nie wiąże go z wydarzeniem z niedalekiej przeszłości lub bagatelizuje zagrożenie. Identyfikacja pozwoli klientowi zrozumieć indywidualne znaczenie tego, co go spotkało, a interwentowi – rozpoznać objawy kryzysu w odniesieniu do zdarzenia krytycznego.

Niezbędna jest też analiza dotychczas stosowanych strategii radzenia sobie z problemami, jakie powstały w związku z wydarzeniem krytycznym. W tym etapie klient i interwent koncentrują się ściśle na teraźniejszości (objawy kryzysu i problemy kryzysowe) i przeszłości, ale tej związanej z wydarzeniem krytycznym i na czasie, jaki upłynął do zgłoszenia się po pomoc.

### Etap 4: Zachęcanie do ekspresji uczuć i emocji

Działania interwenta zmierzające do odreagowywania emocji klienta związanych z przeżywanym kryzysem są nieodłącznie związane z poprzednimi etapami. Wyróżnienie ich jako treści odrębnego etapu zostało podyktowane troską o ich nieprzeoczenie w toku szybkiej diagnozy.

Emocje uwalniają się w sposób naturalny w czasie analizowania przebiegu zdarzenia krytycznego, radzenia sobie, problemów powstałych w wyniku kryzysu. Jeśli są zablokowane lub stłumione, interwent - posługując się technikami aktywnego słuchania - winien wspomagać ich ekspresję, tak by przykre przeżycia integrowały się z doświadczeniem klienta, a nie oddzielały się od niego. Obserwowanym symptomom przypisuje się znaczenie funkcjonalne, czyli pozwalające na unikanie cierpienia związanego z kryzysem. Interwent powinien podkreślać naturalność ich wystąpienia w sytuacji kryzysowej klienta.

### Etap 5: Badanie przeszłych prób radzenia sobie

Interwencja zmierza do zmodyfikowania nieskutecznych sposobów radzenia sobie. Wymaga to analizy dotychczas stosowanych strategii, a następnie uświadamiania i konfrontowania klienta z nieadaptacyjnymi strategiami. Kolejnym krokiem jest pomoc w ich zmianie i uczeniu się konstruktywnych sposobów radzenia sobie. Autor zaleca tu włączenie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu (*solution-based therapy*), która pozwoli na dostrzeżenie u klienta bogatych zasobów służących radzeniu sobie, a jego jako zdolnego do pokonania kryzysu (*resilient*) oraz wzmacnianie mocnych stron. Pomocne może tu być przywoływanie doświadczeń pozytywnego rozwiązania wcześniejszych kryzysów, odwoływanie się do „dobrych” okresów w życiu.

Równie ważne staje się analizowanie wspólnie z klientem różnych rozwiązań jego problemów kryzysowych, ich konsekwencji i emocji, jakie w nim wywołują. Wielu klientów dysponuje pomysłami rozwiązań i od interwenta oczekują tylko pomocy w ich adaptacyjnym sformułowaniu. Natomiast w przypadku klientów z niewielkimi zdolnościami introspekcji interwent musi przejąć inicjatywę i zasugerować metody rozwiązań.

### Etap 6: Odbudowanie funkcjonowania poznawczego poprzez sformułowanie planu działania

Interwent zorientowany poznawczo pracuje z klientami nad zrozumieniem jak wydarzenie krytyczne doprowadziło do kryzysu, przepracowuje je tak, by klient był wyposażony w skuteczne, adaptacyjne sposoby radzenia sobie w przyszłości. Wymaga to koncentracji w czasie interwencji na:

- realistycznej percepcji zdarzenia, przeżywanego kryzysu i jego skutków,
- nadaniu im specyficznego znaczenia zgodnego z przekonaniami, postawami i systemem wartości klienta; uwaga interwenta powinna być skupiona na identyfikowaniu ewentualnych przedwczesnych, irracjonalnych, nadmiernie uogólnionych, czy katastroficznych opinii klienta o zdarzeniu,
- przebudowaniu, zmianie zidentyfikowanych uprzednio błędnych przekonań poprzez dostarczanie informacji, kontaktowanie z osobami, które rozwiązały podobny kryzys (grupa wsparcia).

### Etap 7: Katamneza (follow-up)

W czasie ostatniego spotkania klient dowiaduje się, że kiedykolwiek będzie potrzebował pomocy w związku z kryzysem, który przeżył lub w innych okolicznościach interwent znajdzie dla niego czas. Taka możliwość ma znaczenie dla osób po wydarzeniach traumatycznych, gdy na przykład obserwuje się krótkotrwały powrót objawów pourazowych w symbolicznym czasie po zdarzeniu, np. w miesiąc, rok. Dla każdego klienta propozycja dodatkowego, kontrolnego spotkania ma znaczenie wspierające, nawet jeśli nigdy nie skorzystałby z tej propozycji.

## V. Współczesna praktyka interwencji kryzysowej

### V. 1. Praktyka interwencji na świecie

Współcześnie interwencja kryzysowa jest realizowana na wiele sposobów, w rozmaitych instytucjach, programach, stowarzyszeniach, itp., co odzwierciedla ogromną społeczną potrzebę jej stosowania. Jak szacował Roberts (1995) w USA rocznie 1,5 mln osób w ostrym kryzysie poszukuje pomocy w centrach kryzysowych lub przez telefon, a szacunki w innych krajach mogą być porównywalne. Uzyskanie pomocy przez tak dużą liczbę osób, jej poziom i zakres zależy od lokalnych decyzji, a te z kolei, od wielu czynników natury politycznej, społecznej, finansowej (Clarke i Scanlon, 1999; Roberts i Camasso, 1994). Z drugiej strony struktura pomocy powinna być dostosowana do istniejących w danej społeczności potrzeb: np. zwiększonego bezrobocia, ubóstwa pewnej grupy społecznej, wzrostu liczby imigrantów, itp. Z tego też powodu istnieje taka różnorodność usług kryzysowych nawet w obrębie jednego kraju, czy regionu. Różnorodność jest wpisana w model interwencji kryzysowej: „Nie ma jednego poprawnego wzoru na funkcjonowanie serwisu kryzysowego w danym rejonie, czy społeczności. Ważne, by zaczynać ze świadomością podstawowych zasad interwencji kryzysowej i w powiązaniu ze wszystkimi instytucjami i agencjami istniejącego systemu pomocy.” (Newton, 1989, s.3).

Analiza materiałów dotyczących funkcjonowania pomocy kryzysowej w różnych krajach: USA, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Holandii, Francji, Austrii (De Clerq, Lamarre i Vergouwen, 1998; Frei, 1993; Richartz, van Eijk i Milius, 1993; Roberts, 2005; Smith, 2004; Sonneck, Till i Strauss, 1978; Tomlinson i Allen, 1999), pozwala na wyróżnienie następujących, najbardziej typowych struktur, w których jest stosowana.

- Oddziały kryzysowe przy szpitalach (crisis units)

Akty prawne z zakresu promocji zdrowia psychicznego w wielu krajach (na przykład. w USA i Wielkiej Brytanii) stworzyły warunki formalne do włączenia już w latach 60-tych interwencji do środowiskowego systemu ochrony zdrowia psychicznego. W ten sposób powstawały oddziały kryzysowe w obrębie szpitali ogólnych lub psychiatrycznych (Bartolucci i Drayer, 1973; Clarke i Scanlon, 1999; McGee, 1980; Roberts, 2005; Tschacher, 1996) przygotowane do pomagania osobom w sytuacji nagłego

pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, jak i kryzysach psychosocjalnych. Czynne przez 24 godziny, wyposażone w łóżka, przewidziane są dla wszystkich sytuacji ostrego kryzysu wymagających leczenia farmakologicznego i obserwacji klinicznej, choć możliwa też jest pomoc w trybie ambulatoryjnym, zwłaszcza w nocy, gdy alternatywne placówki pomocy są nieczynne. Ze względu na umiejscowienie w strukturach medycznych oddziały te należą do instytucji psychiatrycznych, a personel stanowią klinicyści: psychiatrzy, pielęgniarki psychiatryczne, psychologowie, pracownicy socjalni ze specjalnością kliniczną. Z pomocy tych oddziałów korzystają przede wszystkim osoby w ostrych stanach zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych, osoby, które zostały napadnięte, osoby w różnych stadiach intoksykacji alkoholowej lub innej. Niejednokrotnie oddziały takie mają swoją specjalizację: np. w Hajfie (Izrael) przy miejskim szpitalu ogólnym mieści się oddział „Nr 7”, do którego trafiają wszystkie osoby po napadach seksualnych zanim jeszcze zaczną się czynności dochodzeniowe.

Obok farmakoterapii w oddziałach kryzysowych prowadzona jest interwencja w stosunku do pacjenta i rodziny, poradnictwo, wsparcie. Pobyt w oddziale jest krótkotrwały – od kilku dni do kilku tygodni, a następnie pacjenci zostają skierowani do dalszego leczenia lub pomocy w innych instytucjach jeśli zachodzi taka konieczność (McGee, 1980).

- Ośrodki interwencji kryzysowej (*crisis intervention center, mental health crisis service, outpatient crisis center*)

Funkcjonują jako odrębne instytucje lub część poradni zdrowia psychicznego w ramach psychiatrii emergencyjnej, pomocy społecznej lub organizacji pozarządowych. Standardy interwencji wyznaczają ich całodobowe funkcjonowanie i dostępność bez skierowań i list oczekujących. Istnieją jednak centra działające krócej niż przez całą dobę, np. w godzinach dziennych, ale wówczas współpracują ze służbami pierwszej pomocy, funkcjonującymi w nocy (Ramon, 1999). Radway (1999) cytuje badania, z których wynika, że pacjenci psychiatryczni oczekują przede wszystkim: „zespołu interwencji kryzysowej dostępnego o każdej porze dnia i nocy; domu kryzysowego (*crisis house*) będącego ucieczką od stresujących sytuacji; serwisu oddalonego od szpitala; szerokiego wachlarza praktycznego (nie-psychiatrycznego) wsparcia” (s.62).

W ośrodkach kryzysowych możliwe jest prowadzenie interwencji w kontakcie osobistym i przez telefon, niektóre dysponują własnym hostelem, gdzie istnieje możliwość



krótkotrwałego zatrzymania się i przez to intensyfikacji oddziaływań rozwiązujących kryzys.

We wszystkich ośrodkach bez względu na ich charakter i przeznaczenie dominują następujące grupy klientów (Katschnig i Konieczna, 1987; Ramon, 1999):

1. chronicznie chorzy psychicznie funkcjonujący w społeczeństwie, dla których sytuacje stresowe, przy braku wsparcia społecznego są poważnym zagrożeniem,
2. osoby w kryzysach psychospołecznych (w odróżnieniu od kryzysów psychicznych) związanych z urazowymi wydarzeniami życiowymi,
3. osoby z ostrymi zaburzeniami psychicznymi (jak intoksykacje, psychozy, itp.),
4. osoby pod wpływem alkoholu (szczególnie w rozmowach telefonicznych).

Z narodowego przeglądu ośrodków i oddziałów kryzysowych w USA, przeprowadzonego przez Roberta i Camasso (1994) na początku lat 90-tych wynika, że instytucje te obsługiwały średnio 5409 klientów rocznie. Obok interwencji w wymiarze indywidualnym oferuje się interwencję w rodzinie, psychoterapię krótkoterminową, poradnictwo, wsparcie, asystowanie i pomoc w realizowaniu planu rozwiązania kryzysu. W skład personelu w zależności od profilu centrum wchodzi: pracownicy socjalni, psychologowie, pielęgniarki psychiatryczne, psychiatrzy, doradcy rodzinni, psychoterapeuci (Roberts i Camasso; De Clercq, Lamarre i Vergouwen, 1998).

- Ruchome służby kryzysowe (*mobile crisis units, emergency duty teams, home treatment service*)

Nowatorska forma interwencji polegająca na udzielaniu pomocy w naturalnym środowisku klienta – jego domu lub na miejscu zdarzenia krytycznego, choć jej początki sięgają lat 20-tych XX wieku (Ligon, 2005). Interwencja domowa uznawana jest za skuteczną alternatywę dla hospitalizacji psychiatrycznej, dostrzega się jej zalety związane z naturalnym włączeniem osób bliskich do pomocy klientowi, wreszcie podkreśla się rolę wczesnego reagowania, gdy sytuacja kryzysu nie jest jeszcze tak rozległa (De Clercq i in., 1998; Radway, 1999). Najczęściej spotyka się rozwiązanie polegające na możliwości wezwania profesjonalnego zespołu interwencyjnego poza godzinami przyjęć standardowych instytucji pomocowych, a więc wieczorami, w nocy, weekendy (Smith, 2004.). Interwencje przebiegają w czasie jednej lub kilku wizyt, choć możliwy jest dłużej trwający, regularny kontakt (Chiu i Primeau, 1991).

Ponieważ ruchomy system pomocy związany jest z systemem leczenia psychiatrycznego w skład zespołu wchodzi najczęściej: psychiatrzy, pielęgniarki psychiatryczne i/lub pracownicy socjalni. Programy ruchomych służb kryzysowych różnią się między sobą – mogą być nakierowane na leczenie nagłych, zachorowań psychiatrycznych, inne na rodzinną interwencję w kryzysach związanych z nagłymi wydarzeniami krytycznymi, a jeszcze inne wykonują pracę w środowisku (*street workerów*), działając w różnego rodzaju grupach ryzyka (Ligon, 2005). W tych ostatnich częściej spotyka się przeszkolonych wolontariuszy. Zespoły kryzysowe ściśle współpracują z lokalnym systemem pomocy oraz innymi służbami emergencyjnymi – przede wszystkim z policją (Richartz, van Eijk i Milius, 1993).

- Ośrodki zapobiegania samobójstwom

Ośrodki te prowadzone przez organizacje na rzecz prewencji samobójczej, na przykład *Samaritans*, funkcjonują jako odrębne instytucje lub w ramach środowiskowego systemu ochrony zdrowia psychicznego, jako ośrodki interwencji kryzysowej. Udzielają przede wszystkim pomocy przez telefon, np. Samaritans w Wielkiej Brytanii i Irlandii prowadzą rocznie 23 tysiące rozmów (O'Connor i Sheehy, 2003), przynosząc ulgę ludziom w sytuacjach kryzysowych. Personel stanowią głównie przeszkoleni wolontariusze, pracownicy socjalni, psychologowie (Roberts, 2005).

- Pomoc telefoniczna

Interwencja oraz inne formy pomocy udzielanej w czasie rozmowy telefonicznej mają swoje specjalizacje: obok zapobiegania samobójstwom napotkać można telefony zaufania dla ofiar przemocy domowej (na przykład. w Polsce tzw. Niebieska Linia), osób wykorzystanych seksualnie, uzależnionych, zarażonych wirusem HIV, itp. W USA, jak opisuje Roberts (2005), osoba poszukująca pomocy zostaje skierowana niezwłocznie do odpowiedniej instytucji lub telefonu zaufania przez dyżurnego policjanta lub przez lokalną informację telefoniczną.

Telefony kryzysowe są czynne przez całą dobę lub kilka godzin. Umożliwiają zachowanie anonimowości i uniknięcie etykietyzacji, co spełnia oczekiwania wielu osób w kryzysie. Uznawane są za ważne źródło wsparcia dla ludzi w kryzysie, chociaż często bywają obsługiwane przez doradców bez profesjonalnego przygotowania i z małym

doświadczeniem (King, Nurcombe, Bickman, Hides i Reid, 2003). Ich dostępność i możliwość zachowania anonimowości stanowią bazę prewencji samobójczej – uważa się, że więcej niż w 10 % rozmów prowadzonych w poradnictwie telefonicznym zawarte są myśli lub zamiary samobójcze bez względu na problemy zgłaszane przez dzwoniącego i specyfikę danej pomocy telefonicznej (King i in., 2003).

Waters i Finn (1995) rozpowszechnienie pomocy telefonicznej wiąże z następującymi jej cechami: niskimi kosztami finansowymi ich utrzymania, ogólniejszymi celami interwencji nie wymagającymi wysokich profesjonalnych umiejętności i zazwyczaj szerokim zakresem działania, co powoduje ich przydatność w różnych sytuacjach kryzysowych. Albers i Foster (1995) szacują, że w USA około półtora miliona osób korzysta rocznie z pomocy telefonicznej.

- Schroniska, hostele, domy kryzysowe (crisis house)

Przewidziane jako doraźne miejsca schronienia dla osób w kryzysie – np. schroniska dla maltretowanych kobiet i dzieci (Dobrzyńska-Mesterhazy, 1996; Roberts, 2005) – na określony czas, na przykład 1-2 dni lub kilka miesięcy, gdzie oprócz noclegu i podstawowej opieki przeprowadza się interwencję w ostrej fazie kryzysu. Możliwe są również schroniska przyjmujące osoby już po przebytych kryzysie – osoby bezdomne na skutek kryzysu w rodzinie – lub domy kryzysowe oferujące możliwość zamieszkania ludziom w różnych fazach kryzysu, związanego z różnymi wydarzeniami krytycznymi (Jenkinson, 1999). Wśród zalet domów kryzysowych Ramon (1999) wymienia: minimalizację stygmatyzacji, możliwość uzyskania wsparcia od współmieszkańców i oferowanie normalnego trybu życia, bo mieszkaniem jest raczej gościem niż pacjentem.

- Programy kryzysowe

Programy takie nakierowane są na różne grupy osób w kryzysach, a prowadzone przez różne instytucje i organizacje, czasem nie związane bezpośrednio z interwencją kryzysową. Odmienności dotyczą nie tylko adresatów i wykonawców, ale także zakresu podejmowanej interwencji i czasu trwania programu. Istnieją programy długotrwałe, zakorzenione w systemie opieki psychiatrycznej, na przykład: program realizowany w Connecticut łączący leczenie w oddziale dziennym z pobytem w domu kryzysowym

(Ramon, 1999), czy programy dla osób zgwałconych, realizowane przez środowiskowe ośrodki zdrowia psychicznego lub organizacje feministyczne (Roberts, 2005).

Spotyka się również programy rozwinięte dzięki rządowym grantom badawczym lub oferowane przez fundacje obejmujące pomocą pewną szczególną grupę odbiorców przez krótszy czas (James i Gilliland, 2005). Coraz częściej spotykane zespoły szybkiego reagowania w sytuacjach masowych katastrof, czy aktów terroru są tu najlepszym przykładem. Złożone z profesjonalistów udających się na miejsce wydarzenia traumatycznego, których pomoc jest sponsorowana przez władze centralne (na przykład Krajowy Program Reagowania Kryzysowego w USA), lokalne lub międzynarodowe organizacje społeczne (Czerwony Krzyż, NOVA). Zadaniem tych zespołów jest szybkie oszacowanie skutków psychologicznych i zdrowotnych zdarzenia w społeczności, pomoc w radzeniu sobie ze stresem pourazowym, utratą i zapobieganie jego utrwalaniu się.

Wreszcie cele tych programów mogą obejmować prewencję na każdym z wymienionych przez Caplana stopni. Na przykład program „Peer Counseling” przeznaczony dla policjantów dostarczający im natychmiastowego wsparcia i emocjonalnej pierwszej pomocy w związku z pełnionymi obciążającymi obowiązkami (Greenstone, Dunn i Leviton, 1995) służy zapobieganiu kryzysom - prewencja pierwszego stopnia. Z kolei istnieją programy zapobiegające kryzysom u osób z nieprawidłowościami rozwojowymi i zaburzeniami psychicznymi (Shoham-Vardi i in. 1996; Rudolph, Lakin, Oslund i Larson, 1998), które spełniają warunki prewencji trzeciego stopnia.

- Interwencja elektroniczna

Od czasu upowszechnienia się Internetu można odnaleźć strony, na których prowadzone są usługi z zakresu poradnictwa kryzysowego. Do swojej działalności porozumiewanie się internetowe włączają już istniejące serwisy, na przykład Samaritans, gdzie codziennie wolontariusze odpowiadają na elektroniczne listy (James, Gilliland). Obok zalet takich jak łatwość dostępu, względna szybkość otrzymania pomocy, pojawiają się problemy związane z zachowaniem anonimowości w sieci internetowej, a także z odpowiedzialnością za profesjonalizm prowadzonych interwencji. Meyer (za: James i Gilliland) w raporcie dotyczącym stron internetowych prowadzących „poradnictwo kryzysowe” przestrzegł przed możliwością oszustwa, a nawet psychiczną i finansową szkodą możliwą w zetknięciu z niektórymi ofertami pomocy on-line.

## V. 2. Interwencja kryzysowa w Polsce współcześnie.

Dane zebrane przez Departament Pomocy Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej mówią o istnieniu 61 instytucji pomocy kryzysowej prowadzonych przez powiaty w 2003 r. i 23 – prowadzonych przez inne podmioty, a finansowane ze środków powiatowych (Leśniak, Madejski i Szlagura, 2005). Z kolei na jednej ze stron internetowych poświęconych interwencji kryzysowej ([www.interwencjakryzysowa.pl](http://www.interwencjakryzysowa.pl)) zarejestrowało się 60 instytucji i organizacji służących pomocą ludziom w kryzysie lub działających na ich rzecz. Są wśród nich samodzielne ośrodki działające całodobowo, wyposażone w miejsca hostelowe oraz małe, noszące nazwę „punkt interwencji kryzysowej” związane instytucjonalnie z ośrodkiem pomocy społecznej lub powiatowym centrum pomocy rodzinie, czynne kilka godzin w tygodniu. Część z nich zajmuje się udzielaniem pomocy w różnego rodzaju kryzysach, a część ma swoją specjalizację i jest to najczęściej pomoc osobom doświadczającym przemocy ze strony bliskich.

Wśród stosowanych form interwencji spotyka się: interwencję w kontakcie osobistym, telefonicznym, a także poza siedzibą ośrodka, na przykład na miejscu zdarzenia traumatycznego. W niektórych ośrodkach prowadzi się też psychoterapię kryzysową, grupy wsparcia, możliwe są konsultacje prawnika, psychiatry, duchownego.

W zakresie oddziaływania mieszczą się kryzysy rozwojowe i kryzysy spowodowane przez wydarzenia życiowe, takie jak: rozwód, zdrada, przemoc, wykorzystanie seksualne, śmierć osoby bliskiej, bezrobocie, wydarzenia traumatyczne, zachowania samobójcze, a więc kryzysy określane w literaturze niemieckojęzycznej jako „psychosocjalne” (Sonneck, Till i Strauss, 1978). W warunkach polskich charakterystyczny jest brak powiązania interwencji kryzysowej z instytucjami opieki zdrowotnej, tak silnie zaznaczonego w Europie Zachodniej i USA. Prawie nie spotyka się takich placówek jak: przyszpitalny oddział interwencji kryzysowej, czy ośrodek interwencji kryzysowej przy środowiskowej poradni zdrowia psychicznego.

Autorzy opracowania o stanie ośrodków interwencji kryzysowej w 2004 r. (Leśniak i in., 2005) wśród słabości polskiej interwencji kryzysowej wymieniają: niespełnianie standardów całodobowej dostępności i gotowości do zajmowania się różnymi sytuacjami kryzysowymi oraz zależność zakresu działalności od lokalnej koniunktury finansowej i politycznej. Dostrzegają natomiast wzrost świadomości społecznej dotyczącej znaczenia interwencji jako skutecznej metody pomocy i co za tym idzie – wzrost potrzeby jej stosowania w różnych środowiskach.

Specyfiką polską jest umiejscowienie pomocy kryzysowej w systemie pomocy społecznej, co zostało zapoczątkowane Ustawą o pomocy społecznej z 1998 r. i dodatkowo wzmocnione jej nowelizacją w 2004 r. i zapisami Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2005 r.. W obu tych Ustawach zamieszczono definicje interwencji kryzysowej (art. 47 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. i art.16 Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy). Takie ustawowe określenie interwencji podnosi jej rangę i uprawomocnia jej stosowanie przez rzesze praktyków, ale jednocześnie skutkuje ograniczeniem jej znaczenia do jednego tylko rodzaju kryzysu – przemocy wewnątrzrodzinnej – ze szkodą dla innych, np. wydarzeń traumatycznych, czy zachowań suicydalnych. Być może nowe pole działalności otworzy uchwalenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego projekt wyznacza znaczącą rolę dla ośrodków i interwencji kryzysowej w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom (Czabała, 2006). Przewiduje się tam stosowanie interwencji między innymi w kryzysach rozwojowych, stresie pourazowym, w sytuacjach zagrożenia samobójstwem i nadmiernego obciążenia dla zdrowia psychicznego jednostek i rodzin.

Poza obszarem instytucjonalnej interwencji kryzysowej niezwykle cenną działalność na rzecz osób w kryzysie prowadzą liczne organizacje pozarządowe, na przykład: Polska Akcja Humanitarna, Fundacja „Dzieci Niczyje”, Centrum Praw Kobiet, La Strada, itp. Nieskrępowane formalnymi wymaganiami i podległościami, oparte na spontanicznej woli działania organizacje penetrują środowiska i problemy społeczne wyciągając na światło dzienne ważne sprawy i ujmując się za pokrzywdzonymi.

Dobrym przykładem takiej działalności jest krakowskie Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, które praktykuje interwencję kryzysową wspierającą aktywność na rzecz zmian społecznych. Promuje i inicjuje działania przeciw dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, wyznanie, narodowość, orientację seksualną, ubóstwo. Wspiera społeczności znajdujące się w kryzysie, na przykład dotknięte klęską żywiołową, czy aktami przemocy poprzez świadczenie pomocy psychologicznej, dostarczanie informacji, wspólne opracowanie programów przezwyciężenia kryzysu, prowadzenie szkoleń i akcji edukacyjnych. Towarzystwo brało udział w opracowywaniu Krajowego Programu Działań na Rzecz Kobiet, podejmowało interwencje skierowane przeciwko dyskryminacji Romów w Polsce, prowadzi projekty zwiększające udział w życiu publicznym grup narażonych na dyskryminację oraz przeciwdziałające „zbrodniom z nienawiści”, czyli przestępstwom motywowanym uprzedzeniami i stereotypami.

## **VI. Rezultaty interwencji kryzysowej – przegląd badań**

### **VI. 1. Znaczenie ewaluacji interwencji – uwagi ogólne**

Od początku stosowania interwencji kryzysowej praktycy byli świadomi ogromnej wagi jej ewaluacji (Auerbach i Kilmann, 1977; Jacobson, 1980; Rapoport, 1970; Smith, 1978). „Żadna dyskusja dotycząca prewencji pierwotnej nie będzie kompletna bez odniesienia do problemów konceptualizacji i ewaluacji” (Caplan i Grunebaum, 1967).

Nurt badań nad rezultatami interwencji współistniał z badaniami o szerszym zasięgu nad efektami psychoterapii. Wyniki wielu badań w dziedzinie psychoterapii pozwoliły na stwierdzenie, że psychoterapia jest skuteczną metodą pomocy psychologicznej dla około 65% korzystających z niej osób bez względu na zastosowane podejście psychoterapeutyczne i wpływ czynnika czasu (Rakowska, 2005). Przynosi zmiany w obrębie: objawów i problemów uwarunkowanych sytuacjami zewnętrznymi, nieprzystosowawczych schematów poznawczych, aktualnych konfliktów interpersonalnych, konfliktów w rodzinie i innych systemach oraz konfliktów intrapsychicznych (Prochaska i DiClemente, za: Czabała, 1997).

Już w latach 80-tych XX w. wiadomo było, że nie ma istotnych różnic w rezultatach psychoterapii długo- i krótkoterminowych (do których zalicza się często interwencję kryzysową), a te ostatnie są znacznie tańsze (Dziegielewski i Powers, 2005; Saposnek, 1984) i coraz bardziej zgodne z oczekiwaniami przez klientów krótkotrwałej pomocy (Butcher i Koss, 1990).

Do popularności interwencji przyczyniły się wydarzenia 11 września 2001 r., po których pojawiły się w USA rządowe programy działania w sytuacjach kryzysowych. Programy te kładą szczególny nacisk na ewaluację: badanie rezultatów i czynników prowadzących do skutecznej interwencji (Ryan i Schuerman, 2004), gdyż współcześnie skuteczność stała się równie ważna jak sam proces pomagania (Dziegielewski i Roberts, 2004). Również Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego w USA zachęcił w 2002 r. do prowadzenia badań empirycznych w dziedzinie interwencji kryzysowej (Roberts i Everly, 2006).

W środowisku praktyków interwencji kryzysowej wzmocnił się ruch „praktyki opartej na dowodach” (*evidence-based practice*) i „badań opartych na praktyce” (*practice-based research*), promujący naukowe, nie zaś intuicyjne podejście do praktyki klinicznej. Z badań prowadzonych w ośrodkach uniwersyteckich i centrach medycznych najlepsze

empiryczne wskazówki przechodzą do praktyków, dostarczając optymalnych sposobów diagnozowania, budowania planów leczenia oraz prowadzenia interwencji (Roberts i Yeager, 2004). Praktyka oparta na dowodach oznacza – według tych autorów – podejście, w którym:

- decyzje interwencyjne mają zaplecze empiryczne potwierdzone badaniami,
- interwencje ocenia się w celu ich dopasowania do praktycznej sytuacji („te konkretne działania w stosunku do tego konkretnego klienta przyniosą przewidywalne, pozytywne i skuteczne rezultaty”),
- regularnie monitoruje się i ewentualnie zmienia sposób interwencji w zależności od wyników ewaluacji.

Informacje na temat skuteczności i rezultatów pochodzą z zastosowania krótkich narzędzi diagnostycznych, obserwacji przypadków i poprawnych metodologicznie badań prowadzonych w różnych placówkach. Oznacza to szacowanie, czy konkretnie sformułowany i identyfikowalny cel terapeutyczny został osiągnięty w najkrótszym czasie, najmniejszym nakładem finansowym i najmniejszym nakładem pracy pomagającego (Dziegielewski i Roberts, 2004). Sposobem na otrzymywanie tak wartościowego materiału jest, zdaniem Camasso (2004), umieszczenie ewaluacji rezultatów w centrum uwagi specjalistów. Posługiwanie się odpowiednio dobranymi do problemów klienta interwencjami jest jednym z czynników zwiększających skuteczność psychoterapii (Czabała, 1997; Rakowska, 1996) i interwencji (Roberts, 1990).

Mierzenie rezultatów przynosi trojake korzyści (Sperry, Brill, Howard i Grissom, 1996):

- pozwala na rozpoznanie skutecznych rodzajów leczenia, a to poprzez ocenę stanu pacjentów przed i po leczeniu,
- daje natychmiastową informację zwrotną, która umożliwia identyfikowanie pacjentów uzyskujących poprawę i tych, którzy wymagają zmiany sposobu leczenia ze względu na brak postępu,
- pozwala na unikanie straty finansowej na leczenie nieskuteczne.

Badanie rezultatu w interwencji kryzysowej wydaje się szczególnie ważne ze względu na jej krótkotrwałość, która może nie stworzyć warunków do zmiany ewentualnej błędnej interwencji osoby pomagającej. Krótkotrwały kontakt nie pozwala na obserwowanie pełnego procesu wychodzenia z kryzysu, często kończy się na etapie



zapoczątkowania zmian u klienta i nie wiadomo w jakim kierunku one podążą (Butcher i in., 1983; Dziegielewski i Powers, 2005). Interwencja w swoich założeniach nie tylko wspomaga rozwiązanie obecnego kryzysu, ale może mieć znaczący wpływ na zdolność do radzenia sobie z przyszłymi kryzysami, co wzmacnia sens obserwowania jej rezultatów krótko- i długotrwałych (Dziegielewski i Powers). Stąd potrzeba oceny wyników prowadzonych działań, jak również badanie ich związku z procesem interwencji (Caplan i Grunebaum, 1967; Slaikeu, 1990). Badanie zmiennych wpływających na efekt interwencji ma pierwszorzędne znaczenie, gdyż w tak krótko trwającej pomocy subtelne niuanse relacji: interwent-klient nabierają niezwyklej wagi (Auerbach, 1983).

Zdaniem Jacobsona (1980) podstawowym problemem ewaluacyjnym nie jest to, czy interwencja kryzysowa jest skuteczna, bo wiele badań i praktyka kilku dziesięcioleci wskazuje na jej efektywność. Ogólne badania skuteczności wskazują przecieź, że mierzona poprawa została stwierdzona u 60-70% klientów, którzy przeszli terapie kryzysowe (Bongar i Butler, 1995). Jacobson uważa, że prawdziwym problemem jest odpowiedź na pytanie, czy rezultaty interwencji są znacząco lepsze niż innego sposobu leczenia lub pomagania w długi czas po jej zakończeniu. Powers (1990) formułuje dodatkowo pytania o to jakie techniki interwencji są najbardziej skuteczne dla jakich klientów, jakich problemów i w jakich okolicznościach.

## **VI. 2. Problemy badań nad interwencją kryzysową**

Właściwie wszyscy autorzy zajmujący się, choćby marginalnie badaniami nad interwencją zauważają ich zbyt małą liczbę w stosunku do tak rozpowszechnionej praktyki, a jednocześnie ich niedostatki metodologiczne. Dotyczy to zarówno autorów analizujących badania w latach 60-tych i 70-tych XX w. (Auerbach i Kilmann, 1977; Caplan i Grunebaum; Rapoport, 1970; Smith, 1978), jak i na przełomie wieków (Camasso, 2004; Dziegielewski i Powers; Reisch, Schlatter i Tschacher, 1999). Roberts i Everly (2006) oceniają nawet, że badania nad interwencją są dopiero na wczesnym etapie rozwoju.

Analiza profesjonalnych czasopism z pracy socjalnej wykazała, że najczęściej zamieszczane są tam: przeglądy, komentarze, studia przypadków, a nie na przykład raporty z badań (Camasso). Z kolei przegląd 350 artykułów z okresu 1991-2002 z czasopisma „Research on Social Work Practice” dokonana przez Autora wykazała, że tylko 30% z nich opisuje poprawne metodologicznie badania nad wpływem interwencji kryzysowej. Część

bardziej wymagających badaczy krytykuje niski metodologicznie poziom badań, porównując ten stan do koszmaru sennego (Auerbach i Kilmann; Ewing, 1978). Faktycznie wiele badań opisywanych w literaturze przedmiotu ma charakter wyłącznie kazuistyczny i może przez to spełniać rolę edukacyjną, być ilustracją klinicznych zastosowań lub służyć jak wymiana doświadczeń profesjonalistów. Sporo badań nie spełnia wymogów wiarygodności, trafności i możliwości uogólnienia wyników.

Z kolei inni badacze poszukują wyjaśnień takiej sytuacji i do podręczników interwencji kryzysowej dołączają fragmenty dotyczące instruktażu przeprowadzania badań ewaluacyjnych (Roberts, 1990, 2005). Powers (1990) stara się dostrzec źródło trudności w tym, że interwencję przeprowadza się niejednokrotnie w warunkach odbiegających od optymalnych i godzenie wówczas praktyki z jej ewaluacją nastęrczać może wiele kłopotów, a jeśli oba te działania staną w sprzeczności, praktyka musi być potraktowana jako priorytet. Smith (1978) natomiast uważa, że „kryzys ewaluacji” przeżywają wszystkie zawody związane z pomaganiem, a problemy interwencji w tym zakresie są podobne do tych w mierzeniu efektywności psychoterapii.

Oto przegląd najczęściej wymienianych trudności badań nad interwencją kryzysową.

## **VI. 2. 1. Brak koncepcji kryzysu**

Ogólnie przyjmowana koncepcja Caplana nie doczekała się należytej operacjonalizacji: ani fazowość kryzysu, ani jego czas trwania, ani podatność na zmianę (Auerbach, 1983; Rapoport, 1970) nie zostały poddane weryfikacji. Mimo to badacze chętnie zaznaczają swoje w niej zakorzenienie zamiast opisywać specyficzne procedury jakie zastosowali. Niejednokrotnie poprzestają tylko na stwierdzeniu, że badane były osoby „w kryzysie”, nie opisując nawet przejawów tego kryzysu. Zdarza się, że kryterium uznania osoby za będącą w kryzysie stanowi sam fakt korzystania przez nią z pomocy serwisu kryzysowego (Auerbach, 1983; Auerbach i Kilmann; McGee, 1980). Coraz częściej jednak w badaniach stosowane są narzędzia pomiaru reakcji kryzysowej, czy to standardowe skale objawowe, jak na przykład The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), Brief Symptom Inventory, czy narzędzia diagnozujące kryzys, przykładowo: The Crisis State Assessment Scale (Lewis, 2005) lub szczególne przejawy kryzysu, np. zachowania samobójcze: Adult Suicidal Ideation Questionnaire, Hopelessness Scale (Roberts, 2004).

Dostępne są także narzędzia szacowania kryzysu u osoby dzwoniącej do serwisu kryzysowego: Crisis Call Outcome Rating Scale (Bonneson i Hartsough, 1987).

## **VI. 2. 2. Brak modelu interwencji kryzysowej i jej technik**

Bardzo wiele różnorodnych działań, w różnych strukturach organizacyjnych jest nazywanych interwencją kryzysową, a często brakuje świadomości modelu, w jakim jest uprawiana. Badania dotyczą na przykład interwencji prowadzonej w placówkach psychiatrycznych w stosunku do osób chorych psychicznie i interwencji w stosunku do osób bez historii psychiatrycznej, które oczekują na poważny zabieg medyczny. W obu przypadkach używa się terminu interwencja kryzysowa i nie opisuje jej przebiegu oraz szczegółów technicznych, tak jakby istniał ogólnie znany model jej stosowania spełniający surowe wymagania walidacyjne (Auerbach, 1983; Caplan i Grunebaum; Cohen i Nelson, 1983; McGee, 1980; Smith, 1978). Podobne niedookreślenie zdarza się w badaniach nad interwencjami prowadzonymi w stosunku do jednego klienta, rodziny, czy grupą. Powstają wówczas poważne problemy z możliwością porównania skuteczności interwencji jako metody pomagania.

## **VI. 2. 3. Trudności związane z pomiarem rezultatów**

Wiele problemów rodzi operacjonalizacja celów bliskich i dalekich interwencji oraz sposoby mierzenia ich osiągnięcia. U około 40% pacjentów leczonych poza szpitalem następuje poprawa bez uczestnictwa w jakimkolwiek leczeniu, jeśli tylko upłynie wystarczający czas (Sperry, Brill, Howard i Grissom, 1996). Wśród osób w kryzysie wskaźniki spontanicznej remisji mogą być jeszcze wyższe. Pojawia się zatem problem związany ze skonkretyzowaniem „poprawy” w wyniku interwencji i wyboru czasu jej pomiaru. Niezwykle trudne jest wykrycie związków obserwowanych zmian z przebiegiem interwencji wobec wielości czynników uczestniczących i współuczestniczących w tym procesie.

Innym zupełnie problemem jest wybór tych przejawów poprawy, które będą podlegać pomiarowi przy równoczesnej świadomości niemożności kontrolowania wpływu czynnika czasu na obserwowaną poprawę po kryzysie. Brakuje także standardowych narzędzi pomiaru rezultatu w interwencji (Weishaar, 2004).

Kwestia wyboru sposobu ewaluowania wiarygodnych rezultatów była wielokrotnie dyskutowana (Caplan i Grunebaum; McGee; Smith; Sperry i in. 1996). W literaturze spotyka się badania:

- ewaluujące poszczególne programy lub serwisy kryzysowe,
- analizujące rezultaty z perspektywy interwenta,
- zbierające oceny wyników przez klientów, wobec których stosowano interwencję,
- oparte na obiektywnych miarach ewaluacyjnych,
- porównujące interwencję z innymi metodami pomagania/leczenia lub jego brakiem,
- mierzące związek rezultatów interwencji ze składnikami jej procesu.

Badania rezultatów najczęściej opierają się na schemacie testowania na początku interwencji i po jej zakończeniu, gdyż testowanie przed interwencją nie jest możliwe. Gdy chodzi o oszacowanie rezultatów krótkotrwałych „zakończenie” oznacza ostatnie spotkanie interwencyjne, ale gdy zamierzeniem badaczy staje się mierzenie odległych skutków interwencji problemem jest wybór momentu katamnezy. W ewaluacji efektów rozmów telefonicznych wyznacza się terminy liczone w tygodniach, a przy spotkaniach interwencyjnych twarzą w twarz katamnezę przeprowadza się w 3, 6, 12 i więcej miesięcy po zakończeniu. Interpretacja powstających po czasie zmian wymaga uwzględnienia działania wielu niekontrolowanych czynników, które mogą zadziałać, na przykład: zmian rozwojowych, kolejnych wydarzeń życiowych, itp.

#### **VI. 2. 4. Płynność populacji klientów kryzysowych**

Dostępność usług kryzysowych, łatwość kontaktu z nimi, możliwość zachowania anonimowości, brak opłat i oczekiwania na pierwsze spotkanie, a być może także specyfika kryzysu powodują, że klienci stają się trudno dostępnymi do badań katamnesticznych. Spora ich część zrywa kontakt przed przewidywanym zakończeniem interwencji, zmienia adres na skutek wydarzenia krytycznego i zmian, jakie zachodzą w wyniku kryzysu, lub po prostu podają nieprawdziwe dane osobowe (Butcher i Koss, 1990; Weishaar, 2004). Porzucanie leczenia może być także związane z charakterystykami osobowościowymi (Caplan i Grunebaum). Z badań Mariniego i in. (2005) wynika, że predyktorem przerwania kontaktu jest diagnoza borderline u kobiet poniżej 30 lat, z deficytami interpersonalnymi i słabymi zasobami.

## **VI. 2. 5. Niejednorodność grupy klientów kryzysowych**

Techniki interwencji kryzysowej stosuje się wobec osoby w kryzysie niezależnie od jej właściwego poziomu przystosowania i od rodzaju zdarzenia krytycznego. W placówkach psychiatrycznych klienci diagnozowani są jako ujawniający objawy „ostrego” kryzysu, wymagającego specjalnego leczenia, a nie zawsze spełniają nawet kryteria kryzysu. Również osoby dzwoniące do placówek poradnictwa kryzysowego stanowią zróżnicowaną grupę obejmującą: osoby w kryzysie, osoby poszukujące informacji oraz osoby poszukujące kontaktu z innymi ludźmi (Auerbach i Kilmann), a rutynowo stosuje się wobec nich procedury interwencyjne. W interwencji w odróżnieniu od innych systemów leczenia nie stosuje się żadnej lub prawie żadnej selekcji klientów (Butcher i Koss, 1990; Cohen i Nelson, 1983; Rapoport, 1970)

## **VI. 2. 6. Trudność doboru grupy kontrolnej**

Ustanowienie i utrzymanie adekwatnej grupy kontrolnej jest niezwykle trudne i często wątpliwe etycznie. Badania nad interwencją z udziałem grupy kontrolnej są tak rzadkie, że autorzy przeglądów (Ewing; France, 1996) tworzą z nich odrębną klasę bez względu na ich przedmiot. Problemem jest to, czy grupa kontrolna ma nie otrzymywać żadnej pomocy, co mogłoby być nieetyczne, czy jakąś pomoc w podstawowym zakresie, choć wiadomo, że poświęcenie nawet minimalnej uwagi komuś, kto jej potrzebuje może już przynieść już leczniczy rezultat (Bongar i Butler, 1995; Caplan i Grunebaum). Dlatego najczęściej grupę kontrolną stanowią osoby podlegające tzw. tradycyjnemu leczeniu, które w różnych badaniach zawiera odmienne techniki i sposoby leczenia, co znów utrudnia porównywanie wyników.

## **VI. 2. 7. Utrudniony sposób zbierania danych**

Wysoki wskaźnik przerywania interwencji w trakcie jej trwania, płynność klientów kryzysowych sprawia, że nawet skompletowanie grupy badawczej może być trudnością. Z kolei w interwencji telefonicznej anonimowość rozmówców uniemożliwia przeprowadzenie powtórnych lub katamnesticznych badań. Nagrywanie natomiast

rozmów telefonicznych dla celów badawczych wymaga uzyskania zgody dzwoniącego, a to w sytuacji stresu, w jakim się znajduje poszukując pomocy nie ma sensu (Auerbach, 1983). Dlatego w takich analizach używa się raczej rozmów symulowanych, których zastosowanie jest jednak ograniczone do celów badania sprawności interwenta w pomaganiu przez telefon. W stosunkowo najdogodniejszej sytuacji jak chodzi o zbieranie danych są badacze pacjentów przyszpitalnych oddziałów kryzysowych.

### **VI. 3. Rezultaty interwencji kryzysowej w świetle dotychczasowych badań**

Miarą rezultatów interwencji jest ocena stopnia osiągnięcia jej celów (Auerbach i Kilmann; Caplan i Grunebaum; Hogan i Orme, 1999). Wśród wymienionych wcześniej celów interwencji można wyróżnić cele: krótko- i długoterminowe.

Cele krótkoterminowe związane są najczęściej z uporaniem się z najbardziej dotkliwymi przejawami kryzysu i wymienia się między nimi:

- osiągnięcie poprawy w obecnym funkcjonowaniu (Caplan i Grunebaum),
- odzyskanie poczucia kontroli nad sytuacją i zapoczątkowanie reorganizacji życia (Slaikeu, 1990),
- pomoc w odzyskaniu możliwości radzenia sobie (Leśniak, 1996; Roberts, 1991),
- redukcja symptomów kryzysu (Auerbach i Kilmann; Badura-Madej, 1996; Rapoport, 1970;),
- zapobieganie głębszej patologii i konieczności hospitalizacji (Kubacka-Jasiecka, 2004, 2005; Schwartz, 1971),

Natomiast cele długoterminowe formułowane są w następujący sposób:

- rozwiązanie kryzysu (Aguilera, 1994 i 1998; Auerbach i Kilmann; Echterling i in. 2005; Jacobson, 1974; Kubacka-Jasiecka, 2004; Malan, 1976; Slaikeu, 1990),
- dalszy rozwój (Echterling i in; Slaikeu), wzrost osobisty (Hoff, 1989), znaczące zmiany w osobowości (Rapoport),
- umiejętność radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w przyszłości (Auerbach i Kilmann; Dziegielewski i Roberts, 1995; Hogan i Orme, 1999; Malan, 1976; Parad H.J. i Parad, 1991),
- długotrwałe przystosowanie emocjonalne i społeczne (Auerbach i Kilmann),

- gotowość do stawienia czoła przyszłości: powrót do pracy, kontaktowanie się z innymi, kontynuowanie aktywności życiowych, wiara we własną skuteczność (Slaikeu),
- pozytywna ocena jakości kontaktu i/lub otrzymanej pomocy (Auerbach i Kilmann).

Slaikeu (1990) proponuje przesunąć badanie celów długoterminowych na miesiące, czy lata po wydarzeniu krytycznym tak, by dać szansę na ustabilizowanie się sytuacji i pełniejszy obraz rozwiązania kryzysu.

Wiele badań mierzy rezultaty w postaci osiągnięcia celów krótkoterminowych, choć część z nich przedstawia także pomiar trwałości tych rezultatów w dłuższym dystansie czasowym. Natomiast niewiele jest badań zajmujących się rezultatami długoterminowymi, być może przyczyna tkwi w złożoności pokonywania wymienionych wcześniej trudności badawczych.

Przegląd dostępnych badań pozwala na wyróżnienie następujących rezultatów interwencji kryzysowej.

### **VI. 3. 1. Poprawa objawowa i poprawa funkcjonowania**

Badania donoszą, że w wyniku interwencji kryzysowej obserwuje się poprawę u 60% - 85% zróżnicowanej populacji klientów: indywidualnych i rodzin, osób leczonych psychiatrycznie i wcześniej nie mających kontaktu z placówką zdrowia psychicznego (Butcher i Koss; Ryan i Schuerman, 2004). Większa poprawa związana była z: posiadaniem przez pacjentów większym wsparciem (Gottschalk i in. za: McGee, 1980), większymi dawkami leków (Maris i Connor, za: McGee, 1980), uznaniem, że pomagający trafnie ocenił potrzeby (Kirk i in., za: France, 1996), większym doświadczeniem pomagającego (Bobevski i McLennan, 1998; Butcher i Koss; Stapleton, Lating, Kirkhart i Everly, 2006).

Sami klienci ocenili uzyskaną poprawę na „4”, gdy dysponowali pięciostopniową skalą ocen, a „5” oznaczało maksymalną poprawę (Getz i in., za: France, 1996). Natomiast co do oceny poprawy u klienta dokonywanej przez pomagającego wyniki badań wskazują, że oceny interwentów są wyższe niż klientów (Butcher i Koss, 1990) lub, że się pokrywają (Sonneck, Till i Strauss, 1978).

„Poprawa” w omawianych badaniach oznaczała:

- znaczące zmniejszenie objawów PTSD i niepokoju, natomiast słabsze zmniejszenie depresji u pacjentów medycznych (Stapleton i in. 2006),
- zmniejszenie napięcia i polepszenie nastroju oraz zwiększenie aktywności (Tschacher, 1996),
- redukcja objawów depresji, niepokoju i lęku (Reisch, Schlatter i Tschacher, 1999),
- spadek niepokoju, zwłaszcza u osób z niskim natężeniem niepokoju jako cechy (Enderler i in.; Donovan i in.; Gordon; za: France, 1996), przy czym zmniejszony niepokój był obserwowany jeszcze po roku (Viney i in., za: France, 1996),
- istotnie większą redukcję nieukierunkowanej agresji i bezradności (Viney i In, za: France, 1996),
- stabilizację stanu pacjenta i wzrost zasobów niezbędnych do redukcji symptomów: niepokoju społecznego, poprawy nastroju i lepszego samopoczucia (Tschacher i Jacobshagen, 2002),
- mniej dystresu u osób poważnie chorych psychicznie i poprawę na skali: objawowej i społecznego funkcjonowania (Hogan i Orme, 1999),
- poprawę społecznego funkcjonowania u pacjentów po próbie samobójczej (van Der Sande i in., 1997),
- zmniejszenie niepokoju i lęku, zmniejszenie używania leków przeciwbólowych i nasennych, wystąpienie typowych wskaźników zdrowienia u pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym (Auerbach i Kilmann, 1977)
- znaczną poprawę w zakresie bólu i innych objawów, w tym dystresu u chorych na raka korzystających z szybko reagującego serwisu kryzysowego (Grady i Travers, 2003),
- zmniejszenie nasilenia objawów somatycznych i emocjonalnych u dzieci matek wobec których stosowano interwencję, gdy towarzyszyły im w czasie pobytu w szpitalu (Skipper i Leonard, za: Caplan, 1981),
- znacząco mniej wezwań do sądu i mniej recydywy u młodocianych przestępców karanych po raz pierwszy (Stewart, Vockell i Ray, 1986),
- uniknięcie po wypadku drogowym i hospitalizacji zaburzeń występujących u „typowych pacjentów poradni psychiatrycznej” (Bordow i Porritt, 1979).



Opisywane wskaźniki poprawy utrzymywały się: po 2 miesiącach (Hogan i Orme, 1999), od 3 do 7 miesięcy u osób z ostrymi lub nagłymi objawami zaburzeń psychicznych (Gottschalk i in., za: Butcher i Koss, 1990), a w dłuższym dystansie czasowym obserwowano nawet wzrost poprawy: po roku (Maris i Connor, za: McGee, 1980; Butcher i Koss).

W badaniach rozmów w telefonicznym poradnictwie kryzysowym zastosowano analizę zmiany między stanem klienta na początku i na końcu rozmowy i zanotowano: poprawę w zakresie niepokoju, depresji i wglądu (Knickebocker, za: Mishara i Daigle, 1997) oraz w zakresie myśli samobójczych (King, Nurcombe, Bickman, Hides i Reid, 2003). Sami klienci ocenili, że po telefonicznej rozmowie nastąpiło w ciągu kilku dni znaczące zmniejszenie problemu, co przypisywali: w 43% - rozmowie, w 26% - podjętym przez siebie działaniom, w 23% - upływowi czasu, a w 7% - pomocy innej osoby (Slaikeu i Willis, za: France, 1996). Z kolei w badaniu Younga (za: France) aż 96% osób, z którymi skontaktowano się tuż po interwencyjnej rozmowie telefonicznej stwierdziło pozytywną zmianę w: emocjach (78%), myśleniu (48%), zamiarach działania (56%). Ale już po 7-14 dniach od telefonicznej interwencji 55% osób oceniło swój problem jako mniej poważny niż w momencie rozmowy, 36% - że się nie zmienił, a pozostałe 9% - że się pogorszył (Gingerich i in., za: France).

W części badań nie odnotowano istotnej poprawy po zastosowaniu interwencji kryzysowej: w porównaniu z grupą „minimalnego kontaktu” oczekującą dopiero na leczenie (Gottschalk i in., za: Ewing, 1978), także po zastosowaniu jednej tylko sesji interwencyjnej wobec osób z objawami stresu pourazowego (Rose, Brewin, Andrews i Kirk, 1999). Grupy poddane oddziaływaniom interwencyjnym i kontrolne uzyskały taką samą poprawę. Jacobson (1980) wyjaśnia to zjawisko spontanicznym wychodzeniem z kryzysu, a Maris i Connor (za: Butcher i Koss) bardziej pesymistycznie - zastępowaniem jednego zestawu objawów (poprawa) – innym (akurat nie badanym).

U części osób (8% i 15,6%) obserwowano nawet pogorszenie po interwencji (Butcher i Koss), które było związane z małym doświadczeniem osoby pomagającej.

Z kolei relacja pomagania w interwencji wiązać się może z obniżeniem samooceny u klienta i ze spostrzeganym zbyt małym wsparciem emocjonalnym (Sęk, 2001a).

### VI. 3. 2. Zmniejszenie liczby zachowań samobójczych

W początkowych badaniach jako wskaźnik skuteczności interwencji stosowano zmianę współczynnika samobójstw na danym terenie. Znane badanie Bagleya z 1968 r. (za: Barraclough, Jennings i Moss, 1977) wykazało zmniejszenie liczby samobójstw w miastach, w których działały ośrodki pomocy telefonicznej Samaritans i zwiększenie tej liczby w miastach, gdzie takich ośrodków nie było. W późniejszych, kilkakrotnie powtarzanych, bardziej poprawnych metodologicznie badaniach nie udało się stwierdzić redukcji liczby samobójstw w miejscach działalności ośrodków zapobiegania samobójstw i ostatecznie zrezygnowano z tego wskaźnika (Auerbach; Barraclough i in., 1977; Lester, 1993; Mishara i Daigle, 1997). Rezygnację słusznie motywowano tym, że celem działalności takich ośrodków nie jest tylko zapobieganie samobójstwom, gdyż zaledwie około 10 % rozmów dotyczy tematyki suicydalnej, natomiast dostarczają one możliwości kontaktu, komfortu, ulgi w dystresie i mogą redukować prawdopodobieństwo mniej groźnych zamiarów samobójczych (Auerbach; Mishara i Daigle). Lester (1993) wykrył, że całkowita liczba ośrodków zapobiegania samobójstwom w danym rejonie ma związek ze zmniejszeniem współczynnika samobójstw u kobiet, natomiast liczba tych centrów *per capita* ma związek ze zmniejszeniem współczynnika samobójstw u mężczyzn. Autor ten znalazł też silną korelację współczynnika samobójstw i współczynnika rozwodów na danym terenie.

Problemy z ewaluacją oddziaływań prewencji samobójczej dotyczą również analizy rezultatów narodowych programów zapobiegania samobójstwom (Kerkhof i Clark, 1998). Autorzy proponują inne wskaźniki rezultatu – stosunek samobójstw osób pozostających w kontakcie leczniczym do osób nie leczonych, a za najbardziej skuteczne w prewencji uważają identyfikowanie grup ryzyka i dostarczenie im pomocy prowadzącej do zmiany zachowań.

W telefonicznych interwencjach zanotowano jako rezultat: zmniejszenie ryzyka samobójstwa w postaci malejącej siły zamiaru od początku do końca rozmowy, zawarcie kontraktu na pozostanie przy życiu i jego utrzymywanie w jakiś czas po rozmowie przez 54% klientów (Mishara i Daigle). Badacze wykryli także, że rezultaty te były związane z użyciem przez interwenta stylu „Rogeriańskiego” (akceptacja, aprobaty, myśli niedokończone) u klientów „niechronicznych”. Styl ten w odróżnieniu od stylu „dyrektywnego” (częste interwencje i wskazówki) przynosił też duże zmniejszenie

depresyjności w czasie rozmowy zarówno u „chronicznych”, jak i „niechronicznych” telefonujących.

Podobny efekt zabezpieczenia przed myślami i zamiarami samobójczymi udokumentowały inne badania (King i in., 2003; McGee, 1980; Reisch i in., 1999; van Der Sande i in., 1997; Weishaar, 2004). Część badaczy nie potwierdziła jednak skuteczności interwencji kryzysowej w tym zakresie. Nie odnotowano na przykład różnicy z grupą kontrolną poddaną tradycyjnemu leczeniu (van Der Sande i in.; Weishaar, 2004), a zanotowano jedynie pozytywne trendy w niektórych z nich.

### **VI. 3. 3. Unikanie hospitalizacji**

Ten rezultat interwencji jest charakterystyczny dla nurtu w którym kryzysem nazywa się ostry stan zaburzeń psychicznych, a dotyczy badań prowadzonych w oddziałach kryzysowych przy szpitalach lub środowiskowych poradniach zdrowia psychicznego. W badaniach tych najczęściej porównywano grupę pacjentów, wobec których stosowano jakiś rodzaj programu interwencji kryzysowej z grupą pacjentów leczonych w tradycyjny sposób, a rezultaty były badane tuż po zakończeniu leczenia i od 6 do 30 miesięcy później. Większość badań z tego kręgu bardzo wyraźnie wskazuje, że interwencja kryzysowa jest skuteczną i ekonomiczną alternatywą dla hospitalizacji (Langsley, 1980).

W znanym badaniu Langsleya i Kaplana (Langsley, 1980) okazało się, że rodzinna interwencja kryzysowa dla osób ze skierowaniem do szpitala może zastąpić hospitalizację psychiatryczną. Pacjenci ci rzadziej trafiali do szpitala w ciągu następnych 6 miesięcy, a ich pobyt był krótszy niż pacjentów z grupy kontrolnej hospitalizowanej tuż po otrzymaniu skierowania i nie objętej programem kryzysowym. Uniknięcie hospitalizacji i rzadsze remisje po udziale programie kryzysowym potwierdzają również Decker i Stubblebine (za: Auerbach i Kilmann), Evans, Morgan i Hayward (2000), Hogan i Orme (1999), Langsley (1980), Reding i Raphelson (1995). Wyniki innych badań wskazują, że interwencja może także wpływać na skrócenie czasu pobytu w szpitalu w czasie kilkunastu następnych miesięcy (Decker i In., za: Ewing, 1978; Hogan i Orme). Langsley stwierdza, że właściwie zorganizowana pomoc kryzysowa dla osób z zaburzeniami psychicznymi, udzielana przez profesjonalny personel może służyć jako brama do systemu opieki psychiatrycznej, gdzie następnie będzie odbywać się leczenie.

Udokumentowano również wpływ programów kryzysowych na uniknięcie hospitalizacji i skrócenie czasu pobytu w szpitalu u pacjentów oddziałów somatycznych: chorych na raka (Grady i Travers, 2003) i po wypadkach drogowych (Bordow i Porrit, 1979).

### **VI. 3. 4. Rozwiązanie problemów kryzysowych**

Rozwiązanie kryzysu i problemów wywołanych przez wydarzenie krytyczne jest jednym z ważniejszych rezultatów skutecznej interwencji. Z badań Mishary i Daigle (1997) wynika, że nawet jednorazowa telefoniczna interwencja kryzysowa jest pomocna w zapoczątkowaniu rozwiązywania kryzysu, mimo, że rozmówca nie skorzystał z umówionego później kontaktu osobistego (Slaikeu, za: McGee, 1980).

Jednym ze wskaźników wypełniania zasugerowanego planu działania jest badanie efektu dokonanych przez pomagającego skierowań do odpowiednich placówek. Jeśli skierowanie jest częścią takiego planu, to skuteczność interwencji jest wyznaczana poprzez to, czy klient skontaktował się ze wskazaną instytucją (France, 2002). Z badań cytowanych przez France'a wynika, że od 49% do 60% osób skorzystało ze skierowań, przy czym najlepszym predyktorem skorzystania ze skierowania okazał się stopień zainteresowania w jego otrzymaniu. Auerbach i Kilmann wyjaśniają z kolei, że nieskorzystanie ze skierowania nie oznacza porażki, bo klient mógł wcześniej uzyskać poprawę samopoczucia, znalazł pomoc gdzie indziej lub podjął jeszcze inne kroki rozwiązujące sytuację.

Z kolei 82% badanych twierdziło, że poczyniło zmiany w rezultacie interwencji, 93% - realizowało uzgodniony plan, a 96% mówiło o pozytywnej zmianie. Z tych ostatnich: 78% - informowało o zmianie w emocjach, 48% - o zmianie w myśleniu, 56% - o zmianach w zamiarach działania (France, 1996).

Z badań nad składnikami psychoterapii zakończonej sukcesem wiadomo, że poprawa radzenia sobie pacjenta jest ważnym mechanizmem zmiany i jednym z najważniejszych czynników związanych z rezultatem leczenia (Tschacher i Jacobshagen, 2002). Kilka badań donosi o zmianie na korzyść w obrębie mechanizmów radzenia sobie po interwencji kryzysowej: u pacjentów psychiatrycznych (Langsley, 1980), po próbie samobójczej (van Der Sande i in., 1997), w rodzinach ujawniających problemy z wykorzystywaniem i zaniedbywaniem dzieci (Ryan i Schuerman, 2004).

### **VI. 3. 5. Powrót do poprzedniego poziomu funkcjonowania**

Mimo, że powrót do poprzedniego, przedkryzysowego poziomu funkcjonowania stanowi jeden z najczęściej wyróżnianych celów interwencji kryzysowej, niewiele jest badań formułujących wnioski dotyczące tej kwestii.

Bordow i Porrit (1979) zaobserwowali powrót do normalnego funkcjonowania w 3 – 4 miesiące po wypadku drogowym i wynikłej stąd hospitalizacji osób, wobec których zastosowano interwencję. Podobnie Gottschalk i in. (za: McGee, 1980), którzy odnotowali znaczącą poprawę i powrót do poprzedniego poziomu funkcjonowania u pacjentów psychiatrycznych po krótkoterminowej psychoterapii kryzysowej. W badaniu Capowe i in. (za: France, 1996) pacjenci chorzy na raka poddani kilku sesjom interwencyjnym dwukrotnie częściej niż pacjenci z grupy kontrolnej podjęli aktywność zawodową po 3 miesiącach, a po roku 70% z nich wróciło do pracy.

### **VI. 3. 6. Interwencja i osoby pomagające w ocenie klientów**

W ostatnich latach przywiązuje się większą niż wcześniej wagę do perspektywy klientów w ocenie opieki zdrowotnej (Salomon, 2002) i psychoterapii (Czabała, 1997, 2006). Uważa się, że miara satysfakcji klienta z uzyskanej pomocy jest wskaźnikiem rezultatu programu (Caplan i Grunebaum; Ligon i Thyer, 2000; Mercier, Landry, Corbière i Perreault, 2004; Soliman i Poulin, 1997), a przez to jego jakości i użyteczności (Hogan i Orme, 1999; Sperry i in., 1996). Do czynników konstytuujących zadowolenie klientów zalicza się między innymi: stosunek pomagającego do klienta, techniczną jakość, dostępność i dopasowanie serwisu do potrzeb klienta, skuteczność, ciągłość usług oraz przestrzenną, czasową, ekonomiczną i psychosocjalną bliskość usług względem populacji, dla której są przeznaczone (Soliman i Poulin, 1997).

Zadowolenie z pomocy jest wyrazem subiektywnej poprawy, która może nie mieć związku z faktyczną jej zmianą (Mishara i Daigle), bo poprawa objawowa wyjaśnia tylko 10% zmienności zadowolenia (Sperry i in., 1996). Na zadowolenie pacjenta wpływają także: zakres uzyskanej wcześniej pomocy, czas trwania obecnych problemów, spostrzegane znaczenie leczenia i wiara w jego skuteczność (Sperry i in.), spełnienie potrzeb i oczekiwań klienta na początku i na zakończenie kontaktu (Hogan i Orme).

Badania z tego zakresu przynoszą dane o raczej wysokim procencie osób zadowolonych z uzyskiwanej pomocy kryzysowej: od 92% - z mobilnego serwisu (Grady i Travers, 2003), 40% – 80% (Mishara i Daigle), 96%, 76% (France) - z interwencji telefonicznej, 76% (France) – z pomocy ośrodka interwencji kryzysowej. Gdy badani byli pytani o bardziej szczegółowe opinie: 80% oceniło personel jako „pomocny” i „bardzo pomocny” (France), 87% uważało, że zostało „przyjętych ciepło i serdecznie”, 77% stwierdziło, że „zrobiono wszystko, aby mi pomóc” (Szewielewska, 2003), 85% uznało, że „zostali wysłuchani”, 75% - „interwencja pomogła im zobaczyć ważne aspekty problemu” (Simington, Cargill i Hill, 1996). Przy zastosowaniu skali pięciostopniowej, gdzie „5” oznacza maksymalnie pozytywną ocenę 80% badanych przypisuje interwentowi ocenę: „4” (France, 1996), a uzyskanej pomocy psychologicznej: „4,5” (Szewielewska, 2003). Natomiast użycie wystandaryzowanego kwestionariusza mierzącego zadowolenie z pomocy, na przykład CSQ-8, przynosi średnią ocen: 27,6 (Ligon i Thyer, 2000), 27,09 (Baronet i Gerber, 1997) lub 27,2 (Piątek, 2005) przy maksymalnej sumie ocen równej 32. Jest to wynik podobny do danych normatywnych uzyskanych z badania zadowolenia pacjentów z instytucji psychiatrycznych (Attkisson i Greenfield, 1999).

Oceny dokonywane przez klientów serwisów kryzysowych przewyższają oceny klientów leczonych w inny sposób (Koocher, Curtiss, Pollin i Patton, 2001; Hogan i Orme). Również oceny rodzin klientów, którzy korzystali z interwencji były bardziej pozytywne niż oceny rodzin klientów poddanych innym sposobom leczenia (Ligon i Thyer, 2000).

Badania omawiane przez Baronet i Gerbera (1997) wykazały, że niższy stopień zadowolenia był związany z większym poziomem zaburzeń u klienta, większą liczbą hospitalizacji oraz z powtarzającym się, okresowym korzystaniem z pomocy. Z kolei ich autorskie badania klientów ośrodka interwencji kryzysowej przyniosły wynik w postaci niskiej korelacji zadowolenia z problemem zgłaszanym przez klienta i częstotliwością kontaktu z ośrodkiem. Okazało się, że zmienne związane z osobą interwenta są ważniejsze dla satysfakcji klienta niż zmienne związane z innymi aspektami usług lub zmienne związane z samymi klientami. Czynnikiami wysoko korelującymi z zadowoleniem okazały się: uważne wysłuchanie i rozumiejąca postawa (korelacja dodatnia), spostrzeganie interwenta jako niezycziwego, zbyt wiele struktury w rozmowie i zbyt wczesna koncentracja na rozwiązaniu problemu (korelacja ujemna). Podobne związki wykryli Bobevsky i in. (za: King i in., 2003): doradcy spostrzegani jako „pomocni” byli werbalnie bardziej aktywni, systematyczni i zaangażowani emocjonalnie w rozmowę. Również

Slaikau (za: Auerbach i Kilmann) wykazał, że rozumienie problemu przez interwenta miała wpływ na to, czy klient stawiał się na umówione spotkanie. Podobne prawidłowości dotyczące większej skuteczności terapeuty spostrzeganego jako zaangażowanego i pozytywnie nastawionego do pacjenta notuje się w psychoterapii (Czabała, 2006).

Smith (2004) odkrył wysoki stopień zadowolenia u tych z klientów ruchomego serwisu kryzysowego, którzy mieli realistyczne oczekiwania. Natomiast King i in. (2003) uzyskali wyniki świadczące o dawaniu niższych ocen zadowolenia przez mężczyzn.

### **VI. 3. 7. Niższe koszty interwencji**

Kilkakrotnie w opracowaniach na temat skuteczności interwencji dokonywano także obliczenia jej kosztów. Okazało się, że interwencja jest od 3,5 do 10 razy tańsza niż hospitalizacja psychiatryczna (Dott, Halling, Bishop, Bucy i Folkes, 1996; Ewing, 1978; Hogan i Orme; Langsley, 1980). Dzienny koszt pobytu w przyszpitalnym oddziale kryzysowym jest podobny, ale czas pobytu w oddziale jest krótszy, a przez to tańszy (Dauwalder i Ciompi, 1995). Koocher i in. (2001) nie znaleźli istotnej różnicy w kosztach pomiędzy medycznym doradztwem kryzysowym a standardowym leczeniem, a nawet przy pomocy tego pierwszego uzyskali lepsze rezultaty. Ewing przedstawił wyniki świadczące o podobnych rezultatach po interwencji i po zastosowaniu tradycyjnego leczenia, ale interwencja trwała znacznie krócej.

### **VI. 4. Skuteczność różnych form interwencji kryzysowej**

Szereg badań nad rezultatami interwencji dostarcza również danych dotyczących form zastosowanego programu interwencyjnego i ich związku z rezultatami.

Roberts i Everly (2006) w wyniku metaanalizy 36 badań wykazali, że najbardziej skuteczna jest „intensywna domowa interwencja kryzysowa” (*intensive home-based crisis intervention with families*) stosowana przez 3 miesiące i trwająca od 8 do 72 godzin. Nieco mniej skuteczna okazała się interwencja obejmująca od 4 do 12 spotkań i grupowy *debriefing* po wydarzeniu traumatycznym. Interwencja jednospotkaniowa miała najniższą skuteczność. Stapleton, Lagting, Kirkhart i Everly (2006) uzyskali wyniki metaanalizy potwierdzające wyższą skuteczność interwencji składającej się z więcej niż jednej sesji, szczególnie u osób z objawami PTSD. Podobnego potwierdzenia niewystarczającego rezultatu jednego spotkania interwencyjnego dla tej grupy klientów dostarczyło badanie

Rose, Brewina, Andrews i Kirka (1999). Z kolei w badaniach Vineya i in. (za: France, 2002) okazało się, że dla skuteczności interwencji liczba spotkań nie miała istotnego znaczenia.

Reisch i in. (1999) stwierdzili, że dla osób w kryzysie psychiatrycznym najkorzystniejsza jest dwustopniowa terapia, to jest interwencja kryzysowa nastawiona na przyczyny kryzysu, a następnie długoterminowa terapia pozostałych problemów. Przedłużone leczenie prowadzone przez zespół kryzysowy nie jest skuteczniejsze niż tradycyjne leczenie.

Interwencje prowadzone przez ruchome zespoły kryzysowe zarówno przeznaczone dla ostrych stanów zaburzeń psychicznych (Hogan i Orme; Ligon i Thyer, 2000), jak i pacjentów chorych na raka (Grady i Travers, 2003) uzyskują dużą skuteczność w realizowaniu swoich celów, a ich odbiorcy są bardziej zadowoleni niż klienci hospitalizowani (Ligon i Thyer).

Spora część badań interwencji przez telefon analizuje czynniki wpływające na ich skuteczność. Wiadomo, że w przypadku poważnych, długotrwałych problemów jedna rozmowa telefoniczna nie wystarcza do rozwiązania problemu, ale może zapoczątkować jego rozwiązanie. W prowadzeniu rozmów skuteczniejsze są: styl „Rogeriański” (Mishara i Daigle), doświadczenie pomagającego, jego zaangażowanie emocjonalne (nie może być zbyt duże) i intelektualne (Bobeviski i McLennan, 1998), wyrażanie empatii, ciepła i szczerości (Auerbach i Kilmann). Stopień skuteczności doradcy może się zmieniać w zależności od kolejnych rozmów, co może przemawiać za związkiem skuteczności z naturą relacji z klientem (Auerbach i Kilmann).

Co do aktywności doradcy telefonicznego wyniki badań są sprzeczne. Prawdopodobnie różnice wynikają z problematyki rozmów: jeśli rozmowa dotyczy ostrego samobójczego kryzysu skuteczniejsza będzie aktywna postawa interwenta (King i in., 2003), w sytuacjach mniej zagrażających skuteczniejszy będzie styl „Rogeriański”. Rusk i Gerner (za: McGee, 1980) wykazali, że najskuteczniejsi byli interwenci, którzy mówili znacząco mniej w pierwszej tercji rozmowy i więcej w ostatniej tercji. W większości badań omawiających również doświadczenia interwenta wykazano, że skuteczniejsi są interwenci lepiej przygotowani i bardziej doświadczeni (Stapleton i in., 2006).

Choć Ewing (1978) zauważa minimalistycznie, że „interwencja kryzysowa jest bardziej skuteczna niż żadna interwencja” (s.58), to wiele cytowanych rezultatów otrzymano przez porównanie z grupą kontrolną: hospitalizowaną, leczoną tradycyjnie, skierowaną do lekarza ogólnego, nie poddaną żadnemu leczeniu. Można zatem uznać, że



wykazano w tych badaniach większą skuteczność interwencji nad tymi sposobami leczenia.

Porównania z grupą nie poddaną leczeniu, a więc na przykład oczekującą na pomoc, też nie przyniosły jednoznacznych wyników. W znanym badaniu Gottschalka i in. (za: Auerbach i Kilmann) zanotowano taką samą poprawę w grupie poddanej interwencji kryzysowej jak w grupie oczekującej, z którą przeprowadzono tylko wstępny wywiad. Brak różnic wyjaśniano poprzez terapeutyczne oddziaływanie nawet krótkiego kontaktu z personelem serwisu kryzysowego i wizję szerszej planowanej pomocy dla rozwiązania kryzysu. Podobnie zaprojektowane badanie Vonk i Thyera (1999) nie potwierdziło tych wyników – studenci oczekujący na leczenie w porównaniu do studentów leczonych nie wykazali poprawy po 6 tygodniach.

## **VII. Badania własne – założenia, cel badań, narzędzia badawcze, opis grupy**

### **VII. 1. Wprowadzenie do problemu badań**

Mimo opisanych wcześniej obiektywnych trudności badań nad interwencją i niedociągnięć metodologicznych badań już przeprowadzonych uzyskano w ich toku wiele znaczących informacji na temat jej rezultatów. Zbadano w szczególności rezultaty będące efektem realizacji krótkoterminowych celów interwencji: poprawę objawową i poprawę funkcjonowania, redukcję zachowań samobójczych, unikanie hospitalizacji, a dokonywano tego w odniesieniu do interwencji telefonicznych, w kontakcie osobistym, interwencji rodzinnej i grupowej (bliższe szczegóły podano w rozdz. VI. 3.). Przedmiotem kilku analiz stał się również sam proces interwencji kryzysowej i jego związek z rozwiązywaniem kryzysu (Beers i Foreman, 1976; Bobevsky i McLennan, 1998; King i in., 2003; McGee, 1980; Mishara i Daigle, 1997; Tschacher i Jacobshagen, 2002).

Niewiele badań analizowało natomiast rezultat interwencji w postaci rozwiązywania kryzysu, zresztą najczęściej autorzy definiowali rozwiązanie kryzysu w kategoriach poprawy objawowej i poprawy funkcjonowania, a pomijali inne skutki wydarzenia krytycznego i samego kryzysu, choć one przecież także wymagają jakiegoś rodzaju działania w celu ich usunięcia lub zmniejszenia. Jeśli rozważano w ogóle problem rozwiązywania kryzysu, to wnioski dotyczyły jedynie zapoczątkowania rozwiązywania problemów (Auerbach i Kilmann, 1977; France, 1996; McGee, 1980).

Przeprowadzono nieliczne badania mierzące związek rozwiązywania problemów kryzysowych z czynnikami osobowościowymi (Cullen, Ballard, Ing i Mohan, 1991; Dobrzyńska-Mesterhazy, 2001; Dudek i Koniarek, 2004; France, 1996; Pasikowski, 2000, 2001b; Silver i Wortman, 1984; Tschacher, 1996). Odnaleziono tylko dwa doniesienia z badań analizujących wpływ czynników charakteryzujących wydarzenie krytyczne na radzenie sobie z kryzysem przez nie wywołanym. W obydwóch przypadkach autorzy próbowali wyjaśnić wpływ czasu od wydarzenia do uzyskania pomocy na rozwiązywanie problemów kryzysowych. Auerbach i Kilmann (1977) opisują badanie Wolkona, w którym stwierdzono większe prawdopodobieństwo poprawy w przypadku krótszego czasu od zgłoszenia się po pomoc do pierwszej rozmowy. Większą skuteczność pomocy

dostarczonej niezwłocznie po sytuacji kryzysowej stwierdzili także Butcher i Maudal (za: Butcher i Koss, 1990).

Rozwiązanie kryzysu w przytoczonych badaniach traktowano raczej jako cel krótkoterminowy, choć wymienia się je także wśród celów długoterminowych (Aguilera, 1994 i 1998; Auerbach i Kilmann; Echterling i in. 2005; Jacobson, 1974; Kubacka-Jasiecka, 2004; Malan, 1976; Slaikeu, 1990). Część badań rzeczywiście wskazuje na utrzymywanie się rezultatów (na przykład poprawy objawowej – jako części rozwiązania kryzysu) przez dłuższy czas po zakończeniu interwencji: miesiące, a nawet ponad 2 lata, mimo że początkowo zakładano mniejszą ich trwałość (Butcher i Koss, 1990; Ewing, 1978; France, 1996; Hogan i Orme, 1999, King i in., 2003; Langsley, 1980; McGee, 1980). Nie odnaleziono natomiast badań analizujących jeden z najczęściej wymienianych celów długoterminowych interwencji, to jest wzrostu umiejętności radzenia sobie z kolejnymi kryzysami.

Także nieliczni tylko autorzy informują o radzeniu sobie z kryzysem ocenianym z perspektywy osób korzystających z interwencji (France, 1996; Simington, Cargill i Hill, 1996). Stosunkowo obszernie analizowano zadowolenie klientów z uzyskanej pomocy (i składowe tego zadowolenia) oraz zależności z procesem interwencji i jej formami. Interesująca natomiast byłaby ocena stopnia i zakresu rozwiązania kryzysu dokonana przez samych klientów. Subiektywna relacja osoby, która przeszła kryzys i rozwiązała go, mogłaby dostarczyć informacji nie tylko o przebiegu tego procesu, ale także o czynnikach modyfikujących rozwiązywanie i czasie, po jakim, ich zdaniem, problemy kryzysowe są rozwiązywane. Taka ocena wymagałaby oczywiście dystansu czasowego od wydarzenia krytycznego, a zatem badań podłużnych.

Interwencja kryzysowa staje się coraz powszechniej stosowaną formą pomocy na świecie i w Polsce. W tej sytuacji operacjonalizacja skuteczności interwencji oraz czynników ją zwiększających jest kwestią pierwszorzędą. Równie ważne są pytania dotyczące trwałości jej rezultatów bliskich i odległych, wpływu nie tylko na objawy, ale i domniemanej roli w pomnażaniu zasobów radzenia sobie stresem i kryzysami.

Ważne wydaje się prześledzenie rezultatów interwencji w odniesieniu do tych jej celów, którym – choć są najczęściej wymieniane – poświęcono stosunkowo najmniej badań, to jest rozwiązania kryzysu i wzrostu umiejętności radzenia sobie z kolejnymi stresującymi wydarzeniami. Natomiast uwzględnienie ocen dokonywanych przez osoby, wobec których stosowano interwencję umożliwiłoby zbadanie jej wpływu na osiągniętą zmianę.

## VII. 2. Cel badań, pytania i hipotezy badawcze

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy długoterminowych rezultatów interwencji. Przyjętą perspektywą był punkt widzenia osób, które wcześniej - współcześnie do przeżywanego kryzysu - korzystały z tej formy pomocy. Wybrano następujące rezultaty: rozwiązanie przeżywanego jakiś czas wcześniej kryzysu, radzenie sobie po interwencji z kolejnymi wydarzeniami stresującymi (kryzysami) i zadowolenie z otrzymanej pomocy. Przyjęto dystans czasowy od interwencji – od 6 do 48 miesięcy, by móc obserwować zmiany w zakresie wybranych rezultatów oraz zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnych wydarzeń stresujących po interwencji i – ewentualnie – kolejnego kryzysu (-ów). Wybór okresu powyżej 6 miesięcy został dokonany na podstawie sugestii zawartych w literaturze, a dotyczących badań katamnesticznych nad rezultatami (Roberts, 2002, 2006) i praktyką przyjętą w innych badaniach z tej dziedziny.

W zakresie zmiennej rozwiązania kryzysu stworzono koncepcję kryzysu przejawiającego się w postaci 18 szczegółowych problemów wywołanych przez wydarzenie krytyczne, a zawierających – zdaniem autorki pracy – szerokie spektrum trudności, z jakimi borykają się ludzie w kryzysach. Założony czas badania (6 – 48 miesięcy po kryzysie i interwencji) pozwalał na analizę procesu rozwiązywania każdego z tych 18 problemów aż do stanu, w którym osoba badana uzna, że został rozwiązany.

Radzenie sobie po interwencji było analizowane na dwa sposoby: poprzez zebranie informacji od badanego o wystąpieniu kolejnych wydarzeń stresujących i (ewentualnie) następnego kryzysu, oraz uzyskanie subiektywnej oceny, dotyczącej zmiany w radzeniu sobie, a przedstawionej przez osobę badaną.

Podjęto próbę zbadania zakładanego udziału interwencji w rozwiązaniu kryzysu i zmianie oceny radzenia sobie wśród badanych osób.

Zamierzeniem autorki było również ustalenie ewentualnych związków rozwiązania kryzysu i oceny radzenia sobie z czynnikami osobowościowymi (style radzenia sobie i poczucie koherencji) oraz charakterystyką wydarzenia krytycznego (rodzajem wydarzenia krytycznego, czasem zgłoszenia się po pomoc, nasileniem kryzysu).

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy osoby korzystające z interwencji kryzysowej rozwiązały problemy wywołane przez wydarzenie krytyczne?

2. Jak osoby korzystające z interwencji kryzysowej radzą sobie z kolejnymi wydarzeniami krytycznymi?
3. Jak osoby korzystające z interwencji kryzysowej oceniają uzyskaną pomoc?
4. Czy rozwiązywanie problemów kryzysowych jest związane z poczuciem koherencji i stylami radzenia sobie osób korzystających z interwencji?
5. Czy rozwiązywanie problemów kryzysowych, ocena radzenia sobie, poziom zadowolenia z uzyskanej pomocy są związane z czasem, jaki upłynął od zakończenia interwencji?

Sformułowane zostały następujące hipotezy badawcze:

**Hipoteza I:**

Osoby korzystające interwencji kryzysowej w dużym stopniu rozwiązują problemy kryzysowe, które skłoniły ich do poszukiwania profesjonalnej pomocy w Ośrodku Interwencji Kryzysowej i oceniają, że lepiej radzą sobie z sytuacjami stresowymi.

**Hipoteza II:**

Stopień rozwiązania problemów kryzysowych przez osoby korzystające z interwencji kryzysowej i ich ocena radzenia sobie są związane z charakterystyką tych problemów, czasem dzielącym wydarzenie krytyczne od rozpoczęcia interwencji, rodzajem wydarzenia i nasileniem kryzysu.

**Hipoteza III:**

Wyższy stopień rozwiązania problemów kryzysowych przez osoby korzystające z interwencji kryzysowej i wyższa ocena radzenia sobie są związane z ich silniejszym poczuciem koherencji i stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu.

**Hipoteza IV:**

Stopień rozwiązania problemów kryzysowych i ocena radzenia sobie mają związek z cechami interwencji kryzysowej i poziomem zadowolenia z uzyskanej w Ośrodku Interwencji Kryzysowej pomocy.

### **Hipoteza V:**

Zmiany obserwowane po interwencji (stopień rozwiązania problemów kryzysowych, ocena radzenia sobie i poziom zadowolenia z interwencji) utrzymują się w czasie.

### **VII. 3. Przebieg badania**

Badania prowadzono w latach 2003 – 2005, w Ośrodku Interwencji Kryzysowej (OIK) w Krakowie. Kwalifikacja osób, do których zwrócono się z prośbą o udział w badaniach, dokonana została metodą doboru celowego.

Przyjęto następujące kryteria kwalifikacyjne:

1. przeżycie kryzysu i zgłoszenie się w związku z tym przeżyciem do OIK,
2. przeżyty kryzys wywołany był przez zdarzenie co najwyżej 12 tygodni poprzedzające zgłoszenie,
3. zgłoszenie do OIK nastąpiło w latach 2001, 2002 lub w pierwszym półroczu roku 2004,
4. ukończenie, w chwili zgłoszenia, co najmniej 17-tego roku życia,
5. brak ujawnianych objawów zaburzeń psychicznych,
6. brak uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
7. zastosowanie wobec zgłaszającej się osoby interwencji kryzysowej, obejmującej zasadniczo nie więcej niż 15 spotkań, a jeśli ich liczba była większa, wówczas wyłączano osoby, wobec których czas interwencji przekraczał 3 miesiące,
8. interwencja kryzysowa została zakończona co najmniej 6 miesięcy przed badaniem.

Z badań wyłączano też osoby, które przed zgłoszeniem leczone były psychiatrycznie.

Informacje, służące do zastosowania wymienionych kryteriów, uzyskiwano od badanych osób i/lub z dokumentacji OIK.

Wykorzystanie bazy danych OIK pozwoliło na ustalenie, iż w roku 2002 korzystało z pomocy Ośrodka 317 osób, spełniających kryteria kwalifikacyjne. W chwili rozpoczęcia badań, w 2003 r., do każdej z tych osób skierowano (drogą listowną lub telefonicznie)

zaproszenie na spotkanie do Ośrodka, informując zapraszanych – zgodnie z przygotowaną, pisemną instrukcją – że w czasie spotkania, dla celów naukowych „zbierane będą informacje dotyczące skuteczności pomocy Ośrodka w rozwiązywaniu problemów osób w kryzysie”, a także przeprowadzona będzie rozmowa „na temat rozwiązania problemów, które skłoniły rok wcześniej do szukania pomocy w Ośrodku”. Osoba zapraszana dowiadywała się ponadto, że w czasie spotkania będzie wypełniać trzy kwestionariusze. Podkreślano poufny charakter spotkania, zapowiadając także pełną anonimowość uzyskanych w jego toku informacji.

Badanie pierwszych dziesięciu osób, które skorzystały z zaproszenia, potraktowano jako pilotaż sprawdzający poprawność zaplanowanej procedury i sprawność przewidzianych do użycia narzędzi badawczych. W wyniku tej próby dokonano korekty brzmienia niektórych pytań w autorskim kwestionariuszu oceny rozwiązania kryzysu.

Spośród wybranych 317, badaniu poddało się 96 osób (30,3%). W grupie pozostałych, 46 osób (14,5%) odmówiło skorzystania z zaproszenia, natomiast z pozostałymi 175 osobami (ponad 55%) nie udało się nawiązać kontaktu (nie odpowiadali na telefony, listy, zmienili miejsce zamieszkania lub numer telefonu, wyjechali za granicę).

Kolejni badani także dobierani byli na podstawie znanych już kryteriów, z tą jednak różnicą, że kwalifikowano ich według innego niż wcześniej przyjęty odstęp czasu od zakończenia interwencji. Wyselekcjonowano mianowicie (dla potrzeb testowania hipotezy 5) 334 osoby korzystające z pomocy OIK w roku 2001, tzn. po upływie 3 – 4 lat od interwencji oraz 155 osób z pierwszego półrocza 2004 roku, czyli od 6 do 12 miesięcy od interwencji. Spośród nich losowano (kilkakrotnie, ze względu na odmowę lub niemożność nawiązania kontaktu) osoby do dwóch grup, tak by ostatecznie ich liczebności wynosiły po 40 badanych; wielkość taka przyjęta została ze względu na właściwości planowanych do użycia narzędzi statystycznych.

Badanie zgłaszających się do siedziby OIK osób prowadziły, obok autorki, dwie specjalnie przygotowane ankieterki. W przypadkach dwóch osób badanie przeprowadzono w ich mieszkaniach – na prośbę zaproszonych.

Mimo spodziewanej uciążliwości dla badanych (wygospodarowanie prywatnego czasu, znalezienie dogodnego terminu, dojazd do Ośrodka na własny koszt) łącznie udało się przeprowadzić badania 196 osób. Po wyeliminowaniu niekompletnych materiałów ostatecznie grupę badaną stanowiło 191 osób.

## VII. 4. Zmienne i ich wskaźniki

Dla celów badawczych wyodrębniono następujące zmienne:

- zmienne zależne:

- rozwiązanie problemów kryzysowych,
- ocena radzenia sobie,

- zmienne niezależne związane z wydarzeniem krytycznym:

- rodzaj wydarzenia krytycznego,
- problemy kryzysowe,
- okres czasu od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji,
- nasilenie kryzysu,

- zmienne niezależne związane z osobą korzystającą z interwencji

- style radzenia sobie,
- poczucie koherencji,
- wydarzenia stresowe po interwencji,
- wystąpienie kolejnego kryzysu po interwencji,
- wiek, płeć, wykształcenie,

- zmienne niezależne związane z interwencją:

- rodzaj uzyskanej pomocy,
- liczba spotkań interwencyjnych,
- poziom zadowolenia z interwencji,

- zmienna niezależna:

- okres czasu pomiędzy zakończeniem interwencji a przeprowadzeniem badania

### VII. 4. 1. Zmienne zależne

#### Rozwiązanie problemów kryzysowych

##### 1. Problemy kryzysowe

Na podstawie koncepcji Myera (2001) stworzono listę możliwych przejawów kryzysu będących następstwem wydarzenia krytycznego. Lista objęła 18 typów problemów kryzysowych, uwzględniających skutki wydarzeń w czterech wyróżnionych przez Myera sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. W ten sposób wyodrębniono problemy:



### Sfera fizyczna

Pr. A – problemy zdrowotne

Pr. B – problemy finansowe

Pr. C – brak miejsca zamieszkania (noclegowego)

Pr. D – zagrożenie ze strony pewnej osoby (pewnych osób)

Pr. E – brak żywności

Pr. F – problemy prawne lub urzędowe

### Sfera psychologiczna

Pr. G – poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły

Pr. H – pogorszenie samopoczucia psychicznego

Pr. I – przekonanie o własnej bezwartościowości

Pr. J – załamanie się przekonań na temat siebie

Wystąpienie problemów tej sfery najczęściej uznawane jest w literaturze za właściwe objawy kryzysu. Wyodrębnienie w niniejszej pracy innych, obok psychologicznych, kategorii problemów ma wskazywać, że tak wąsko rozumiany kryzys jest jednym z wielu możliwych następstw wydarzeń krytycznych.

### Sfera społeczna

Pr. K – zerwanie relacji z bliską osobą

Pr. L – pogorszenie relacji z bliską osobą (osobami)

Pr. Ł – pogorszenie stosunków w obrębie rodziny

Pr. M – pogorszenie związków z przyjaciółmi

Pr. N – pogorszenie stosunków w pracy, w dalszym otoczeniu

### Sfera duchowa

Pr. O – utrata poczucia sensu życia

Pr. P – załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata

Pr. R – zmiana przekonań duchowo-religijnych

Problemy kryzysowe badane były za pomocą autorskiego, ustrukturalizowanego kwestionariusza, w którym proszono osobę badaną o wybranie z przygotowanej listy tych problemów, które pojawiły się po wydarzeniu krytycznym.

## **2. Ocena rozwiązywania problemów kryzysowych**

Osoby badane były proszone najpierw o wybranie z listy 18 kategorii tych problemów kryzysowych, które stały się ich udziałem po wydarzeniu krytycznym, a

następnie o określenie stopnia rozwiązania tych problemów. Przy ocenie stopnia rozwiązania badany posługiwał się pięciostopniową skalą szacunkową od „1” do „5”, gdzie poszczególne cyfry oznaczały:

„1” - problem w ogóle nie został rozwiązany

„2” – problem został rozwiązany częściowo, to znaczy w 25 %

„3” – problem został rozwiązany w połowie, to znaczy w 50 %

„4” – większa część problemu została rozwiązana, to znaczy w 75 %

„5” – problem został rozwiązany całkowicie, w 100 %.

Zamieszczone szacunki procentowe miały ułatwić badanym uściślenie stopnia rozwiązania problemu, były zatem raczej miarą orientacyjną niż wielkością precyzyjną, co wyjaśniano w trakcie badania.

### **Ocena radzenia sobie**

W czasie zbierania wywiadu badani oceniali zmianę w swoim radzeniu sobie w chwili badania w porównaniu z radzeniem sobie w czasie kryzysu, będącego powodem zgłoszenia się do OIK. Dokonywali tej oceny na skali szacunkowej od „1” do „5”, gdzie kolejnym cyfrom nadano następujące znaczenie:

„1” – „radzę sobie dużo gorzej”

„2” – „radzę sobie gorzej”

„3” – „nie zauważyłam (-em) zmiany”

„4” – „lepiej sobie radzę”

„5” – „dużo lepiej sobie radzę”

## **VII. 4. 2. Zmienne niezależne związane z wydarzeniem krytycznym**

### **Rodzaj wydarzenia krytycznego**

Za krytyczne uznano wydarzenie, którego skutki stały się powodem szukania profesjonalnej pomocy przez badanych, tzn. były przyczyną kryzysu i miało miejsce najdalej dwanaście tygodni przed badaniem. Przyjęty okres został podyktowany poglądami dotyczącymi różnej długości trwania kryzysu: cztery do sześciu tygodni (Auerbach, 1983, Jacobson, 1974; Płużek, 1997), osiem, a nawet dwanaście tygodni (Parad H.J. i Parad, 1991; Roberts, 1991). Kryterium to dawało podstawę do przypuszczenia, że osoba przeżywała kryzys związany właśnie z tym wydarzeniem.

Jeśli rodzaj wydarzenia krytycznego nie był oczywisty dla samego badanego, wówczas stawał się przedmiotem rozpoznawania wspólnie z osobą pomagającą w czasie pierwszej rozmowy.

Za wydarzenie krytyczne w niniejszej pracy przyjmowano zapis w dokumentacji interwencji kryzysowej OIK dokonywany wobec każdej osoby badanej w czasie, gdy korzystała z interwencji.

### **Czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji**

Zmienna ta określa czas pomiędzy wydarzeniem krytycznym, a momentem rozpoczęcia interwencji kryzysowej. Założony maksymalny okres 12 tygodni od wydarzenia dla celów prezentowanej analizy został podzielony na trzy przedziały czasowe:

- do 7 dni od zdarzenia,
- od 8 do 30 dni od zdarzenia
- od jednego do trzech miesięcy od zdarzenia.

Informację dotyczącą czasu od wydarzenia krytycznego do zgłoszenia się po pomoc uzyskiwano od osób badanych.

### **Nasilenie kryzysu**

Badanych proszono o ocenę stopnia nasilenia kryzysu jaki przeżywali, gdy zgłaszali się po pomoc do OIK. Oceny dokonywali na skali szacunkowej od „1” do „5”, gdzie poszczególne cyfry otrzymały następujące znaczenia:

„1” – „bardzo małe nasilenie”

„2” – „małe nasilenie”

„3” – „średnie nasilenie”

„4” – „duże nasilenie”

„5” – „bardzo duże nasilenie”

## **VII. 4. 3. Zmienne niezależne związane z osobą korzystającą z interwencji**

### **Style radzenia sobie**

Spośród trzech opisywanych w literaturze pojęć związanych z radzeniem sobie ze stresem (strategia, proces i styl radzenia sobie) dla potrzeb niniejszej analizy wybrano jako zmienną styl radzenia sobie. Heszen-Niejodek (2004) definiuje ów styl jako „specyficzną

dyspozycję człowieka do zachowania się w tej szczególnej klasie sytuacji, jaką jest sytuacja stresowa” (s.239). Przyznaje się mu status zmiennej osobowościowej (Wrześniewski, 2000).

Dla przebiegu oraz efektów radzenia sobie jednostki z konkretną sytuacją stresową istotne są zarówno czynniki indywidualne, wśród których za najważniejszy uznaje się styl radzenia sobie, jak i dynamika sytuacji, na przykład jej kontrolowalność (Heszen-Niejodek, 2000). Ludzie dopasowują strategie radzenia sobie do wymagań sytuacji stresowej, ale jest to proces wyznaczany przez właściwości stylu radzenia sobie: dysponowanie odpowiednimi strategiami i elastycznością w ich stosowaniu.

W ten właśnie interakcyjny sposób zdefiniowali styl radzenia sobie Endler i Parker (za: Wrześniewski, 2000) i na podstawie analizy czynnikowej wyodrębnili trzy style radzenia sobie: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu. Te trzy style stanowią zmienne radzenia sobie w niniejszym opracowaniu. Do ich analizy użyto Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (1996).

### **Poczucie koherencji**

Przez A. Antonovsky’ego, autora koncepcji salutogenetycznej, poczucie koherencji definiowane jest jako: „globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1/ bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; 2/ dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; 3/ wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, s.34). Trzy wymienione składniki autor nazwał kolejno: poczuciem zrozumiałości, poczuciem zaradności i poczuciem sensowności. Każdemu z nich można kolejno nadać status: zmiennej poznawczej (poczucie zrozumiałości), zmiennej poznawczo-instrumentalnej (poczucie zaradności), czynnika motywacyjno-emocjonalnego (poczucie sensowności) (Sęk, 2001b).

Poczucie koherencji jest uznawane za zmienną osobowościową (Pasikowski, 2000; Sęk, 2001b) lub postawę jednostki wobec stresorów (Łuszczynska-Cieślak, 2001). Również sam Antonovsky umieszczał je w kontekście zmiennych osobowościowych, mimo początkowego odżegnywania się od takiego klasyfikowania (Łuszczynska-Cieślak,

2001). Wskazuje się na silny związek poczucia koherencji z innymi konstruktami psychologicznymi: poczuciem sprawstwa, wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Sęk, 2001b) i samoskutecznością (Pasikowski, 2000).

Ścisły związek poczucia koherencji z radzeniem sobie ze stresem skłania do zbadania jego związku z rozwiązywaniem kryzysów życiowych. Definicja kryzysu pozwala wprost odnieść go do kategorii stresu psychologicznego o ściśle określonych charakterystykach (Kubacka-Jasiecka, 1997). Można zatem spodziewać się istnienia związku pomiędzy poczuciem koherencji a rozwiązywaniem kryzysów.

Do badania poczucia koherencji posłużono się Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC-29) w polskiej adaptacji. Wskaźnikami zmiennej są: wynik ogólny poziomu poczucia koherencji i jego trzy składowe.

### **Wydarzenia stresowe w przebiegu życia**

Sporządzono listę wydarzeń stresujących, które mogły stać się wydarzeniami krytycznymi, korzystając ze Skali do Pomiaru Społecznego Dostosowania Holmesa i Rahe'a (Antonovsky, 1995) oraz Life Events Questionnaire T.S.Brugha (Fischer i Corcoran, 1994). Lista ta została włączona do kwestionariusza badającego ocenę rozwiązania kryzysu, wyznaczającego przebieg rozmowy. Badanych proszono o wybranie tych wydarzeń stresujących ze sporządzonej listy, które miały miejsce w ich całym życiu oraz o określenie czasu ich wystąpienia.

Uwzględniono 25 rodzajów wydarzeń wraz z kategorią: „inne”. Ze względu na hipotezy badawcze największą wagę przywiązywano do wydarzeń mających miejsce po zakończeniu interwencji kryzysowej. Jeśli takie zdarzenia wystąpiły pytano badanego o to, czy wywołały one kolejny (drugi) kryzys.

### **Wystąpienie kolejnego (drugiego) kryzysu**

Badania przeprowadzane były w okresie od 6 do 48 miesięcy po zakończeniu interwencji, a w takim dystansie czasowym badani mogli napotkać kolejne stresowe wydarzenia życiowe i prawdopodobnie u pewnej części z nich wystąpił kolejny kryzys związany z przebyłym właśnie wydarzeniem. O przeżycie kolejnego, w tym przypadku – drugiego - kryzysu pytano w trakcie badania.

## **VII. 4. 4. Zmienne niezależne związane z interwencją**

### **Rodzaj uzyskanej pomocy**

Interwencja prowadzona w OIK zbliżona jest do Modelu Roberta (2005), opisanego w niniejszej pracy (rozdz. IV. 2) oraz modelu tzw. terapii kryzysowej, której celami są: poprawa objawowa, odkrycie i zrozumienie wydarzenia krytycznego, powiązanie obecnego kryzysu z poprzednimi doświadczeniami, wzmocnienie zasobów radzenia sobie w celu rozwiązania obecnego kryzysu i przygotowanie do rozwiązywania kolejnych (Butcher, Stelmachers i Mandal, 1983; Slaikeu, 1990).

Dla potrzeb prezentowanych badań sporządzono listę oddziaływań składających się na interwencję i sformułowano je w języku potocznym, by ułatwić badanym wybór, gdy byli pytani o wskazanie tych form pomocy, które – ich zdaniem – uzyskali.

Wyróżniono w ten sposób 10 rodzajów uzyskanej pomocy:

- „uważne wysłuchanie, zrozumienie, zainteresowanie, życzliwość”,
- „wygadanie się, wyrzucenie z siebie, poczucie bezpieczeństwa”,
- „informacja: jak załatwić, gdzie pójść (skierowanie do właściwych osób i instytucji)”,
- „pomoc w zrealizowaniu planu, załatwianiu spraw”,
- „porada prawna, lekarska”,
- „pobyt w poczekalni, hostelu”,
- „wizyta domowa lub w innej instytucji pracownika OIK”,
- „włączenie bliskich, ważnych osób w spotkania w OIK”,
- „pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie”
- inne

### **Liczba spotkań interwencyjnych**

Z dokumentacji OIK otrzymano informację o liczbie spotkań każdego z badanych w Ośrodku. W analizie pominięto rozmowy telefoniczne z klientami lub telefony interwencyjne w sprawach klientów ze względu na trudności w porównaniu efektów rozmowy telefonicznej i spotkania twarzą w twarz.

## Poziom zadowolenia z interwencji

Badanie zadowolenia z uzyskanej pomocy rozwinęło się z badań nad zadowoleniem z pracy (*job satisfaction*) i zadowoleniem konsumenta z usług (Pascoe, 1983). W ostatnich latach przywiązuje się większą niż wcześniej wagę do włączania klientów w ocenę usług, programów, gdyż ich opinie stanowią cenne uzupełnienie ocen dostawcy usług i zapobiegają skrzywieniu perspektywy w stronę świadczących usługi. Opinie klientów, choć często odmienne od ocen uzyskanych z innych źródeł przedstawiają ważne źródło informacji (Larsen, Attkisson, Hargreaves i Nguyen, 1979).

W obrębie opieki zdrowotnej zadowolenie pacjenta uznaje się za ważną miarę jakości dostarczonej pomocy, istotny czynnik ewaluacji oraz predyktor zachowań prozdrowotnych (Larsen i in., 1979; Attkisson i Greenfield, 1999). Wymienia się 9 wymiarów dostarczonych usług, które powinny stać się celem szacowania przez pacjentów: otoczenie fizyczne placówki, wsparcie i życzliwość personelu, rodzaj otrzymanej pomocy, personel leczący, jakość pomocy, czas trwania pomocy (liczba spotkań), rezultaty pomocy, procedury, ogólne zadowolenie (Nguyen, Attkisson i Stegner, 1983).

Zadowolenie pacjenta definiuje się jako „reakcję odbiorcy opieki zdrowotnej na kontekst, proces i rezultat doświadczeń z danym serwisem” (Pascoe, 1983, s.189). Tworzy się poprzez porównanie doświadczeń z subiektywnymi standardami (idealny, minimalny, oczekiwany, osiągnięty) i zawiera ewaluację poznawczą oraz reakcję emocjonalną na strukturę, proces i rezultaty uzyskanej pomocy. Zadowolenie jest stopniowalne, co pozwala wyróżnić przynajmniej 2 grupy pacjentów: zadowolonych i niezadowolonych. Uważa się, że pacjenci z obu tych grup charakteryzują się odmiennymi postawami wobec opieki zdrowotnej i zachowaniami w kontaktach z personelem medycznym (Nguyen i in., 1983; Greenfield i Attkisson, 1989). Pacjenci zadowoleni bardziej sumiennie uczestniczą w leczeniu, dotrzymują terminów, przestrzegają zaleceń lekarzy i zażywają leki niż pacjenci niezadowoleni (Pascoe, 1983). Zadowolenie jest wskaźnikiem jakości opieki i oceny osób pomagających, dlatego tak ważna jest jego rola w ewaluacji usług.

Wyróżnia się dwie główne miary zadowolenia: ogólną (*indirect*) i szczegółową (*direct*). Miary ogólne wykorzystywane są w zbieraniu ogólnych opinii o opiece zdrowotnej, a zatem opisują zadowolenie „makro” z usług zdrowotnych, zaś miarami szczegółowymi można posłużyć się pytając klientów konkretnego programu, czy serwisu o ich doświadczenie przy faktycznym korzystaniu z pomocy tychże (Attkisson i Greenfield,

1999). Miary szczegółowe dostarczają ogólnej oceny uzyskanej w danym programie pomocy, albo oceny stopnia zadowolenia ze specyficznych właściwości tego programu.

Zadowolenie z pomocy może służyć do porównań między odbiorcami różnych programów lub do analiz wewnątrz jednej populacji, na przykład identyfikacji grupy niezadowolonych klientów, rozpoznania szczegółowych aspektów pomocy, które budzą niezadowolenie, itp. (Larsen i in., 1979).

Badania wskazują na istotne związki zadowolenia z: subiektywnie odczuwaną poprawą zdrowia (Nguyen i in., 1983; Pascoe, 1983), redukcją objawów (Attkisson i Zwick, 1982), oceną poprawy dokonywaną przez terapeutę (Nguyen i in., 1983), długością trwania kontaktu (Attkisson i Greenfield, 1999) i częstotliwością korzystania z danego programu, czy serwisu, cechami pomagającego (Pascoe, 1983).

W niniejszej pracy zastosowano szczegółową miarę zadowolenia z interwencji uzyskiwaną za pomocą Kwestionariusza Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8).

### **Czas od zakończenia interwencji**

Dokumentacja interwencji prowadzonych w Ośrodku pozwoliła na określenie dla każdej osoby badanej czasu od ostatniego spotkania do dnia, w którym przeprowadzono badanie. Czas ten został wyrażony w miesiącach.

## **VII. 5. Narzędzia badawcze**

### **Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)**

*The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*, autorstwa Endlera i Parkera został zaadaptowany do warunków polskich przez Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (1996) i funkcjonuje jako Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Składa się z 48 stwierdzeń opisujących różne zachowania, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia na pięciostopniowej skali Likerta, gdzie kolejne cyfry (od 1 do 5) oznaczają częstość wykonywania danej czynności.

Kwestionariusz obejmuje trzy skale analizujące style radzenia sobie ze stresem:

1. styl skoncentrowany na zadaniu, określający tendencję do podejmowania działań rozwiązujących problem, czy to przez poznawcze opracowanie, czy próbę zmiany sytuacji (16 pozycji kwestionariusza),



2. styl skoncentrowany na emocjach, na własnych przeżyciach emocjonalnych, niejednokrotnie związany z fantazjowaniem i myśleniem życzeniowym, zmniejszającymi napięcie emocjonalne (16 pozycji),
3. styl skoncentrowany na unikaniu charakterystyczny dla osób wystrzegających się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowych (16 pozycji). Autorzy wyodrębnili w nim dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (8 pozycji) i poszukiwanie kontaktów społecznych (5 pozycji kwestionariusza).

Wyniki w poszczególnych skalach sumuje się: im wyższy wynik, tym większe nasycenie danym stylem radzenia sobie. W trzech głównych skalach wyniki mogą wahać się od 16 do 80 punktów.

Endler i Parker zbadali rzetelność Kwestionariusza poprzez analizę zgodności wewnętrznej metodą  $\alpha$ -Cronbacha i uzyskali wartości zadowalające: od 0,72 do 0,92. Trafność sprawdzano poprzez analizę struktury czynników i określenie trafności teoretycznej i również wykazano satysfakcjonujące wartości (Wrześniewski, 2000). Polska adaptacja charakteryzuje się prawie identycznymi parametrami psychometrycznymi: zgodność wewnętrzna badana metodą  $\alpha$ -Cronbacha przyjęła wartości od 0,71 do 0,89. Podobnie zadowalające dane uzyskano w badaniu trafności kryterialnej i teoretycznej (Wrześniewski, 2000).

W badaniach własnych wartości współczynnika  $\alpha$ -Cronbacha dla poszczególnych skal wahały się od 0,76 do 0,88.

### **Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)**

Kwestionariusz jest polską wersją *The Sense of Coherence Questionnaire* Antonovsky'ego, opracowaną wspólnie przez: Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi w 1993 r. Wersja ta została autoryzowana przez Antonovsky'ego.

Kwestionariusz składa się z 29 pozycji, zawierającej 3 skale: zrozumiałości (11 pozycji), zaradności (10 pozycji) i sensowności (8 pozycji). Badany ustosunkowuje się do każdej z pozycji na siedmiopunktowej skali szacunkowej, na której zakres punktacji wynosi od 1 do 7). Wyniki będące sumą wybranych przez badanego punktów odzwierciedlają: ogólny wynik poziomu poczucia koherencji oraz nasilenie każdej z trzech składowych.

Badania wersją oryginalną oraz badania polskie przeprowadzone na dużej próbie wykazały satysfakcjonujące właściwości psychometryczne skali: rzetelność i trafność (Antonovsky, 1995; Koniarek, Dudek, Makowska, 1993; Pasikowski, 2000; Pasikowski, 2001a). Pasikowski (2001a) po przeprowadzeniu eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej nie potwierdził trzyczynnikowej struktury Kwestionariusza, ale też nie znalazł jednoznacznych dowodów na jej odrzucenie i ostatecznie uznał za celowe obliczanie i interpretację wyników cząstkowych dla skal: zrozumiałości, zaradności i sensowności.

W badaniach własnych obliczono zgodność wewnętrzną trzech skal Kwestionariusza metodą  $\alpha$ -Cronbacha i uzyskano wartości akceptowalne: od 0,77 do 0,81.

### **Kwestionariusz Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8)**

Kwestionariusz (*Client Satisfaction Questionnaire*) został skonstruowany przez Attkissona i Greenfielda z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, jako narzędzie mierzące zadowolenie klienta/pacjenta w instytucjach medycznych i pomocy społecznej. Jest także szeroko stosowany dla celów badawczych, ewaluacyjnych i analiz polityki zdrowotnej w USA i innych krajach (Attkisson i Greenfield, 1995), szczególnie w psychiatrii, podstawowej opiece zdrowotnej i organizacjach świadczących pomoc.

Prace nad kwestionariuszem trwały kilka lat. Początkowo autorzy zgromadzili kilkadziesiąt stwierdzeń opisujących 9 wymiarów dostarczanych usług zdrowotnych, które winny stać się przedmiotem szacowania przez klientów. Następnie kolejno: psychiatrzy, członkowie Stanowej Rady do Spraw Psychiatrii oceniali dopasowanie stwierdzeń do treści wymiarów i w toku badań odbiorców opieki medycznej eliminowano te, które okazywały się nieprzydatne. W ten sposób powstała pierwsza wersja kwestionariusza zawierająca 31 pozycji (CSQ-31), która stała się punktem wyjścia dla „rodziny” kwestionariuszy mierzących zadowolenie klientów (Attkisson i Greenfield, 1995).

Kwestionariusz Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8) jest jedną z najkrótszych z tej grupy (istnieją wersje: CSQ-18 A i B oraz SSS-30) miarą szczegółową dającą obraz ogólnego zadowolenia klienta z pomocy uzyskanej w konkretnej instytucji lub organizacji. Wzajemne pochodzenie kwestionariuszy obrazuje fakt, że CSQ-8 stanowi część CSQ-18 w wersji B, a z CSQ-8 wywodzi się CSQ-4 (Larsen i in., 1979). Składa się z 8 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się za pomocą czterostopniowej skali szacunkowej od 1 do 4, gdzie każdej cyfrze, przy każdym stwierdzeniu przyporządkowano konkretną treść.

Poziom zadowolenia jest prostą sumą wyborów dokonanych przez badanego i lokuje się pomiędzy 8 a 32 punktami.

Badania normalizacyjne przeprowadzono na próbie 8000 pacjentów klinik i poradni zdrowia psychicznego w USA, z których 81,8 % korzystało z niestacjonarnego leczenia (*outpatients*). Tłumaczenia na inne języki wykazały, że kwestionariusz nie jest podatny na wpływy kulturowe. Charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi: zadowalającą zgodnością wewnętrzną (współczynnik  $\alpha$ -Cronbacha osiąga wartości od 0,83 do 0,93), wysoką trafnością kryterialną i teoretyczną (Attkisson i Greenfield, 1996, 1999).

Badania z użyciem kwestionariusza przynoszą skrzywienie wyników w stronę wysokiego poziomu zadowolenia klientów. Autorzy zalecają zatem stosowanie go raczej do badań porównawczych niż jako wyizolowaną miarę zadowolenia (Attkisson i Greenfield, 1995).

W badaniach własnych zdecydowano się na wykorzystanie ośmiopozycyjnego Kwestionariusza Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8) ze względu na jego możliwość wykorzystania do analiz korelacyjnych, jego zwięzłą i krótką formę, a także dobre właściwości psychometryczne. Nie bez znaczenia była też możliwość porównania z wynikami badań znanych z literatury, a wykorzystujących ten kwestionariusz.

Uzyskano oficjalną, pisemną zgodę autorów na wykorzystanie skali dla celów naukowych, a następnie dokonano niezbędnego dwukrotnego tłumaczenia, które zostało zaakceptowane przez profesora Clifforda C. Attkissona. W Uniwersytecie Kalifornijskim wydrukowano polską wersję kwestionariusza, którą posłużono się w niniejszych badaniach.

Niewątpliwym ograniczeniem w stosowaniu CSQ – 8 jest brak polskiej adaptacji. Założono jednak, że będzie on użyty wyłącznie do analizy zadowolenia osób badanych i w związku z tym wyniki nie będą uogólniane na inne populacje. Zbadano rzetelność poprzez analizę zgodności wewnętrznej metodą  $\alpha$ -Cronbacha i uzyskano wysokie wartości: od 0,93 do 0,95.

### **Kwestionariusz Oceny Rozwiązania Kryzysu**

Skonstruowano kwestionariusz rozmowy na potrzeby badań własnych zbierający informacje na temat kryzysu, w czasie którego badany szukał pomocy w OIK i jego rozwiązania, ewentualnego wystąpienia kolejnych stresowych wydarzeń w życiu badanego i możliwego w związku z tym następnego kryzysu. Badanych proszono też o opinię na

temat uzyskanej w Ośrodku pomocy i ocenę z perspektywy czasu od zakończenia interwencji zmian w radzeniu sobie z kolejnymi wydarzeniami stresującymi.

Szczegółowo poruszano w wywiadzie następujące zagadnienia:

1. wydarzenie krytyczne, czas od wydarzenia do rozpoczęcia interwencji,
2. charakterystyka przeżywanego wówczas kryzysu: nasilenie, reakcja otoczenia, problemy kryzysowe i ich rozwiązanie oceniane z perspektywy momentu badania,
3. oczekiwania co do pomocy w Ośrodku i opis rzeczywiście uzyskanej pomocy,
4. wydarzenia stresowe po zakończeniu interwencji i wystąpienie kolejnego kryzysu, jego charakterystyka i rozwiązanie,
5. opinia na temat zmiany w radzeniu sobie ze stresem, obserwowanej z perspektywy badania,
6. dane socjodemograficzne

Część pytań polegała na wyborze z przygotowanej listy możliwych wyborów, na przykład: problemy kryzysowe, wydarzenie stresowe w życiu badanego, oczekiwana i uzyskana pomoc. Inna grupa pytań dotyczyła oceny danej zmiennej według ustalonych kryteriów, przykładowo: nasilenie kryzysu, stopień rozwiązania problemów kryzysowych, ocena zmiany w radzeniu sobie. Pozostałe pytania były otwarte.

(Uwaga: Użyte w badaniach kwestionariusze zamieszczono w Aneksie)

## VII. 6. Osoby badane

### VII. 6. 1. Płeć

Rozkład płci w badanej grupie przedstawia Tabela 2.

**Tabela 2. Płeć badanych**

	Płeć	
	N	%
Kobiety	169	88,50
Mężczyźni	22	11,50
Ogółem	191	100,00

Wśród 191 osób badanych było 169 kobiet (88,50%) i 22 mężczyzn (11,50%). Taki rozkład procentowy płci klientów jest zasadniczo zbliżony z typowym rozkładem płci

klientów OIK, w którym kobiety stanowią przeważającą grupę klientów (średnio 78,80%). W grupie badanej udział kobiet był większy niż w populacji klientów.

### VII. 6. 2. Wiek

Wiek badanych wahał się od 18 do 76 lat, średnia wieku wynosiła - 40,1 lat (SD=12,50). Udział liczbowy badanych w przyjętych 4 kategoriach wiekowych: 18-30 lat, 31-40 lat, 41-50 lat, 51 i więcej lat, przedstawia Tabela 3.

**Tabela 3. Wiek badanych**

Wiek		
	N	%
18-30 lat	47	24,60
31-40 lat	54	28,30
41-50 lat	49	25,70
51 i więcej lat	41	21,50
Ogółem	191	100,00

Wszystkie kategorie wiekowe są mniej więcej równoliczne i również zasadniczo pokrywają się z typowym rozkładem kategorii wiekowych klientów OIK (przy czym w grupie badanej jest więcej niż wśród klientów osób po 50-tym roku życia).

### VII. 6. 3. Wykształcenie

Wykształcenie badanych przedstawia Tabela 4.

**Tabela 4. Wykształcenie badanych**

Wykształcenie		
	N	%
wyższe	60	31,40
średnie	89	46,60
zawodowe	36	18,80
podstawowe	6	3,10
ogółem	191	100,00

Prawie połowa badanych miała wykształcenie średnie (46,60%) i potem w kolejności od najbardziej do najmniej licznych kategorii wykształcenia: wyższe (31,40%), zawodowe (18,80%), podstawowe (3,10%) – Tabela 4.

#### VII. 6. 4. Stan cywilny

Stan cywilny badanych prezentuje Tabeli 5.

**Tabela 5. Stan cywilny w badanej grupie**

Stan cywilny		
	N	%
Związek partnerski	121	63,40
Wolny	44	23,00
Rozwiedziony (-a)	21	11,00
Wdowieństwo	5	2,60
Ogółem	191	100,00

Prawie dwie trzecie badanych (63,40%) pozostawało w związkach partnerskich w chwili badania, stan cywilny wolny deklarowało 23%, rozwiedzionych było 11%, a w stanie wdowieństwa pozostawało 2,60%.

#### VII. 6. 5. Praca/nauka

Liczebności badanych pracujących i uczących się przedstawia Tabela 6.

**Tabela 6. Praca/nauka wśród osób badanych**

Praca/nauka wśród osób badanych		
	N	%
Praca	131	68,60
Nauka	33	17,30
Nie pracuje, nie uczy się	27	14,10
Ogółem	191	100,00

Ponad dwie trzecie osób badanych (68,60%) pracowało w chwili badania, a uczyło się 17,30% badanych. Osoby niepracujące, to jest przebywające na rencie, emeryturze, poszukujące pracy, stanowiły 14,10% grupy badanej.

### **VII. 6. 6. Miejsce zamieszkania**

Miejsce zamieszkania osób badanych przedstawiono w Tabeli 7.

**Tabela 7. Miejsce zamieszkania**

Miejsce zamieszkania		
	N	%
Miasto	166	86,90
Wieś	25	13,10
Ogółem	191	100,00

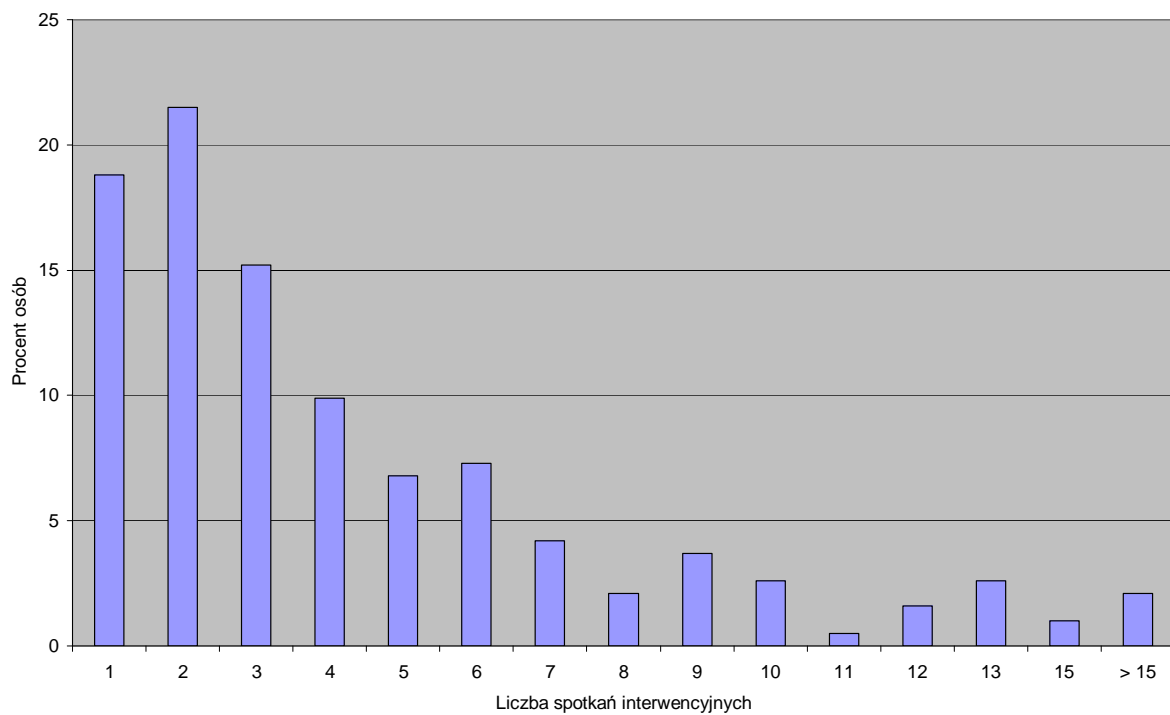
Większość badanych (86,90%) mieszkało w Krakowie, a pozostałe osoby – na wsi (13,10%).

### **VII. 6. 7. Liczba spotkań interwencyjnych**

Tabela 8 oraz Rysunek 1 przedstawiają liczebności odbytych przez badanych spotkań w ramach interwencji kryzysowej.

**Tabela 8. Liczba spotkań interwencyjnych**

Liczba spotkań		
	N	%
1	36	18,80
2	41	21,50
3	29	15,20
4	19	9,90
5	13	6,80
6	14	7,30
7	8	4,20
8	4	2,10
9	7	3,70
10	5	2,60
11	1	0,50
12	3	1,60
13	5	2,60
15	2	1,00
> 15	4	2,10
Ogółem	191	100,00

**Rysunek 1. Liczba spotkań interwencyjnych**



Ponad połowa badanych (55,50%) uczestniczyła w co najwyżej 3 spotkaniach interwencyjnych: jednym, dwóch lub trzech. Tak mała liczba spotkań oznacza przerwanie kontaktu przez badanego, gdyż w OIK osobom po wydarzeniach krytycznych zawsze proponuje się dłużej trwającą pomoc. Zatem ponad połowa przerwała kontakt interwencyjny, a z całą pewnością przynajmniej 77 badanych (40,30%), którzy odbyli 1 lub 2 spotkania. Osoby które korzystały dalej z pomocy odbyły większą liczbę spotkań, ale liczebności badanych maleją systematycznie w miarę wzrostu liczby spotkań. W co najwyżej sześciu spotkaniach interwencyjnych uczestniczyło 152 (79,50%) badanych.

### VII. 6. 8. Czas od zakończenia interwencji

Tabela 9 przedstawia rozkład liczebności poszczególnych kategorii czasu jaki minął od zakończenia interwencji do badania.

**Tabela 9. Czas od zakończenia interwencji**

Czas od zakończenia interwencji		
	N	%
6-15 miesięcy	63	33,00
16-24 miesięcy	68	35,60
25- 48 miesięcy	60	31,40
Ogółem	191	100,00

Badani zakończyli interwencję od 6 do 48 miesięcy przed badaniem, średnio – 22,4 miesiąca (SD=12,7), przy czym dla 131 (68,60%) badanych odległość czasowa od interwencji mieściła się w przedziale od 6 do 24 miesięcy.

### VII. 6. 9. Metody analizy statystycznej

W analizowanym materiale wystąpiły następujące typy zmiennych:

- nominalne dychotomiczne, na przykład „problemy kryzysowe”, „rodzaj uzyskanej pomocy”, itp.,
- nominalne z więcej niż dwiema kategoriami, na przykład rodzaj „wydarzenia krytycznego”,

- porządkowe, na przykład „stopień rozwiązania problemów kryzysowych”, „ocena radzenia sobie”, itp.,
- liczbowe bez rozkładu normalnego, na przykład „liczba kontaktów”,
- liczbowe z rozkładem normalnym, na przykład „poczucie koherencji”, „style radzenia sobie”.

Dla potrzeb weryfikacji przyjętych hipotez zastosowano następujące techniki analizy statystycznej:

1. dla badania związku między zmiennymi nominalnymi - test niezależności  $\chi^2$ ,
2. dla badania związku między 2 rodzajami zmiennych nominalnych dychotomicznych - test niezależności  $\chi^2$  - dla wyliczenia poziomu prawdopodobieństwa oraz współczynniki phi dla określenia siły związku (wyniki przedstawiono zbiorczo w tabelach korelacyjnych, zależności istotne oznaczono gwiazdką),
3. dla badania związku między zmiennymi nominalnymi dychotomicznymi i zmiennymi porządkowymi, jak również dla badania związku między zmiennymi nominalnymi dychotomicznymi a zmiennymi liczbowymi bez rozkładu normalnego i związku między 2 rodzajami zmiennych porządkowych – metody korelacji nieparametrycznej rho Spearmana,
4. dla badania związku między zmiennymi nominalnymi z więcej niż dwiema kategoriami i zmiennymi porządkowymi oraz zmiennymi nominalnymi z więcej niż dwiema kategoriami a zmiennymi liczbowymi bez rozkładu normalnego – nieparametryczną analizę wariancji H Kruskala-Wallisa,
5. dla badania związku między zmiennymi nominalnymi dychotomicznymi a zmiennymi liczbowymi z rozkładem normalnym – metody korelacji r Pearsona,
6. dla badania związku między zmiennymi nominalnymi z więcej niż dwiema kategoriami a zmiennymi liczbowymi z rozkładem normalnym – analiza wariancji ANOVA,
7. dla badania związku między zmiennymi dychotomicznymi i liczbowymi - test t Studenta,
8. dla badania związku między zmiennymi dychotomicznymi i porządkowymi: test U Manna-Whitneya,

9. dla badania struktury czynnikowej - analiza czynnikowa z rotacją ukośną  
OBLIMIN,
10. dla analizy związku między kilkoma predyktorami a zmienną zależną -  
analiza krokowa regresji.

## VIII. Wyniki badań

### VIII. 1. Charakterystyka kryzysu przeżywanego przez badanych

#### VIII. 1. 1. Wydarzenie krytyczne

Wszyscy badani zgłosili się po raz pierwszy do OIK w związku z kryzysem wywołanym przez wydarzenie krytyczne, o którym relacjonowali sami lub zostało ono zidentyfikowane wspólnie z osobą udzielającą pomocy. Rodzaj wydarzeń i liczebności badanych, którzy przeżyli wydarzenia obrazuje Tabela 10.

**Tabela 10. Rodzaj wydarzenie krytycznego**

Rodzaj wydarzenia krytycznego	N	%
Utrata	16	8,40%
Przemoc, partner	78	40,90%
Przemoc, inny członek rodziny	24	12,60%
Próba samobójcza	19	9,90%
Traumatyczne zdarzenie	27	14,10%
Zdrada, rozstanie	27	14,10%
Ogółem	191	100,00%

Największą grupę stanowiły osoby, dla których doznawanie przemocy ze strony partnera stało się wydarzeniem krytycznym i przyczyną poszukiwania pomocy – 40,90%. Dość liczną grupę stanowiły osoby doznające przemocy ze strony innego niż partner członka rodziny: rodzica, rodzeństwa, dorosłych dzieci – 12,60%. Drugie pod względem liczebności okazały się grupy osób, które przeżyły wydarzenie traumatyczne (14,10%), i osób borykających się ze zdradą partnerską lub rozstaniem z partnerem (14,10%). Wśród zdarzeń traumatycznych znalazły się: wypadek komunikacyjny, gwałt, napaść, powódź, samobójstwo bliskiego, zabójstwo osoby bliskiej. Osoby, które podjęły próbę samobójczą lub ich bliscy stanowili 9,90% badanych, a osoby przeżywające żałobę – 8,40% grupy.

Zbadano związek rodzajów zdarzeń krytycznych ze zmiennymi socjodemograficznymi: płcią, wiekiem, wykształceniem. Uzyskano rezultaty świadczące o:

- istnieniu związku (test  $\chi^2$ ,  $\chi^2=16,83$ ,  $p=0,01$ ) rodzaju wydarzenia z płcią (Tabela 11)

**Tabela 11. Rodzaj wydarzenia krytycznego a płeć**

Rodzaj wydarzenia krytycznego	kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%
Utrata	11	6,50	5	22,70
Przemoc, partner	76	45,00	2	9,10
Przemoc, inny członek rodziny	20	11,80	4	18,00
Próba samobójcza	16	9,50	3	13,60
Traumatyczne zdarzenie	22	13,00	5	22,70
Zdrada, rozstanie	24	14,20	3	13,60
Ogółem	169	100,00	22	100,00

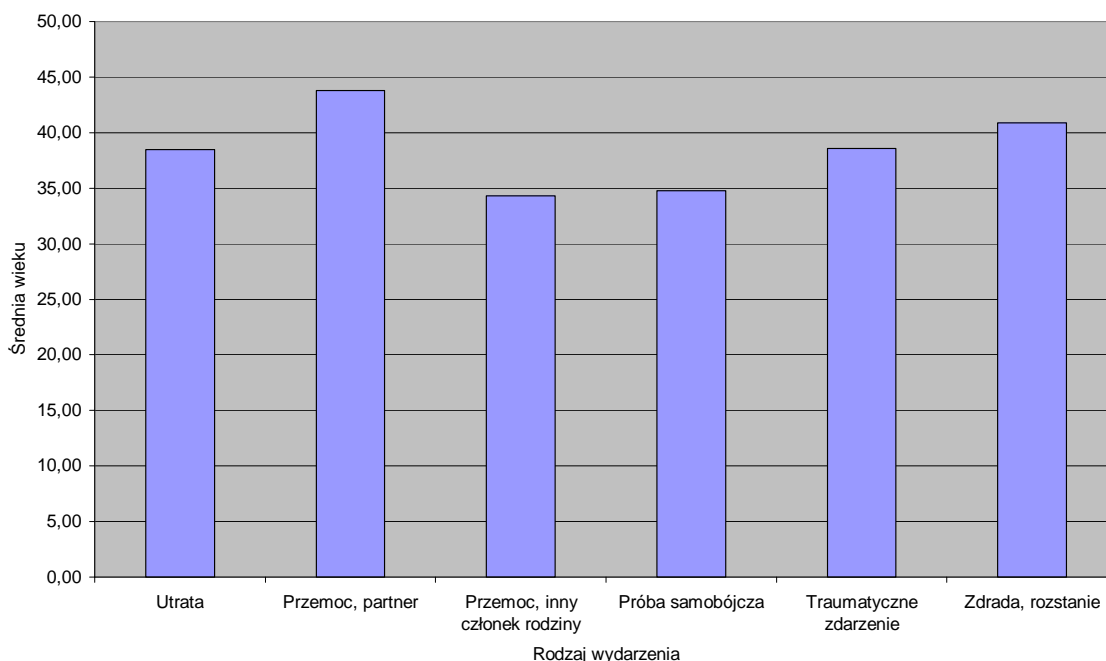
Kobiety istotnie częściej zgłaszały się po pomoc w przypadku: przemocy ze strony partnera (45,00%), zaś mężczyźni istotnie częściej po: utracie (22,70%), traumatycznym zdarzeniu (22,70%), przemocy ze strony innego członka rodziny (18,00%), próbie samobójczej (13,60%). W przypadku zdrady lub rozstania tak samo często stosowano interwencje w stosunku do kobiet (14,20%), jak i mężczyzn (13,60%).

- Stwierdzono istnienie związku rodzaju wydarzenia z wiekiem badanych (analiza wariancji ANOVA,  $F=3,38$ ,  $p=0,01$ ) – Tabela 12 i Rysunek 2.

**Tabela 12. Rodzaj wydarzenia krytycznego a wiek**

Rodzaj wydarzenia krytycznego	N	Średnia wieku	SD
Utrata	16	38,50	17,00
Przemoc, partner	78	43,80	10,00
Przemoc, inny członek rodziny	24	34,30	10,50
Próba samobójcza	19	34,80	17,00
Traumatyczne zdarzenie	27	38,60	13,00
Zdrada, rozstanie	27	40,90	10,90
Ogółem	191	40,10	12,50

Stosunkowo najstarsze osoby (średnia wieku=43,80 lat) korzystały z interwencji w związku z doznawaną przemocą ze strony partnera, a następnie kolejno: osoby po zdradzie lub rozstaniu (średnia wieku=40,90 lat), po traumatycznym zdarzeniu (średnia=38,60 lat), utracie (38,50 lat). Względnie najmłodsze osoby zgłaszały się po pomoc po próbie samobójczej (34,80 lat) i przemocy ze strony innego członka rodziny (34,30 lat).



**Rysunek 2. Rodzaj wydarzenia a średnie wieku badanych**

- Stwierdzono istnienie związku rodzaju wydarzenia krytycznego z wykształceniem badanych (test H Kruskala-Wallisa,  $H=13,19$ ,  $p=0,02$ )

W celu użycia mocniejszej statystycznie techniki niż test  $\chi^2$  poszczególnym klasom wykształcenia przypisano kody liczbowe od „1” do „4”, gdzie „1” oznaczał wykształcenie podstawowe, „2”- zawodowe, „3”- średnie, a „4”- wykształcenie wyższe. W ten sposób uzyskano skalę porządkową, której użyto jako zmiennej zależnej w analizie badającej związek rodzaju wydarzenia i wykształcenia. Posłużono się nieparametrycznymi analizami wariancji H Kruskala-Wallisa właściwymi dla badania związku między zmienną jakościową a porządkową (pełna analiza w Aneksie).

Uzyskano rezultaty świadczące o tym, że osoby po zdradzie lub rozstaniu miały stosunkowo najwyższe wykształcenie, podobnie osoby doznające przemocy ze strony innego członka rodziny. Natomiast najniższe - osoby doświadczające przemocy ze strony partnera i po próbie samobójczej.

### **VIII. 1. 2. Czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji**

Przyjęto 3 przedziały czasu dzielące wydarzenie od rozpoczęcia interwencji: a/ do 7 dni od zdarzenia, b/ od 8 do 30 dni od zdarzenia, c/ od jednego do trzech miesięcy od

zdarzenia. Liczebności osób badanych w poszczególnych przedziałach czasowych przedstawia Tabela 13.

**Tabela 13. Czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji**

Liczebności badanych w poszczególnych przedziałach czasowych		
Czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji	N	%
„a” - do 7 dni	75	39,30
„b” - 8-30 dni	57	29,80
„c” - 1-3 miesięcy	59	30,90
ogółem	191	100,00

Najwięcej osób (39,30%) zgłosiło się po pomoc wkrótce po zdarzeniu krytycznym - w czasie 7 dni. Z kolei w czasie od 8 dni do miesiąca – 29,80%, natomiast powyżej miesiąca, ale przed końcem 3 miesięcy – 30,90% badanych. Liczebności właściwie są porównywalne, z niewielką przewagą najkrótszego czasu.

Zbadano związek czasu od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji ze zmiennymi charakteryzującymi kryzys. Analiza za pomocą testu  $\chi^2$  ( $\chi^2=19,62$ ,  $p=0,03$ ) ujawniła istotny związek między rodzajem wydarzenia krytycznego a czasem zgłaszania się po pomoc, co zostało przedstawione w Tabeli 14.

**Tabela 14. Czas od wydarzenia do rozpoczęcia interwencji a rodzaj wydarzenia**

Czas od wydarzenia do interwencji	Wydarzenie krytyczne											
	utrata		przemoc, partner		przemoc, inny c. r.		próba sam.		traumat. zdarz.		zdrada, rozstanie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
do 7 dni	4	25,00	30	38,46	13	54,17	9	47,37	14	51,85	5	18,52
8-30 dni	4	25,00	26	33,33	9	37,50	3	15,79	7	25,93	8	29,63
1-3 miesiące	8	50,00	22	28,21	2	8,33	7	36,84	6	22,22	14	51,85
ogółem	16	100,00	78	100,00	24	100,00	19	100,00	27	100,00	27	100,00

Osoby po różnych wydarzeniach krytycznych w istotnie różnym czasie zgłaszały się po pomoc. Najszybciej (do 7 dni po zdarzeniu) zgłaszały się osoby doznające przemocy ze strony innego członka rodziny (54,17%), a następnie osoby po wydarzeniu traumatycznym, próbie samobójczej, przemocy ze strony partnera. Uważa się, że im

krótszy czas od zdarzenia do podjęcia interwencji, tym lepsze jej rezultaty, zatem tak szybkie zgłoszenie winno, jak się wydaje, dobrze rokować jak chodzi o rozwiązanie kryzysu, zwłaszcza w przypadku wydarzeń traumatycznych i zachowań samobójczych. Z kolei najpóźniej, bo w okresie od miesiąca do trzech po wydarzeniu, zgłaszały się osoby, które rozstały się z kimś bliskim lub zostały zdradzone (51,85%) i osoby, które utraciły bliską osobę (50%). Szybkie szukanie pomocy po wydarzeniach traumatycznych jest prawdopodobnie spowodowane dolegliwością ostrych objawów stresu pourazowego i niejednokrotnie silną presją otoczenia do skorzystania z pomocy przez osobę nimi dotkniętą. Natomiast przeżywanie rozstania, czy utraty wiąże się z silną komponentą depresyjną nie sprzyjającą wypróbowywaniu nowych strategii radzenia sobie, to jest na przykład poszukiwaniu profesjonalnej pomocy.

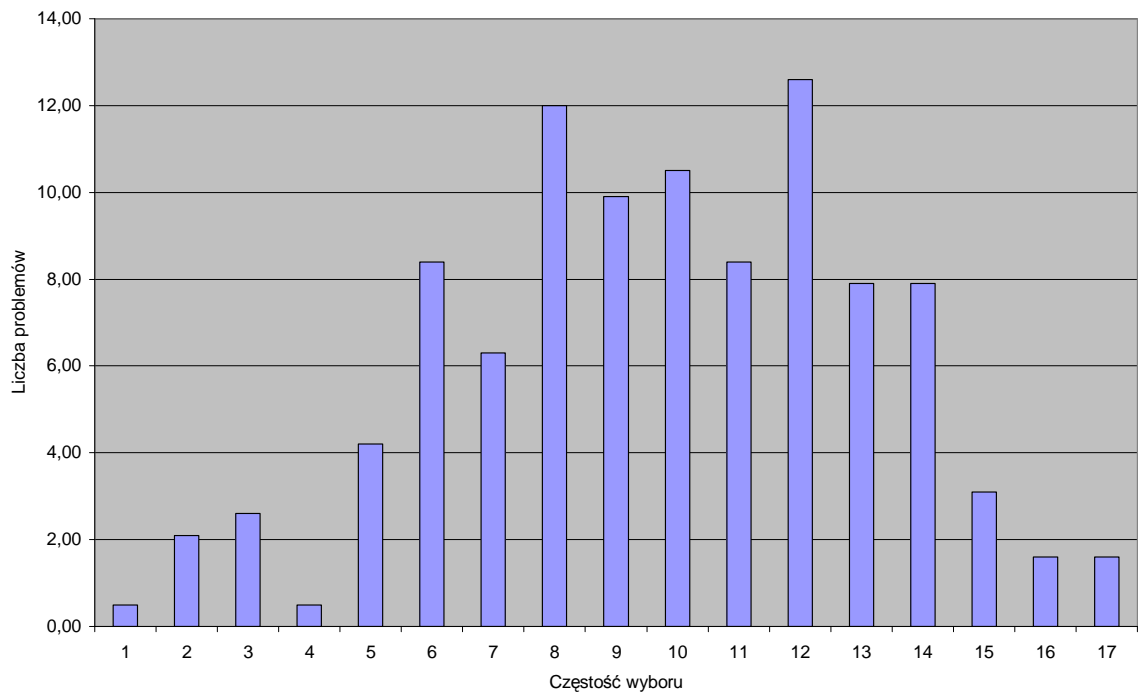
### VIII. 1. 3. Problemy wywołane przez wydarzenie krytyczne

Badani wybierali z przygotowanej listy te kategorie problemów, których doświadczali w czasie trwania kryzysu. Każdy z badanych mógł wybrać od 0 do 18 problemów. W badanej grupie maksymalną wybraną liczbą problemów było – 17, a minimalną – 0 problemów. Średnio badani wybrali **8,8** problemów (SD=3,40). Częstość wyborów poszczególnych liczebności problemów przedstawia Tabela 15 oraz Rysunek 3.

**Tabela 15. Częstość wyboru liczby problemów kryzysowych**

Częstość wyboru liczby problemów		
Liczba problemów	N	%
0	1	0,50
1	4	2,10
2	5	2,60
3	1	0,50
4	8	4,20
5	16	8,40
6	12	6,30
7	23	12,00
8	19	9,90
9	20	10,50
10	16	8,40
11	24	12,60
12	15	7,90
13	15	7,90
14	6	3,10
15	3	1,60
17	3	1,60
Ogółem	191	100,00





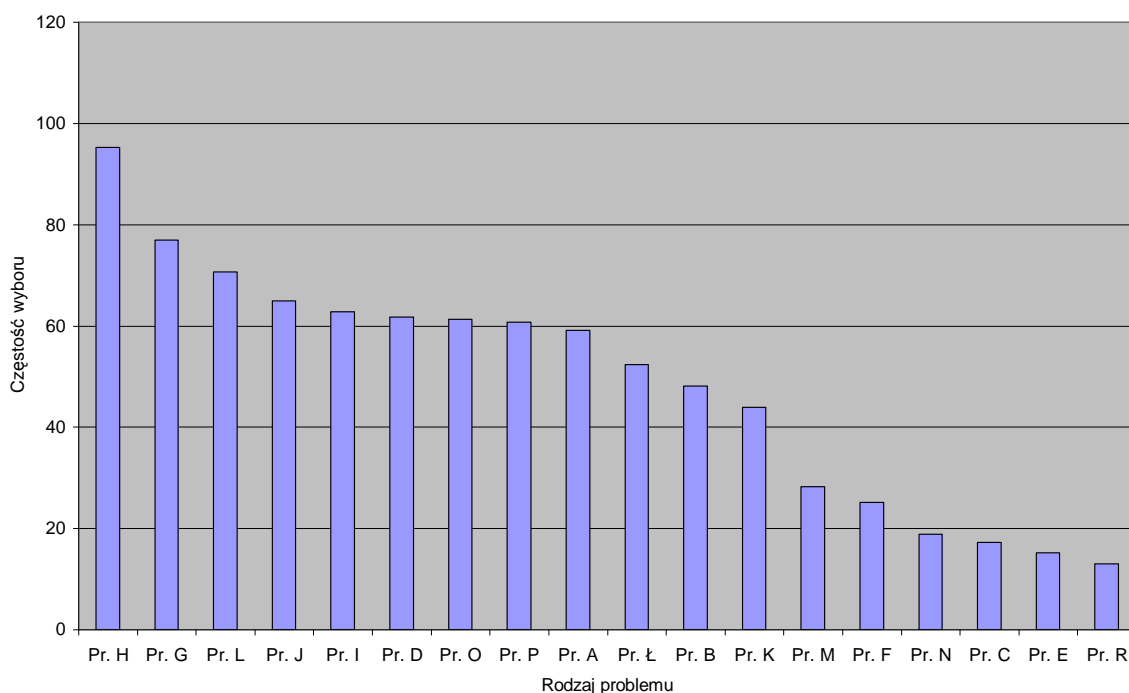
**Rysunek 3. Częstość wyboru liczby problemów kryzysowych**

Najczęściej badani wybrali po 11 (12,60% badanych) i 7 (12,00% badanych) problemów stanowiących przejawy kryzysu. Aż 83,90% badanych wybrało pomiędzy 5 a 13 problemami, co świadczy o raczej skomplikowanym obrazie następstw wydarzenia krytycznego/kryzysu.

Pogrupowano problemy kryzysowe według częstotliwości ich występowania wśród osób badanych, co przedstawia Tabela 16 i Rysunek 4.

**Tabela 16. Częstość wyboru poszczególnych rodzajów problemów kryzysowych**

Rodzaj problemu kryzysowego		N	%
Pr. H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	182	95,29
Pr. G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	147	76,96
Pr. L	pogorszenie relacji z bliską osobą	135	70,68
Pr. J	załamanie się przekonań na temat siebie	124	64,92
Pr. I	przekonanie o własnej bezwartościowości	120	62,83
Pr. D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	118	61,78
Pr. O	utrata poczucia sensu życia	117	61,26
Pr. P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	116	60,73
Pr. A	problemy zdrowotne	113	59,16
Pr. Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	100	52,36
Pr. B	problemy finansowe	92	48,17
Pr. K	zerwanie relacji z bliska osobą	84	43,98
Pr. M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	54	28,27
Pr. F	problemy prawne lub urzędowe	48	25,13
Pr. N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	36	18,85
Pr. C	brak miejsca zamieszkania	33	17,28
Pr. E	brak żywności	29	15,18
Pr. R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	25	13,09

**Rysunek 4. Częstość wyboru rodzaju problemów kryzysowych**

Po wydarzeniu krytycznym badani najczęściej borykali się z przejawami kryzysu ze sfery psychologicznej, a więc z: pogorszonym samopoczuciem psychicznym (Pr.H), poczuciem własnej nieudolności i bezwartościowości (Pr.G, Pr.I), złamaniem przekonań na temat siebie (Pr.J) oraz sfery społecznej – pogorszeniem relacji z bliską osobą (Pr.L).

Tak duża częstotliwość wystąpienia tych problemów odzwierciedla wręcz definicyjne rozumienie kryzysu.

Częsty wybór problemu zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr.D) był zapewne związany z obecnością wśród badanych sporej grupy osób (53,50%), u których kryzys został wywołany przemocą ze strony osoby bliskiej – partnera lub innego członka rodziny. Z kolei duża częstotliwość wystąpienia problemów utraty poczucia sensu życia (Pr.O) i załamania przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P) odpowiada rozumieniu kryzysu jako okresu bezradności, braku nadziei i zagubienia. Jednak nie prowadziły one wprost do - na przykład - zmiany przekonań duchowo-religijnych, co obrazuje niska częstotliwość wyboru problemu R.

Interesujące było pojawienie się problemów zdrowotnych (Pr.A) w grupie problemów często doświadczanych mimo, że żadna z osób nie doznała uszczerbku na zdrowiu jako bezpośredniego skutku wydarzenia krytycznego. Prawdopodobnie zatem problemy zdrowotne powstały jako skutek przeżywanego dystresu.

Analiza związków wystąpienia problemów kryzysowych z: rodzajem wydarzenia krytycznego i danymi socjodemograficznymi wykazała, że:

- niektóre problemy kryzysowe (Pr.A, Pr.B, Pr.C, Pr.D, Pr.K, Pr.L, Pr.M, Pr.N, Pr.O) różnicowały istotnie (test  $\chi^2$ ) osoby po różnych wydarzeniach krytycznych (Tabela 17).

Legenda – rodzaje wydarzeń krytycznych (problemów):

Pr.A - problemy zdrowotne	Pr.J - załamanie się przekonań na temat siebie
Pr.B - problemy finansowe	Pr.K - zerwanie relacji z bliską osobą
Pr.C - brak miejsca zamieszkania	Pr.L - pogorszenie relacji z bliską osobą
Pr.D - zagrożenie ze strony pewnej osoby	Pr.Ł - pogorszenie stosunków w obrębie rodziny
Pr.E - brak żywności	Pr.M - pogorszenie związków z przyjaciółmi
Pr.F - problemy prawne lub urzędowe	Pr.N - pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu
Pr.G - poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	Pr.O - utrata poczucia sensu życia
Pr.H - pogorszenie samopoczucia psychicznego	Pr.P - załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata
Pr.I - przekonanie o własnej bezwartościowości	Pr.R - zmiana przekonań duchowo-religijnych

**Tabela 17. Problemy kryzysowe a rodzaj wydarzenia krytycznego**

Rodzaj problemu	Rodzaj wydarzenia krytycznego													
	utrata		przemoc, partner		przemoc, inny c. r.		próba sam.		traumat. zdarz.		zdrada, rozstanie		Chi-kwadrat	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi^2$ (5)	p
Pr.A	12	75,00	54	69,23	8	33,33	9	47,37	13	48,15	17	62,96	<b>14,17</b>	<b>0,02</b>
Pr.B	7	43,75	49	62,82	6	25,00	10	52,63	7	25,93	13	48,15	<b>17,49</b>	<b>0,00</b>
Pr.C	0	,00	19	24,36	3	12,50	7	36,84	2	7,41	2	7,41	<b>15,23</b>	<b>0,01</b>
Pr.D	3	18,75	68	87,18	10	41,67	17	89,47	9	33,33	11	40,74	<b>58,45</b>	<b>&lt;,001</b>
Pr.E	1	6,25	15	19,23	1	4,17	6	31,58	3	11,11	3	11,11	8,90	0,11
Pr.F	1	6,25	26	33,33	3	12,50	4	21,05	6	22,22	8	29,63	8,43	0,13
Pr.G	14	87,50	60	76,92	20	83,33	15	78,95	18	66,67	20	74,07	3,33	0,65
Pr.H	15	93,75	74	94,87	23	95,83	18	94,74	26	96,30	26	96,30	0,27	1,00
Pr.I	12	75,00	48	61,54	14	58,33	13	68,42	13	48,15	20	74,07	5,48	0,36
Pr.J	13	81,25	50	64,10	17	70,83	12	63,16	12	44,44	20	74,07	8,25	0,14
Pr.K	4	25,00	42	53,85	5	20,83	6	31,58	8	29,63	19	70,37	<b>21,71</b>	<b>&lt;,001</b>
Pr.L	7	43,75	64	82,05	15	62,50	14	73,68	12	44,44	23	85,19	<b>23,03</b>	<b>&lt;,001</b>
Pr.Ł	7	43,75	48	61,54	12	50,00	12	63,16	9	33,33	12	44,44	8,64	0,12
Pr.M	8	50,00	18	23,08	9	37,50	4	21,05	4	14,81	11	40,74	<b>10,74</b>	<b>0,06</b>
Pr.N	6	37,50	8	10,26	4	16,67	7	36,84	4	14,81	7	25,93	<b>12,67</b>	<b>0,03</b>
Pr.O	14	87,50	49	62,82	12	50,00	11	57,89	11	40,74	20	74,07	<b>12,75</b>	<b>0,03</b>
Pr.P	12	75,00	50	64,10	10	41,67	11	57,89	17	62,96	16	59,26	5,54	0,35
Pr.R	3	18,75	9	11,54	3	12,50	2	10,53	5	18,52	3	11,11	1,52	0,91
Ogółem	16	100,00	78	100,00	24	100,00	19	100,00	27	100,00	27	100,00		

Na przykład problemy utraty sensu życia (Pr.O) wystąpiły najczęściej u osób, które doświadczyły utraty (87,50%), osób przeżywających zdradę lub rozstanie (74,07%), doznających przemocy partnerskiej (62,82%). Stosunkowo najrzadziej pojawiły się u badanych po wydarzeniu traumatycznym, bo u 40,74%. Z kolei problemy zdrowotne (Pr.A) najczęściej wystąpiły również u osób po: utracie (75,00%), przemocy partnerskiej (69,23%), zdradzie lub rozstaniu (62,96%), wydarzeniu traumatycznym (48,20%), a najrzadziej u osób doznających przemocy ze strony innego członka rodziny (33,30%). Problemy w relacjach z bliską osobą (Pr.K i Pr.L) najczęściej przeżywały osoby zdradzone, nękanie przez partnera i po próbie samobójczej. Na pogorszenie relacji dalszym otoczeniem (Pr.M i Pr.N) skarżyły się najczęściej osoby po utracie i zdradzie. Wynika z

tego, że osoby zdradzone/po rozstaniu były szczególnie narażone na utratę wsparcia społecznego (Pr.K, Pr.L, Pr.M, Pr.N) i utratę sensu życia (Pr.O), a osoby osierocone na utratę sensu życia (Pr.O), problemy zdrowotne (Pr.A) i pogorszenie relacji z dalszym otoczeniem (Pr.M, Pr.N).

- Czas od zdarzenia krytycznego różnicuje (test  $\chi^2$ ,  $\chi^2=10,28$ ,  $p=0,01$ ) wystąpienie utraty sensu życia (Pr.O). Częściej wystąpił u osób, które zgłosiły się po pomoc najpóźniej, od miesiąca do trzech po wydarzeniu (74,60%), a w następnej kolejności: do miesiąca po wydarzeniu (64,91%) i do 7 dni po wydarzeniu (48,00%) (por.Aneks),

- Płeć różnicuje (test  $\chi^2$ ) wystąpienie niektórych problemów kryzysowych (Pr.A, Pr.D, Pr.N). Problemy zdrowotne (Pr.A,  $\chi^2=7,70$ ,  $p=0,01$ ) i zagrożenie ze strony pewnej osoby (Pr.D,  $\chi^2=12,54$ ,  $p<0,01$ ) wystąpiły istotnie częściej u kobiet, a pogorszenie stosunków w pracy i dalszym otoczeniu (Pr.N,  $\chi^2=4,99$ ,  $p=0,03$ ) – u mężczyzn (por.Aneks),

- wiek koreluje (korelacje rho Spearmana) z wystąpieniem problemów: zdrowotnych (Pr.A,  $\rho=0,15$ ,  $p<0,05$ ), finansowych (Pr.B,  $\rho=0,19$ ,  $p<0,01$ ) i zmianą przekonań duchowo-religijnych (Pr.R,  $\rho= - 0,26$ ,  $p<0,01$ ). Im osoba starsza tym częściej występowały problemy zdrowotne i finansowe, a rzadziej – zmiana przekonań duchowo-religijnych (por.Aneks),

- wykształcenie koreluje (korelacje rho Spearmana) z występowaniem niektórych problemów. Im niższy stopień wykształcenia tym częściej występowały problemy: finansowe (Pr.B,  $\rho=-0,19$ ,  $p<0,01$ ), prawne lub urzędowe (Pr.F,  $\rho=-0,18$ ,  $p<0,05$ ), zagrożenie ze strony pewnej osoby (Pr.D,  $\rho=-0,16$ ,  $p<0,05$ ), a rzadziej – pogorszenie związków z przyjaciółmi (Pr.M,  $\rho=0,16$ ,  $p<0,05$ ) (por.Aneks),

Przeprowadzono również analizę czynnikową (metodą rotacji ukośnej OBLIMIN) występujących wśród badanych problemów kryzysowych i wyodrębniono 4 czynniki (Tabela 18) wyjaśniające łącznie 46% wariancji zmiennej. Korelacje między czynnikami okazały się nieistotne statystycznie.

Zarówno liczba, jak i treść czynników są zasadniczo zbieżne z przyjętym na wstępie ich podziałem na: fizyczne, psychologiczne, społeczne i duchowe.

**Tabela 18. Macierz struktury czynników dla problemów kryzysowych (korelacji zmiennej i czynników)**

Rodzaje problemów kryzysowych		Czynnik			
		1	2	3	4
Pr.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	0,80			
Pr.J	załamanie się przekonań na temat siebie	0,78			
Pr.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	0,75			
Pr.O	utrata poczucia sensu życia	0,68			
Pr.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	0,49			
Pr.E	brak żywności		0,70		
Pr.B	problemy finansowe		0,65		
Pr.F	problemy prawne lub urzędowe		0,56		
Pr.C	brak miejsca zamieszkania		0,53		
Pr.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny			-0,67	
Pr.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby		0,42	-0,62	
Pr.L	pogorszenie relacji z bliską osobą			-0,60	
Pr.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych				
Pr.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi				-0,74
Pr.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu				-0,59
Pr.A	problemy zdrowotne				-0,48
Pr.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	0,42			-0,46
Pr.K	zerwanie relacji z bliska osobą				-0,41

I tak, wyodrębnione 4 czynniki odzwierciedlają grupy następujących problemów: *Czynnik 1* - przekonanie o własnej bezwartościowości (Pr. I), załamanie przekonań na temat siebie (Pr.J), poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły (Pr.G), utrata poczucia sensu życia (Pr.O), pogorszenie samopoczucia psychicznego (Pr.H), załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P). Zawiera w sobie problemy, które według założenia wstępnego należały do „sfery psychologicznej” (Pr.G, Pr.H, Pr.I, Pr.J) oraz współwystępującą z nimi część problemów ze „sfery duchowej”: Pr.O i Pr.P. Wskazuje to na towarzyszenie utraty sensu życia i zmiany przekonań problemom związanym z samopoczuciem psychicznym i poczuciem własnej nieudolności. Problemy grupujące się w czynniku 1 można dalej nazywać „problemami psychologicznymi”.

*Czynnik 2* – brak żywności (Pr.E), problemy finansowe (Pr.B), problemy prawno-urzędowe (Pr.F), brak miejsca zamieszkania (Pr.C), zagrożenie ze strony pewnej osoby

(Pr.D). Wszystkie obejmowała wcześniej opisywana „sfera fizyczna” i teraz problemy te również można nazwać „problemami fizycznymi”.

*Czynnik 3* – pogorszenie stosunków w obrębie rodziny (Pr.Ł) i z bliską osobą (Pr.L), zagrożenie ze strony pewnej osoby (Pr.D). Problemy te obrazują pogorszenie bliskich relacji emocjonalnych i taką nazwę może nosić ten czynnik – „problemy w bliskich relacjach”. Umieszczenie Pr.D wśród nich jest prawdopodobnie wynikiem dużego odsetka badanych doznających przemocy ze strony partnera lub innej osoby z rodziny.

*Czynnik 4* – pogorszenie związków z przyjaciółmi (Pr.M), pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu (Pr.N), problemy zdrowotne (Pr.A), załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P), zerwanie relacji z bliską osobą (Pr.K). Interesujące wydaje się współwystępowanie problemów zdrowotnych (Pr.A) z problemami dotyczącymi relacji interpersonalnych (Pr.K, Pr.M, Pr.N). Problemy ze zdrowiem, gorsze samopoczucie, prawdopodobnie wywoływały u badanych potrzebę troski, współczucia, co w sytuacji pogorszenia, czy wręcz zerwania relacji społecznych musiało być szczególnie dotkliwie. Z drugiej strony przeżycia związane z pogorszeniem relacji i zmniejszeniem, czy nawet utratą wsparcia mogły nasilać, czy wywoływać problemy zdrowotne. Tę grupę problemów można określić „problemy utraty wsparcia społecznego”.

#### **VIII. 1. 4. Nasilenie kryzysu oceniane przez badanych**

Oceny nasilenia kryzysu badani dokonywali na skali od „1”(„bardzo małe nasilenie”) do „5”(bardzo duże nasilenie”) w odpowiedzi na polecenie: „proszę ocenić nasilenie kryzysu, który Pan/i wtedy przeżywał”. Średnia ocen w badanej grupie była wysoka i wyniosła – **4,66** (SD=0,60). Rozkład ocen nasilenia kryzysu przedstawia Tabela 19.

**Tabela 19. Ocena nasilenia kryzysu**

Rozkład ocen nasilenia kryzysu		
Ocena nasilenia kryzysu	N	%
„1” – bardzo małe	1	0,50
„2” - małe	0	0,00
„3” - średnie	10	5,20
„4” - duże	40	20,90
„5” – bardzo duże	140	73,30
Ogółem	191	100,00

Ponad 94% badanych uznało nasilenie swojego kryzysu za „bardzo duże” („5”) i „duże” („4”), 5,20% badanych - za „średnie” („3”) i tylko jedna osoba oceniła, że jej kryzys miał nasilenie „bardzo małe” („1”). Nikt nie uznał nasilenia swojego kryzysu za „małe” („2”). Osoby badane w przeważającej większości oceniły przeżyty przez siebie kryzys jako bardzo dotkliwy mimo, że ocena dokonywana była z perspektywy wielu miesięcy.

- Nasilenie kryzysu koreluje (korelacje rho Spearmana) z wystąpieniem niektórych problemów kryzysowych – Tabela 20.

**Tabela 20. Nasilenie kryzysu a problemy kryzysowe**

Rodzaj problemu kryzysowego		Nasilenie kryzysu
		rho Spearmana
Pr.A	problemy zdrowotne	<b>0,21**</b>
Pr.B	problemy finansowe	0,05
Pr.C	brak miejsca zamieszkania	0,14
Pr.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	<b>0,20**</b>
Pr.E	brak żywności	-0,01
Pr.F	problemy prawne lub urzędowe	0,08
Pr.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	0,14
Pr.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	<b>0,16*</b>
Pr.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	<b>0,18*</b>
Pr.J	załamanie się przekonań na temat siebie	0,13
Pr.K	zerwaniu relacji z bliską osobą	0,05
Pr.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	<b>0,17*</b>
Pr.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	0,03
Pr.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	0,03
Pr.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	<b>0,16*</b>
Pr.O	utrata poczucia sensu życia	<b>0,26**</b>
Pr.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	<b>0,25**</b>
Pr.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	0,07

\*\*  $p < 0,01$

\* $p < 0,05$



Wyższe nasilenie kryzysu wiązało się z pojawieniem: problemów zdrowotnych (Pr.A), zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr.D), pogorszenia samopoczucia psychicznego (Pr.H), poczucia bezwartościowości (Pr.I), pogorszenia relacji z bliską osobą (Pr.L) i z dalszym otoczeniem społecznym (Pr.N), utraty sensu życia (Pr.O), załamania się przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P). Wystąpienie każdego z tych problemów wiązało się z oceną kryzysu za bardziej nasilony.

- Nie wykazano natomiast związku nasilenia kryzysu z: rodzajem wydarzenia krytycznego (test H Kruskala-Wallisa,  $H=9,13$ ,  $p=0,10$ ), czasem od wydarzenia do interwencji (test H Kruskala-Wallisa,  $H=0,36$ ,  $p=0,84$ ), płcią (test U Manna-Whitneya,  $U=5,50$ ,  $p=0,21$ ), wiekiem (korelacje rho Spearmana,  $\rho=0,26$ ), wykształceniem (korelacje rho Spearmana,  $\rho=0,04$ ) badanych.

### VIII. 1. 5. Spostrzegana reakcja otoczenia na kryzys

W wywiadzie pytano osoby badane o to jak spostrzegały reakcje otoczenia na ich kryzys przedstawiając do wyboru 4 możliwości:

- A: „nikt o nim nie wiedział, bo ukrywałem(am) go”,
- B: „niektóre osoby pomogły mi”,
- C: „wszyscy mi pomagali”,
- D: „nie miałem(am) się do kogo zwrócić”.

Rozkład częstotliwości poszczególnych wyborów reakcji otoczenia przedstawia Tabela 21.

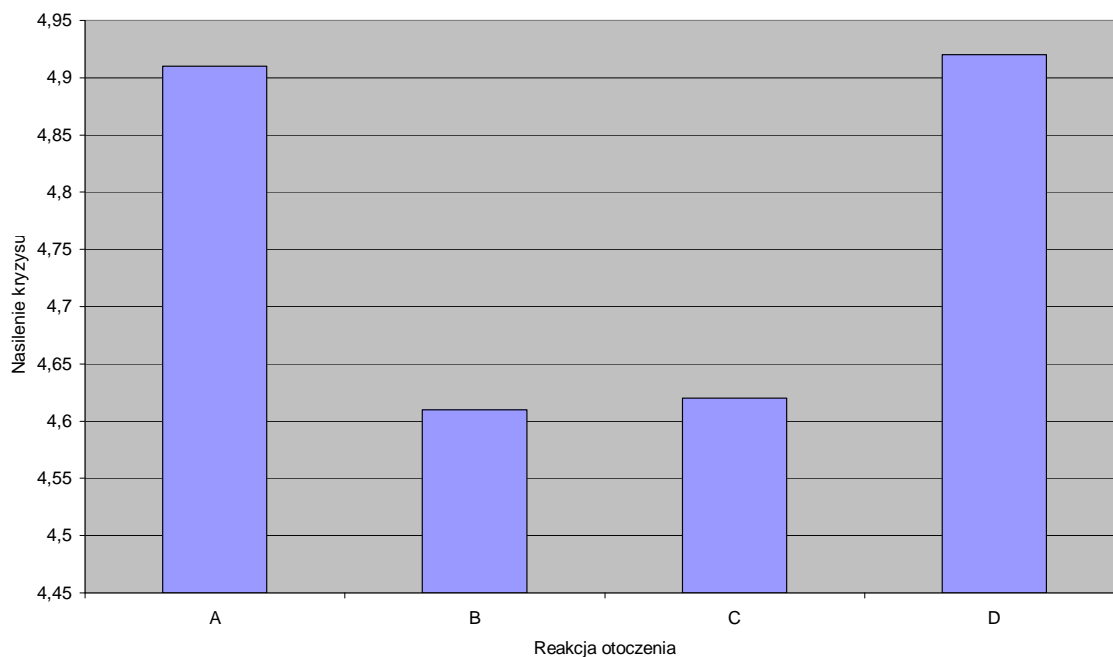
**Tabela 21. Spostrzegana reakcja otoczenia na kryzys**

Reakcja otoczenia	N	%
A: „nikt o nim nie wiedział, bo ukrywałem(am) go”	23	12,00
B: „niektóre osoby pomogły mi”	142	74,40
C: „wszyscy mi pomagali”	13	6,80
D: „nie miałem(am) się do kogo zwrócić”	13	6,90
Ogółem	191	100,00

Prawie trzy czwarte badanych (74,40%) znalazło wsparcie w swoim otoczeniu w czasie kryzysu (wybór B: „niektóre osoby pomogły mi”), 6,80% badanych miało nawet

poczucie bardzo dużego wsparcia (wybór C). Natomiast aż 18,90% nie skorzystało aktywnie ze wsparcia z powodu osamotnienia (wybór D) lub potrzeby ukrywania przeżywanego kryzysu (wybór A).

W tych dwóch ostatnich przypadkach nasilenie kryzysu okazało się największe (test H Kruskala-Wallisa,  $H=8,07$ ,  $p<0,05$ ) (por. Aneks) – Rysunek 5.



**Rysunek 5. Nasilenie kryzysu a reakcja otoczenia na kryzys**

Średnie ocen nasilenia kryzysu dla spostrzeganej reakcji otoczenia wynoszą: 4,91 (dla reakcji A), 4,61 (dla reakcji B), 4,62 (dla reakcji C) i 4,92 (dla reakcji D). Gdy badany spostrzegał, że nie ma się do kogo zwrócić (D), lub nie chciał szukać pomocy (A), kryzys był najbardziej nasilony.

## **VIII. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych po interwencji kryzysowej**

### **VIII. 2. 1. Stopień rozwiązania problemów kryzysowych**

Osoby badane proszono, z dystansu czasowego dzielącego je od interwencji, o ocenę stopnia rozwiązania problemów kryzysowych na skali od „1” do „5”, gdzie „1” oznaczał brak rozwiązania, a „5” – całkowite rozwiązanie problemu. Średnia stopnia rozwiązania obliczona dla wszystkich badanych i wszystkich problemów wyniosła – **3,7** ( $SD=0,80$ ). Okazało się zatem, że problemy kryzysowe w dużym stopniu zostały

rozwiązane – średnia lokuje się pomiędzy „rozwiązaniem problemu w połowie” (ocena „3”) a „rozwiązaniem większej części problemu” (ocena „4”).

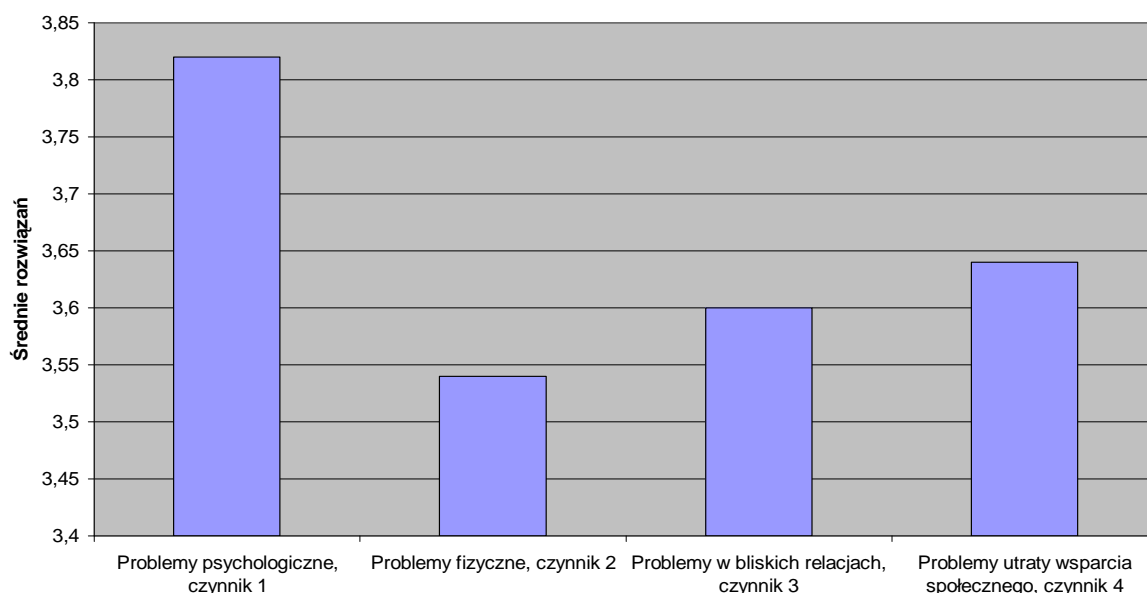
Średnie rozwiązań dla poszczególnych grup problemów wyodrębnionych w analizie czynnikowej przedstawia Tabela 22 i Rysunek 6.

**Tabela 22. Średnie rozwiązań dla grup problemów kryzysowych**

Grupy problemów kryzysowych	Średni stopień rozwiązania	SD
Problemy psychologiczne, czynnik 1	3,82	0,99
Problemy fizyczne, czynnik 2	3,54	1,28
Problemy w bliskich relacjach, czynnik 3	3,60	1,20
Problemy utraty wsparcia społecznego, czynnik 4	3,64	1,04

Legenda – stopień rozwiązania problemu:

- 1 - brak rozwiązania
- 2 - rozwiązaniem mniejszej części problemu
- 3 - rozwiązaniem problemu w połowie
- 4 - rozwiązaniem większej części problemu
- 5 - całkowite rozwiązanie problemu



**Rysunek 6. Średnie rozwiązań dla grup problemów kryzysowych**

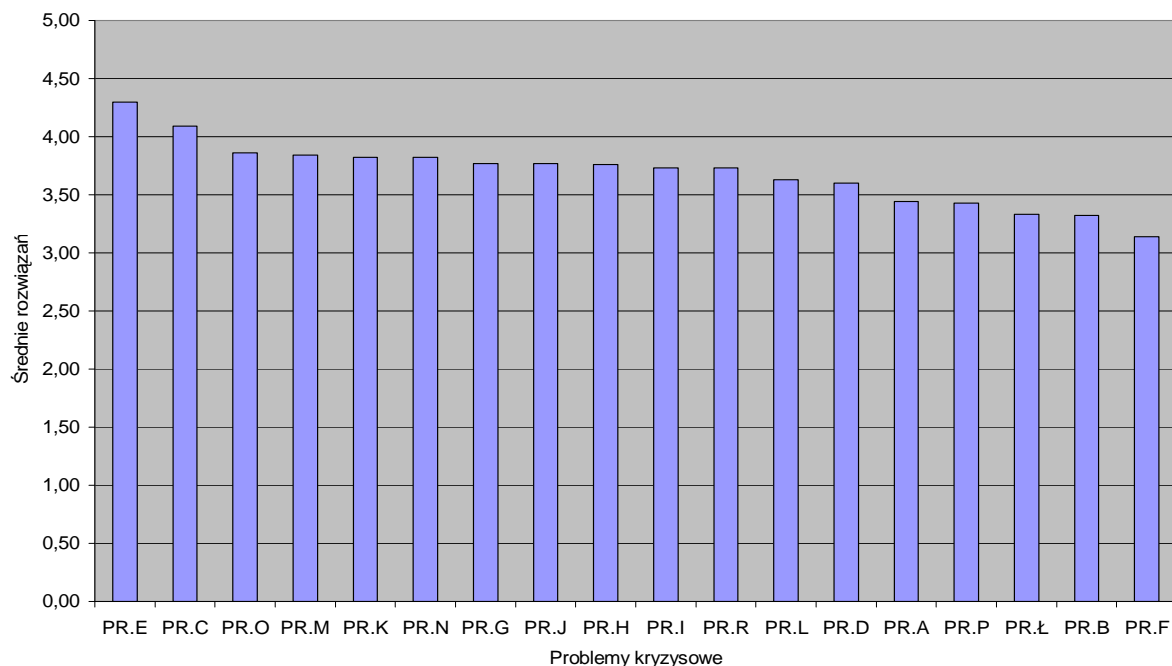
Najwyższy średni stopień rozwiązania uzyskały problemy psychologiczne (3,82), potem – problemy utraty wsparcia społecznego (3,64) i problemy w bliskich relacjach

(3,60), a najniższy – problemy fizyczne (3,54). Porównanie parami średnich stopnia rozwiązania poszczególnych czynników pokazało, że istotnie różni się średnie rozwiązanie problemów psychologicznych i problemów fizycznych (test t Studenta dla prób zależnych,  $t=2,06$ ,  $p=0,04$ ). Okazało się zatem, że najlepiej rozwiązywane były problemy psychologiczne kryzysu, a najgorzej jego problemy fizyczne.

Średnie rozwiązań dla poszczególnych problemów przedstawia Tabela 23 oraz Rysunek 7.

**Tabela 23. Średnie rozwiązań poszczególnych problemów kryzysowych**

Rozwiązanie problemu kryzysowego		Średnia	SD	Mediana
PR.E	brak żywności	4,30	1,26	5
PR.C	brak miejsca zamieszkania	4,09	1,40	5
PR.O	utrata poczucia sensu życia	3,86	1,20	4
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	3,84	1,39	4
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	3,82	1,37	4
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	3,82	1,27	4
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	3,77	1,16	4
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	3,77	1,07	4
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	3,76	1,11	4
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	3,73	1,13	4
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	3,73	1,43	4
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	3,63	1,45	4
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	3,60	1,32	4
PR.A	problemy zdrowotne	3,44	1,34	4
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	3,43	1,20	4
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	3,33	1,42	3
PR.B	problemy finansowe	3,32	1,33	3
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	3,14	1,53	3



**Rysunek 7. Średnie rozwiązań poszczególnych problemów kryzysowych**

Najlepiej zostały rozwiązane problemy: z brakiem żywności (Pr.E,  $M=4,30$ ), brakiem miejsca zamieszkania (Pr.C,  $M=4,09$ ), utratą sensu życia (Pr.O,  $M=3,86$ ), pogorszeniem związków z przyjaciółmi (Pr.M,  $M=3,84$ ), zerwaniem relacji z bliską osobą (Pr.K,  $M=3,82$ ). Najgorzej zaś badani uporali się z problemami finansowymi (Pr.B,  $M=3,32$ ) i prawno-urzędowymi ( $M=3,14$ ). Umieszczenie grupy problemów fizycznych wśród najlepiej i najgorzej rozwiązujących się spowodowało prawdopodobnie ich najniższą pozycję w hierarchii rozwiązywania problemów kryzysowych. W szczególności stosunkowo najsłabiej rozwiązywane były problemy finansowe i prawno-urzędowe.

## **VIII. 2. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych a cechy wydarzenia krytycznego**

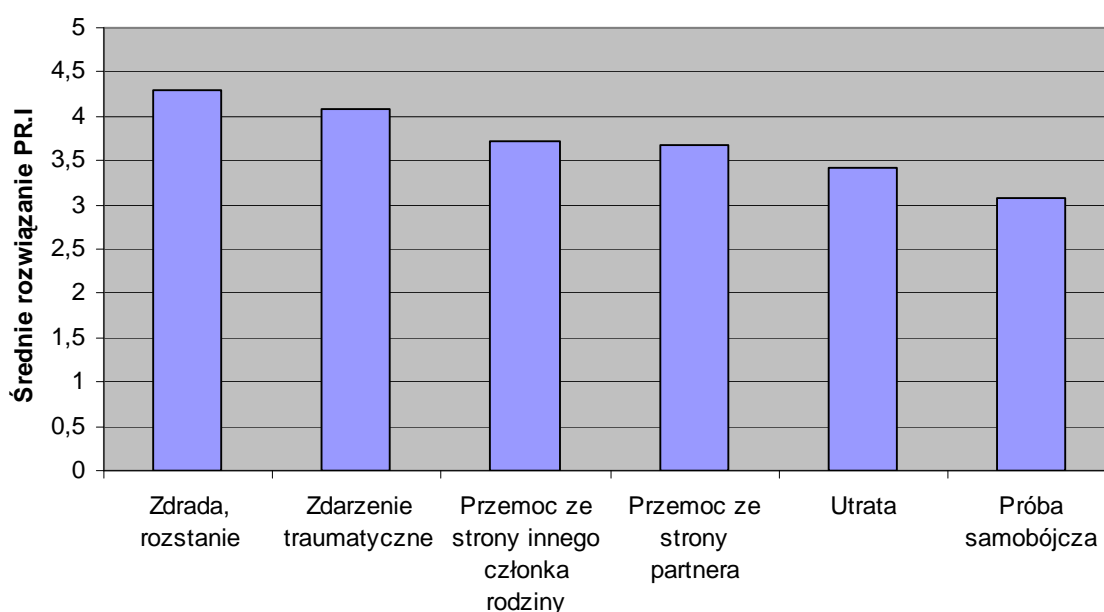
Założono, że na rozwiązanie problemów kryzysowych wpływają cechy wydarzenia krytycznego: rodzaj wydarzenia, czas od wydarzenia do rozpoczęcia interwencji i nasilenie kryzysu oceniane przez badanych (Hipoteza II).

### VIII. 2. 2. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych a rodzaj wydarzenia krytycznego

Zbadano związek stopnia rozwiązania problemów kryzysowych z rodzajem wydarzenia za pomocą testu H Kruskala-Wallisa. Istotny związek pojawił się w przypadku rozwiązania tylko dwóch problemów: Pr.I - przekonanie o własnej bezwartościowości ( $H=10,82$ ,  $p=0,06$ ) i Pr.O - utrata sensu życia ( $H=10,50$ ,  $p=0,06$ ). Rodzaje wydarzeń usystematyzowane według średnich rozwiązania obu tych problemów przedstawia Tabela 24 oraz Rysunek 8.

**Tabela 24. Rodzaj wydarzenia krytycznego a średnie rozwiązanie Pr.I - przekonanie o swojej bezwartościowości**

Rodzaj wydarzenia	Średnia rozwiązania problemu	SD
Zdrada, rozstanie	4,30	0,87
Zdarzenie traumatyczne	4,08	0,76
Przemoc ze strony innego członka rodziny	3,71	1,20
Przemoc ze strony partnera	3,67	1,10
Utrata	3,42	1,24
Próba samobójcza	3,08	1,38



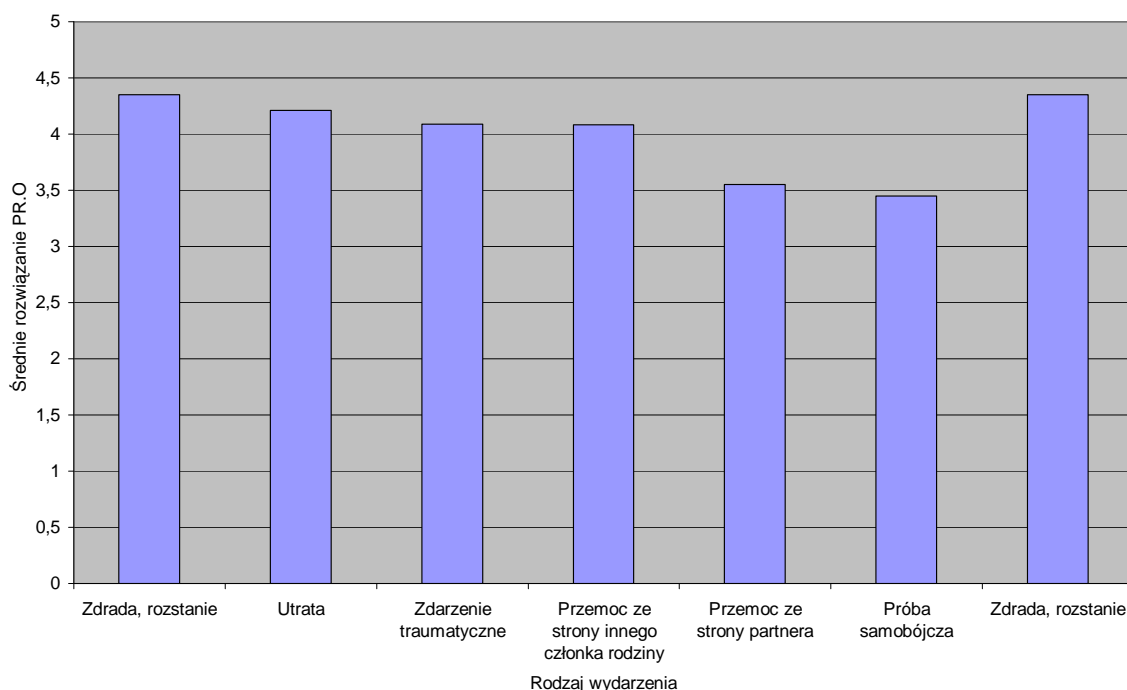
**Rysunek 8. Rodzaj wydarzenia krytycznego a średnie rozwiązanie Pr.I.**

Najlepiej problem przekonania o własnej bezwartościowości został rozwiązany w przypadku zdrady/rozstania ( $M=4,30$ ) i zdarzenia traumatycznego ( $M=4,08$ ), a najgorzej w przypadku próby samobójczej ( $M=3,08$ ). Może to oznaczać, że w przypadku zdrady lub rozstania i wydarzenia traumatycznego najłatwiej zmienić przekonanie o bezwartościowości, a istotnie trudniej po próbie samobójczej.

Rozwiązanie problemu utraty sensu życia (Pr.O) w przypadku różnych wydarzeń krytycznych przedstawia Tabela 25 i Rysunek 9.

**Tabela 25. Rodzaj wydarzenia krytycznego a średnie rozwiązania Pr.O - utrata sensu życia**

Rodzaj wydarzenia	Średnia rozwiązania problemu	SD
Zdrada, rozstanie	4,35	0,99
Utrata	4,21	1,12
Zdarzenie traumatyczne	4,09	0,94
Przemoc ze strony innego członka rodziny	4,08	1,17
Przemoc ze strony partnera	3,55	1,26
Próba samobójcza	3,45	1,37
Zdrada, rozstanie	4,35	0,99



**Rysunek 9. Rodzaj wydarzenia krytycznego a średnia rozwiązania Pr.O – utrata sensu życia**

Problem utraty sensu życia również najlepiej był rozwiązywany przez osoby po zdradzie/rozstaniu, utracie i zdarzeniu traumatycznym, a najgorzej znów przez osoby po próbie samobójczej.

Zatem po interwencji w związku z przeżyciem zdrady lub rozstania stosunkowo najlepiej (w porównaniu z interwencją po innych wydarzeniach) badani rozwiązali oba te problemy, to jest zmienili przekonanie o własnej bezwartościowości (Pr.I) i przywrócili sens swojemu życiu (Pr.O). Interesująco przedstawia się konfiguracja rozwiązania tych problemów w przypadku utraty. Przywrócenie sensu życia przyszło osobom po utracie łatwiej (M=4,21) niż zmiana przekonania o własnej bezwartościowości (M=3,42). Natomiast niepokojące jest stosunkowo najslabsze rozwiązywanie tych dwóch problemów przez osoby po próbie samobójczej, gdyż zarówno przekonanie o własnej bezwartościowości i utrata sensu życia wydają się kluczowe dla motywacji pozostawiania przy życiu. Być może w ich sytuacji interwencja kryzysowa w użytej wobec nich formule nie była wystarczająca i wymagana byłaby większa liczba spotkań interwencyjnych (średnia liczba spotkań interwencyjnych dla osób po próbach samobójczych wyniosła 3,80) lub osoby te wymagają w ogóle innej formy pomocy.

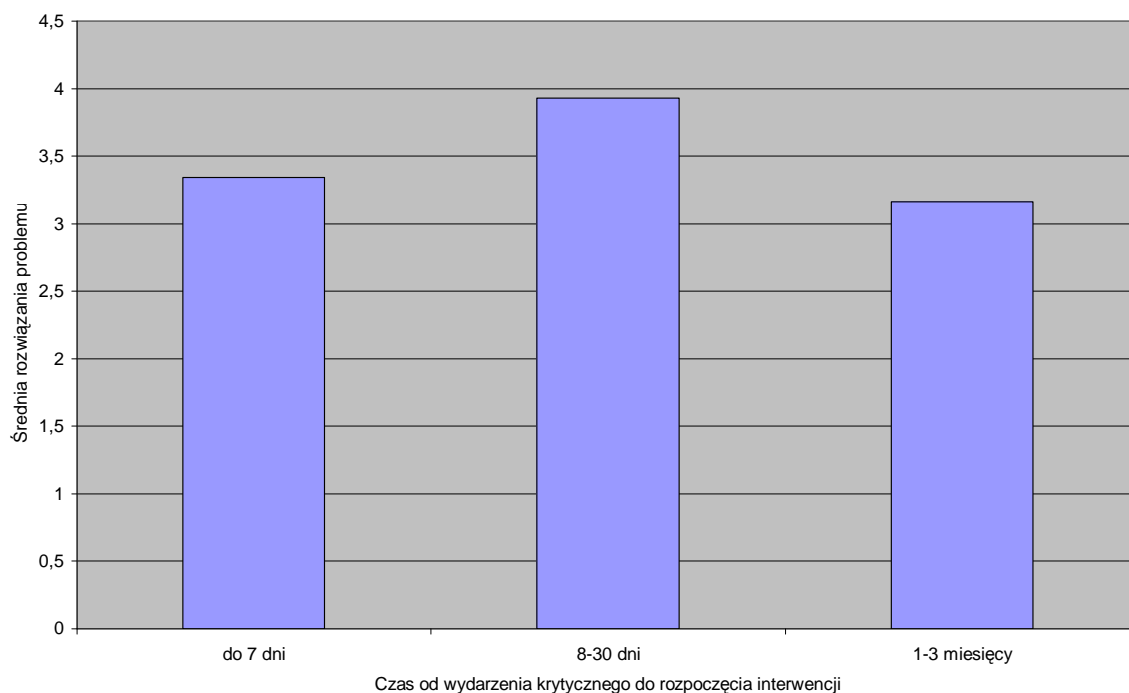
### ***VIII. 2. 2. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych a czas od wydarzenia do interwencji***

Zbadano związek rozwiązania problemów kryzysowych i czasu w jakim badani zgłaszali się po pomoc (testy H Kruskala-Wallisa). Istotny związek obserwowano tylko w przypadku rozwiązania problemu P (H=7,55, p=0,02), to jest załamania przekonań na temat innych ludzi i świata – Tabela 26 i Rysunek 10. W przypadku innych problemów czas rozpoczęcia interwencji nie miał istotnego znaczenia dla ich rozwiązania.

**Tabela 26. Rozwiązanie Pr.P - załamanie przekonań na temat ludzi i świata a czas od wydarzenia do interwencji**

Czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji		
	Średnia rozwiązania problemu	SD
do 7 dni	3,34	1,17
8-30 dni	3,93	1,10
1-3 miesięcy	3,16	1,21





**Rysunek 10. Średnia rozwiązania problemu Pr.P a czas od wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji**

Najlepiej z załamaniem przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P) poradziły sobie osoby, które zgłosiły się po pomoc w czasie od 8 do 30 dni po wydarzeniu, a najgorzej ci, którzy skorzystali z interwencji po miesiącu od wydarzenia. A zatem okresem krytycznym dla najlepszego rozwiązania tego problemu było rozpoczęcie interwencji w czasie pierwszego miesiąca po wydarzeniu. Dłuższe zwlekanie z poszukiwaniem pomocy, ponad miesiąc, pogorszyło rozwiązanie tego problemu.

### ***VIII. 2. 2 . 3. Rozwiązanie problemów kryzysowych a nasilenie kryzysu***

Badano korelację (rho Spearmana) stopnia rozwiązania poszczególnych problemów kryzysowych z nasileniem kryzysu ocenianym przez badanych. Uzyskano słabą, ujemną korelację ( $\rho = -0,154$ ,  $p < 0,05$ ) rozwiązania Pr.H z nasileniem kryzysu (por. Aneks). Okazało się, że im wyższe nasilenie kryzysu, tym gorsze było rozwiązanie problemu pogorszonego samopoczucia psychicznego, co może oznaczać, że to właśnie ono mogło wyznaczać dotkliwość przeżywanego kryzysu.

### **VIII. 2. 3. Rozwiązanie problemów kryzysowych a właściwości indywidualne osób korzystających z interwencji**

Przyjęto, że rozwiązanie kryzysu, obok innych czynników angażuje zasoby radzenia sobie osób badanych i dla celów prezentowanych badań wybrano dwie charakterystyki osobowościowe, to jest style radzenia sobie i poczucie koherencji (Hipoteza III). Założono, że osoby o zadaniowym stylu radzenia sobie i silnym poczucie koherencji będą skuteczniej rozwiązywać kryzysy niż osoby o innych przeważających stylach radzenia sobie i niskim poczuciu koherencji.

#### ***VIII. 2. 3. 1. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a style radzenia sobie***

Zbadano związek rozwiązywania problemów kryzysowych ze stylami radzenia sobie: skoncentrowanym na zadaniu, skoncentrowanym na emocjach, unikowym (składowe: angażowanie w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów społecznych). Rezultaty analizy uzyskane metodą rho Spearmana przedstawia Tabela 27.

**Tabela 27. Rozwiązanie problemów kryzysowych a style radzenia sobie – tabela korelacji**

Rozwiązanie problemu kryzysowego		Styl radzenia sobie				
		zadaniowy	emocjonalny	unikowy (całość)	unikowy - angażowanie w czynności zastępcze	unikowy - poszukiwanie kontaktów społ.
PR.A	problemy zdrowotne	0,11	<b>-0,29**</b>	<b>0,21*</b>	0,10	<b>,29**</b>
PR.B	problemy finansowe	0,14	<b>-0,32**</b>	0,03	-0,07	0,12
PR.C	brak miejsca zamieszkania	0,09	0,12	0,09	0,09	0,08
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	0,17	-0,10	0,16	0,16	0,13
PR.E	brak żywności	-0,08	0,00	-0,14	-0,14	-0,18
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	-0,17	-0,08	0,24	0,26	0,13
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	<b>0,31**</b>	<b>-0,33**</b>	<b>0,21**</b>	0,08	<b>0,35**</b>
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	<b>0,22**</b>	-0,14	0,14	0,06	<b>0,22**</b>
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	<b>0,43**</b>	<b>-0,37**</b>	0,15	-0,05	<b>0,33**</b>
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	<b>0,30**</b>	<b>-0,25**</b>	<b>0,18*</b>	0,01	<b>0,32**</b>
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	0,13	-0,05	0,19	0,18	0,12
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	<b>0,24**</b>	<b>-0,22*</b>	<b>0,19*</b>	0,13	0,14
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	0,11	-0,12	0,06	0,07	0,02
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	0,12	-0,14	0,12	-0,01	0,20
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	<b>0,33*</b>	-0,13	-0,07	-0,17	-0,07
PR.O	utrata poczucia sensu życia	<b>0,20*</b>	<b>-0,29**</b>	0,15	0,05	<b>0,20*</b>
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	<b>0,26**</b>	-0,09	<b>0,28**</b>	0,15	<b>0,33**</b>
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	0,26	-0,22	0,09	0,04	0,13

\*\*p < 0.01

\*p < 0.05

Uzyskane wyniki wskazują na to, że interwencja kryzysowa prowadziła do rozwiązania kryzysu u osób prezentujących wszystkie, oprócz stylu unikowego - angażowanie w czynności zastępcze (należy do stylu unikowego), style radzenia sobie i dotyczy to szczególnie rozwiązania niektórych problemów. I tak, styl zadaniowy koreluje znacząco i dodatnio ( $p < 0,01$ ) z rozwiązywaniem: grupy problemów psychologicznych (czynniki 1: Pr.G, Pr.H, Pr.I, Pr.J) oraz pogorszenia relacji z bliską osobą (Pr.L,  $\rho = 0,24$ ,

$p < 0,01$ ) i dalszym otoczeniem (Pr.N,  $\rho = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ). Osoby z wysokimi wynikami w zakresie stylu zadaniowego lepiej rozwiązały wymienione problemy.

Podobnie znaczące, dodatnie korelacje zaobserwowano w zakresie stylu unikowego – poszukiwania kontaktów społecznych. Wyższe wyniki korelowały z lepszym rozwiązywaniem problemów z grupy problemów psychologicznych ( $p < 0,01$ ) oraz problemów zdrowotnych (Pr.A,  $\rho = 0,29$ ,  $p < 0,01$ ).

Natomiast styl emocjonalny korelował ujemnie z rozwiązywaniem problemów: zdrowotnych (Pr.A,  $\rho = -0,29$ ,  $p < 0,01$ ), finansowych (Pr.B,  $\rho = -0,32$ ,  $p < 0,01$ ), części grupy problemów psychologicznych: poczucia nieudolności (Pr.G,  $\rho = -0,33$ ,  $p < 0,01$ ), przekonania o własnej bezwartościowości (Pr.I,  $\rho = -0,37$ ,  $p < 0,01$ ), załamania przekonań na temat siebie (Pr.J,  $\rho = -0,25$ ,  $p < 0,01$ ), utraty poczucia sensu życia (Pr.O,  $\rho = -0,29$ ,  $p < 0,01$ ) oraz problemu pogorszenia relacji z bliską osobą (Pr.L,  $\rho = -0,24$ ,  $p < 0,05$ ). Osoby o wysokich wynikach w zakresie stylu emocjonalnego gorzej rozwiązywały te problem mimo korzystania z interwencji.

### ***VIII. 2. 3. 2. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a poczucie koherencji***

Analizowano związek ogólnego poczucia koherencji i jego trzech składowych: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności z rozwiązywaniem problemów kryzysowych. Rezultaty uzyskane metodą  $\rho$  Spearmana przedstawia Tabela 28.

**Tabela 28. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a poczucie koherencji – tabela korelacji**

Rozwiązanie problemu kryzysowego		Poczucie koherencji			
		Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności	Poczucie koherencji
PR.A	problemy zdrowotne	<b>0,31**</b>	<b>0,30**</b>	<b>0,33**</b>	<b>0,34**</b>
PR.B	problemy finansowe	<b>0,36**</b>	<b>0,39**</b>	<b>0,36**</b>	<b>0,42**</b>
PR.C	brak miejsca zamieszkania	-0,06	0,05	-0,03	-0,05
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	<b>0,22*</b>	0,07	0,09	0,15
PR.E	brak żywności	-0,22	-0,14	-0,22	-0,23
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	-0,14	-0,15	0,01	-0,12
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	<b>0,43**</b>	<b>0,47**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,49**</b>
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	<b>0,33**</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,30**</b>	<b>0,33**</b>
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	<b>0,44**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,52**</b>	<b>0,52**</b>
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	<b>0,39**</b>	<b>0,39**</b>	<b>0,39**</b>	<b>0,44**</b>
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	0,10	<b>0,22*</b>	0,11	0,18
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	<b>0,28**</b>	<b>0,33**</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,34**</b>
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	<b>0,27**</b>	<b>0,27**</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,31**</b>
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	<b>0,32*</b>	<b>0,28*</b>	<b>0,30*</b>	<b>0,35**</b>
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	<b>0,45**</b>	<b>0,47**</b>	<b>0,37*</b>	<b>0,45**</b>
PR.O	utrata poczucia sensu życia	<b>0,43**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,53**</b>	<b>0,53**</b>
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	<b>0,38**</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,45**</b>	<b>0,41**</b>
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	0,17	0,22	0,27	0,21

\*\*p &lt; 0.01

\*p &lt; 0.05

Uzyskane wyniki wskazują, że rozwiązywanie problemów kryzysowych po interwencji związane jest w znacznej mierze z poczuciem koherencji osób poddawanych interwencji. Zaobserwowano korelacje ogólnego poczucia koherencji i jego składowych z rozwiązywaniem 12 spośród 18 problemów szczegółowych z 3 grup wyodrębnionych w

analizie czynnikowej: psychologicznych ( $p < 0,01$ ) w bliskiej relacji ( $p < 0,01$ ) i problemów utraty wsparcia ( $p < 0,01$ ) oraz z rozwiązaniem problemów finansowych (Pr.B,  $p < 0,01$ ).

Nie stwierdzono natomiast istotnych korelacji rozwiązywania problemów fizycznych z poczuciem koherencji. Rozwiązanie problemu zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr.D) koreluje ( $\rho = 0,22$ ,  $p < 0,05$ ) tylko z poczuciem zrozumiałości, natomiast rozwiązanie problemu zerwania relacji z bliską osobą (Pr.K) koreluje ( $\rho = 0,22$ ,  $p < 0,05$ ) z poczuciem zaradności.

Zatem, im wyższe poczucie koherencji oraz poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności, tym lepsze rozwiązanie po interwencji grup problemów: psychologicznych, bliskiej relacji, utraty wsparcia społecznego oraz problemów finansowych (Pr.B).

#### **VIII. 2. 4. Rozwiązanie problemów kryzysowych a zmienne związane z cechami interwencji**

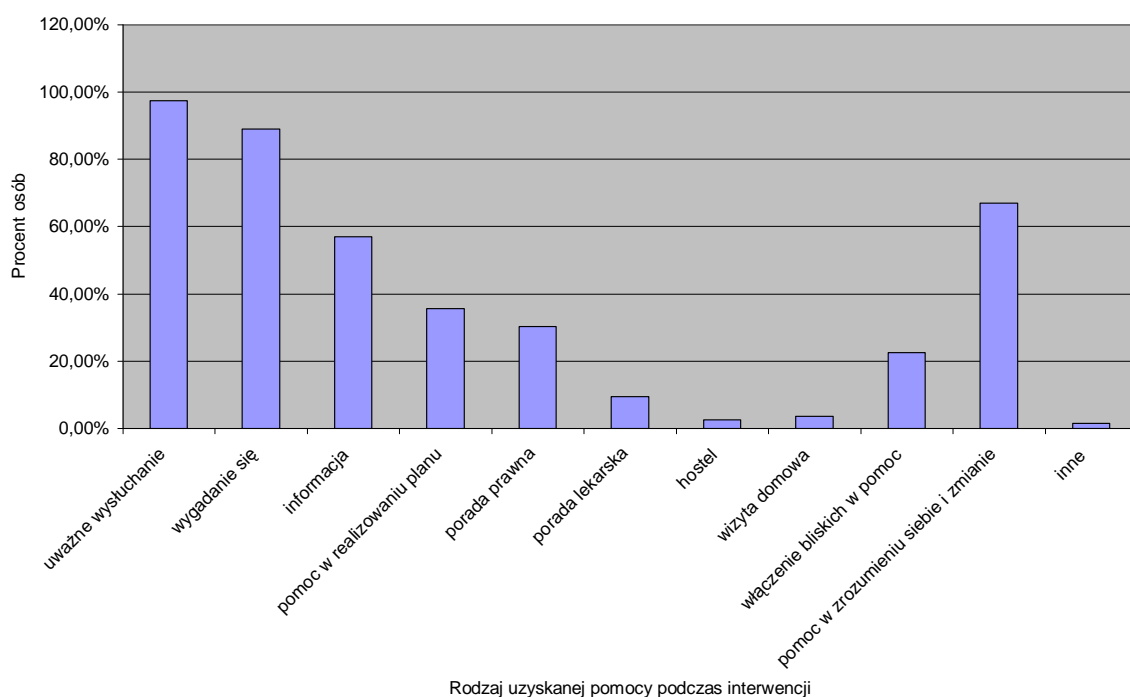
Zasadniczym celem prowadzonych badań było sprawdzenie długoterminowych efektów interwencji w odniesieniu do osób w kryzysie. Założono, że badane efekty (rozwiązanie kryzysu i ocena radzenia sobie) są związane z cechami interwencji (Hipoteza IV) i poziomem zadowolenia z pomocy. Z cech interwencji wybrano rodzaj uzyskanej pomocy w ramach interwencji (proces interwencji) i liczbę spotkań badanego z pracownikiem OIK.

##### ***VIII. 2. 4. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych a rodzaj uzyskanej pomocy***

Dla potrzeb niniejszych badań sporządzono listę oddziaływań składających się na interwencję i nazwano je w sposób ułatwiający wybór przez badanych, gdy byli pytani o wskazanie tych form pomocy, które – ich zdaniem – uzyskali. Wyróżniono 10 rodzajów pomocy oferowanej w ramach procesu interwencji, Liczebności wyborów poszczególnych rodzajów pomocy przedstawia Tabela 29 i Rysunek 11.

**Tabela 29. Rodzaj uzyskanej pomocy w czasie interwencji**

Rodzaj uzyskanej pomocy	N	%
uważne wysłuchanie	186	97,38 %
wygadanie się	170	89,01 %
informacja	109	57,07 %
pomoc w realizowaniu planu	68	35,60 %
porada prawna	58	30,37 %
porada lekarska	18	9,42 %
hostel	5	2,62 %
wizyta domowa	7	3,66 %
włączenie bliskich w pomoc	43	22,51 %
pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie	128	67,02 %
inne	3	1,57 %
ogółem	191	100,00 %

**Rysunek 11. Rodzaj uzyskanej pomocy podczas interwencji**

Prawie wszystkie osoby badane (97,38%) stwierdziły, że zostały uważnie wysłuchane, miały możliwość odreagować („wygadać się”) (89,01%), a dwie trzecie uzyskało pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie (67,02%). Były to najczęściej wskazane formy otrzymanej pomocy. W dalszej kolejności badani wybrali: uzyskanie informacji

(57,07%), pomoc w realizowaniu planu (35,60%), poradę prawną (30,37%). Najbardziej zdanym badanych stosowano: wizytę domową (3,66%) i pobyt w hostelu OIK (2,62%). Przeprowadzono analizę czynnikową (metodą rotacji ukośnej OBLIMIN) uzyskanych przez badanych form pomocy i wyodrębniono 4 czynniki (Tabela 30) wyjaśniające łącznie 55,00% wariancji zmiennej.

**Tabela 30. Macierz struktury czynników dla form uzyskanej pomocy**

Forma uzyskanej pomocy	Czynnik			
	1	2	3	4
porada prawna	0,78			
informacja	0,69			
pomoc w realizowaniu planu	0,66			
wygadanie się		-0,72		
pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie		-0,72		
włączenie bliskich w pomoc			0,66	
uważne wysłuchanie			0,62	
hostel			0,48	-0,43
porada lekarska				0,79
wizyta domowa		0,49		0,49
porada prawna	0,78			

Wyodrębnione czynniki odzwierciedlają następujące grupy form uzyskanej pomocy:

*Czynnik 1* – porada prawna, otrzymanie informacji, pomoc w realizowaniu planu - reprezentują wsparcie informacyjne.

*Czynnik 2* – odreagowanie („wygadanie się”) i pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie – reprezentują wsparcie emocjonalne i oddziaływanie psychoterapeutyczne. Formy zgrupowane w tym czynniku były zdecydowanie najczęściej uzyskane przez badanych.

*Czynnik 3* – włączenie bliskich w pomoc, uważne wysłuchanie – reprezentują wsparcie emocjonalne.

*Czynnik 4* – pobyt w hostelu, porada lekarska, wizyta domowa – reprezentują zróżnicowane oddziaływania interwencyjne zawierające między innymi ingerencję w naturalne środowisko życiowe badanego.



Zbadano związek stopnia rozwiązania problemów kryzysowych z formami uzyskanej pomocy za pomocą korelacji rho Spearmana – Tabela 31.

Legenda – forma uzyskanej pomocy

- |                               |                    |  |
|-------------------------------|--------------------|--|
| 1. Uważne wysłuchanie         | 5. Porada prawna   | 9. Włączenie bliskich                    |
| 2. Wygadanie się              | 6. Porada lekarska | 10. Pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie |
| 3. Informacja                 | 7. Hostel          | 11. Inne                                 |
| 4. Pomoc w realizowaniu planu | 8. Wizyta domowa   |  |

**Tabela 31. Rozwiązanie problemów kryzysowych a uzyskana pomoc**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PR.A	problemy zdrowotne	0,07	0,13	0,07	-0,07	0,05	0,16	0,07	-0,07	0,07	<b>0,26**</b>	0,06
PR.B	problemy finansowe	0,05	0,14	0,19	0,15	0,04	-0,04	0,02	-0,09	0,19	<b>0,24*</b>	-0,14
PR.C	brak miejsca zamieszkania	0,30	0,14	0,15	0,21	-0,07	-0,14	0,15	0,26	0,31	<b>0,38*</b>	-0,31
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	-0,08	0,06	<b>0,19*</b>	0,13	0,08	0,00	0,03	-0,03	-0,12	<b>0,27**</b>	0,02
PR.E	brak żywności	0,24	-0,02	0,16	0,15	-0,06	<b>0,41*</b>	.	0,21	0,35	0,12	-0,32
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	-0,18	-0,19	-0,15	0,06	0,11	-0,08	0,18	0,18	0,22	0,27	0,07
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	0,02	-0,04	-0,01	0,12	0,11	0,01	0,02	0,06	0,11	<b>0,17*</b>	-0,14
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	0,04	0,02	-0,05	0,05	0,01	0,04	0,03	-0,01	0,06	0,08	-0,01
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	-0,06	0,03	-0,08	0,00	0,02	-0,03	-0,03	0,08	-0,14	0,13	-0,09
PR.J	załamanie się przekonani na temat siebie	-0,08	0,12	0,02	0,07	0,06	0,01	-0,01	0,08	-0,06	<b>0,21*</b>	0,16
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	-0,01	0,10	-0,02	-0,02	-0,14	0,16	-0,04	-0,10	0,00	0,15	-0,14
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	-0,07	-0,02	-0,05	0,00	-0,01	0,04	-0,02	0,02	-0,10	0,13	-0,10
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	0,08	0,10	0,00	0,03	0,00	0,14	-0,04	0,10	-0,08	0,14	.
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	-0,20	0,09	0,09	0,02	0,17	-0,11	0,14	0,14	-0,07	0,09	.
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	0,08	-0,06	0,02	-0,11	-0,09	-0,08	-0,03	0,02	0,03	0,28	-0,13
PR.O	utrata poczucia sensu życia	-0,01	<b>0,27**</b>	-0,01	-0,08	-0,10	0,09	-0,05	-0,01	0,00	<b>0,27**</b>	-0,10
PR.P	załamanie przekonani na temat innych ludzi i świata	0,11	<b>0,23*</b>	0,16	0,04	-0,01	0,12	0,11	-0,07	0,02	<b>0,19*</b>	-0,04
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	.	.	-0,13	0,25	0,07	-0,33	.	-0,04	0,08	0,00	.

\*\*  $p < 0.01$

\*  $p < 0.05$

Pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie (odziaływanie psychoterapeutyczne) korelowała dodatnio z lepszym rozwiązaniem największej liczby problemów, w tym:

- problemów psychologicznych: poczucia nieudolności (Pr.G,  $\rho=0,17$ ,  $p<0,05$ ), załamania przekonań na temat siebie (Pr.J,  $\rho=0,21$ ,  $p<0,05$ ), utraty sensu życia (Pr.O,  $\rho=0,27$ ,  $p<0,01$ ), załamania przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P,  $\rho=0,19$ ,  $p<0,05$ ),
- problemów fizycznych; finansowych (Pr.B,  $\rho=0,24$ ,  $p<0,05$ ), braku miejsca zamieszkania (Pr.C,  $\rho=0,38$ ,  $p<0,05$ ), zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr.D,  $\rho=0,27$ ,  $p<0,01$ ),
- problemów zdrowotnych (Pr.A,  $\rho=0,26$ ,  $p<0,01$ ), co wskazuje po raz kolejny na reaktywne podłoże tych problemów.

Natomiast odreagowanie („wygadanie się”) miało związek z lepszym rozwiązaniem problemów: utraty sensu życia (Pr.O,  $\rho=0,27$ ,  $p<0,05$ ) i załamania przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P,  $\rho=0,23$ ,  $p<0,05$ ).

Stopień rozwiązania problemów kryzysowych w zasadzie nie zależy zatem od otrzymanej formy pomocy, poza pomocą w zrozumieniu siebie i zmianie, uzyskanie której ułatwiło lepsze rozwiązanie problemów psychologicznych, fizycznych i zdrowotnych.

#### ***VIII. 2. 4. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych a liczba spotkań***

W interwencji kryzysowej, z założenia krótkoterminowej formie pomocy, przywiązuje się dużą wagę do pierwszego i następnych spotkań ze względu na dynamikę kryzysu oraz często obserwowaną przez praktyków i badaczy możliwość zerwania kontaktu przez klienta. W tej sytuacji każde odbyte spotkanie interwencyjne nabiera szczególnego znaczenia i skłania do maksymalizowania wysiłków terapeutycznych w krótkim czasie.

Dla zbadania związku stopnia rozwiązywania problemów kryzysowych z liczbą odbytych przez badanych spotkań w OIK zastosowano metodę korelacji rho Spearmana. Uzyskane wyniki przedstawia Tabela 32.

**Tabela 32. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a liczba spotkań – tabela korelacji**

Rozwiązywanie problemów kryzysowych		Liczba spotkań
		Rho Spearmana
PR.A	problemy zdrowotne	0,16
PR.B	problemy finansowe	0,08
PR.C	brak miejsca zamieszkania	0,12
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	0,11
PR.E	brak żywności	0,25
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	<b>0,31*</b>
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	0,02
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	0,09
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	0,14
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	<b>0,25**</b>
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	-0,03
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	-0,10
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	-0,05
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	0,02
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	0,14
PR.O	utrata poczucia sensu życia	0,12
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	0,14
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	0,37

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Liczba spotkań okazała się istotna tylko dla rozwiązania dwóch problemów: Pr.F i Pr.J. Im więcej spotkań, tym lepsze rozwiązanie problemów prawno-urzędowych (Pr.F) i problemów związanych z załamaniem przekonań na temat siebie (Pr.J). Rozwiązywanie pozostałych problemów nie było skorelowane z liczbą spotkań interwencyjnych.

- Analizowano również związek liczby spotkań z uzyskaną pomocą (korelacje r Pearsona)-Tabela 33.

**Tabela 33. Liczba spotkań a uzyskana pomoc – tabela korelacji**

Uzyskana pomoc	Liczba spotkań
	r Pearsona
uważne wysłuchanie	0,10
wygadanie się	<b>0,20**</b>
informacja	<b>0,16*</b>
pomoc w realizowaniu planu	<b>0,19**</b>
porada prawna	<b>0,20**</b>
porada lekarska	<b>0,14*</b>
hostel	0,14
wizyta domowa	0,07
włączenie bliskich w pomoc	<b>0,15*</b>
pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie	<b>0,19**</b>
inne	0,09

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Wyniki pozwalają na stwierdzenie zależności: im więcej spotkań interwencyjnych, tym częściej występowały prawie wszystkie formy pomocy (oprócz: uważnego wysłuchania, pobytu w hostelu i wizyty domowej), czyli interwencja była bardziej zróżnicowana. Brak zależności liczby spotkań z uważnym wysłuchaniem można wyjaśnić tym, że uzyskuje się tę formę pomocy już w czasie pierwszego spotkania i w każdym następnym. Z kolei brak zależności liczby spotkań z pobytem w hostelu i wizytą domową mógł być związany z małą liczebnością tych form pomocy w badanej grupie.

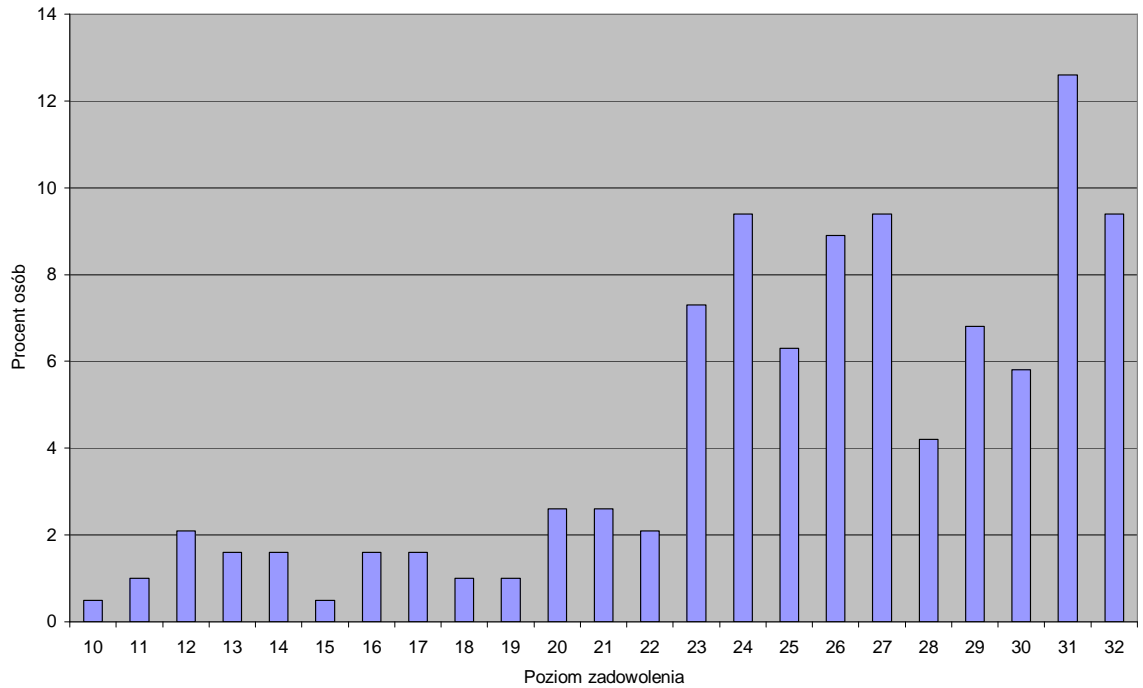
#### ***VIII. 2. 4. 3. Rozwiązanie problemów kryzysowych a poziom zadowolenia z interwencji.***

Jak opisano w rozdz. VI.3.6 i VII.4 niniejszej pracy zadowolenie uznaje się za cenną miarę jakości dostarczonej pomocy i ważny czynnik ewaluacji. Badanie roli interwencji w rozwiązywaniu kryzysu uzasadnia użycie zmiennej – zadowolenie z interwencji, ze względu na jej istotne związki z subiektywnie odczuwaną poprawą zdrowia i redukcją objawów.

Średni poziom zadowolenia z interwencji w badanej grupie wyniósł – **25,52** (SD=5,35), a wyniki mieściły się pomiędzy 10 a 32 (wynik maksymalny). Tabelę częstości poszczególnych wyników zadowolenia przedstawia Tabela 34 i Rysunek 12.

**Tabela 34. Poziom zadowolenia z interwencji**

Poziom zadowolenia	N	%	% skumulowany
10	1	0,50	0,50
11	2	1,00	1,60
12	4	2,10	3,70
13	3	1,60	5,20
14	3	1,60	6,80
15	1	0,50	7,30
16	3	1,60	8,90
17	3	1,60	10,50
18	2	1,00	11,50
19	2	1,00	12,60
20	5	2,60	15,20
21	5	2,60	17,80
22	4	2,10	19,90
23	14	7,30	27,20
24	18	9,40	36,60
25	12	6,30	42,90
26	17	8,90	51,80
27	18	9,40	61,30
28	8	4,20	65,40
29	13	6,80	72,30
30	11	5,80	78,00
31	24	12,60	90,60
32	18	9,40	100,00
Ogółem	191	100,00	



**Rysunek 12. Poziom zadowolenia z interwencji**

Jeśli przyjąć interpretację wyników, w której 24 punkty oddzielają „niezadowolonych” od „zadowolonych” (24 – jest sumą ocen „3” oznaczających „raczej zadowolony” dla 8 pytań kwestionariusza), to prawie dwie trzecie badanych (63,40%) było „zadowolonych” i „bardzo zadowolonych”.

Analizę związku poziomu zadowolenia z rozwiązywaniem problemów kryzysowych zbadano przy użyciu metody korelacji rho Spearmana. Uzyskane wyniki prezentuje Tabela 35.

**Tabela 35. Rozwiązywanie problemów kryzysowych a poziom zadowolenia z interwencji – tabela korelacji**

Rozwiązywanie problemów kryzysowych		Poziom zadowolenia
		Rho Spearmana
PR.A	problemy zdrowotne	<b>0,24**</b>
PR.B	problemy finansowe	0,15
PR.C	brak miejsca zamieszkania	<b>0,35*</b>
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	<b>0,21*</b>
PR.E	brak żywności	0,20
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	0,10
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	<b>0,26**</b>
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	0,13
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	<b>0,26**</b>
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	<b>0,27**</b>
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	<b>0,23*</b>
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	<b>0,18*</b>
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	<b>0,20*</b>
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	0,15
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	0,29
PR.O	utrata poczucia sensu życia	<b>0,21*</b>
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	<b>0,28**</b>
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	0,16

\*\*  $p < 0.01$

\*  $p < 0.05$

Zadowolenie z interwencji było tym większe, im lepsze rozwiązanie problemów:

- psychologicznych (Pr.G,  $\rho=0,26$ ,  $p<0,01$ ), (Pr.I,  $\rho=0,26$ ,  $p<0,01$ ), (Pr.J,  $\rho=0,27$ ,  $p<0,01$ ), (Pr.O,  $\rho=0,21$ ,  $p<0,05$ ), (Pr.P,  $\rho=0,28$ ,  $p<0,01$ ),
- problemów w bliskich relacjach (Pr.D,  $\rho=0,21$ ,  $p<0,05$ ), (Pr.L,  $\rho=0,18$ ,  $p<0,05$ ), (Pr.Ł,  $\rho=0,20$ ,  $p<0,05$ ),
- problemów zdrowotnych (Pr.A,  $\rho=0,24$ ,  $p<0,01$ ), zerwania relacji z bliską osobą (Pr.K,  $\rho=0,23$ ,  $p<0,05$ ) i braku miejsca zamieszkania (Pr.C,  $\rho=0,35$ ,  $p<0,05$ ).

- Zbadano także związek zadowolenia z formami uzyskanej pomocy (korelacje r Pearsona) – Tabela 36.

**Tabela 36. Zadowolenie z interwencji a uzyskana pomoc- tabela korelacji**

Uzyskana pomoc	Poziom zadowolenia z interwencji
	Rho Spearmana
uważne wysłuchanie	<b>0,27**</b>
wygadanie się	<b>0,36**</b>
informacja	<b>0,20**</b>
pomoc w realizowaniu planu	<b>0,31**</b>
porada prawna	0,13
porada lekarska	0,09
hostel	0,11
wizyta domowa	0,09
włączenie bliskich w pomoc	0,14
pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie	<b>0,45**</b>
inne	

\*\*  $p < 0.01$

Okazało się, że zadowolenie z interwencji było większe, jeśli badany uznał, że uzyskał: uważne wysłuchanie, odreagowanie („wygadanie się”), informację, pomoc w realizowaniu planu oraz pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie. Pozostałe formy pomocy: porada prawna i lekarska, pobyt w hostelu, wizyta domowa, włączenie bliskich w pomoc nie miały istotnego znaczenia dla zadowolenia z interwencji.

- Analiza związku zadowolenia z liczbą kontaktów za pomocą metody korelacji r Pearsona wykazała współzależność obu zmiennych ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ). Zadowolenie z interwencji było tym większe, im więcej spotkań interwencyjnych badany odbył w OIK.

### **VIII. 3. Opinie badanych na temat czynników najbardziej pomocnych w rozwiązaniu problemów kryzysowych.**

Osoby badane w czasie rozmowy (na podstawie Kwestionariusza Oceny Rozwiązania Kryzysu) pytano o czynnik/czynniki, które najbardziej sprzyjały rozwiązaniu ich kryzysu („Co Panu/i najbardziej pomogło w rozwiązaniu tych problemów?”). Odpowiedzi udzieliło 158 osób (82,70%). Wypowiedzi te dało się podzielić na dwie grupy:



związane z czynnikami pochodzącymi z zewnątrz i związane z czynnikami intrapsychicznymi. Czynniki zewnętrzne uszeregowano według częstości ich wskazywania jako najbardziej pomocnych – Tabela 37.

**Tabela 37. Czynniki zewnętrzne pomocne w rozwiązaniu kryzysu**

Co pomogło najbardziej?		
Czynniki wewnętrzne	N	%
Pomoc OIK	130	68,00
Wsparcie rodziny (emocjonalne, rzeczowe)	83	43,50
Wsparcie przyjaciół, znajomych	54	28,30
Pomoc innych profesjonalistów: policja, Grupa Al.-Anon, pomoc społeczna, ksiądz, prawnik, psychiatra, organizacje pozarządowe, itp.	46	24,10
Zmiany życiowe: zajście w ciążę, znalezienie pracy, przeprowadzka, nawiązanie nowej znajomości, itp.	15	7,90
Upływ czasu	13	6,80
Prawne regulowanie sytuacji życiowej	10	5,20
Zmiany życiowe niezależne od badanego: odejście partnera, zmiana nastawienia rodziny, utrata pracy przez partnera, itp.	8	4,20
Uzyskanie informacji gdzie szukać pomocy i jak sobie radzić	4	2,10

Za najbardziej sprzyjającą rozwiązaniu kryzysu badani najczęściej (68,00%) wymieniali pomoc OIK, w czasie której zaoferowano im: rozmowę i wskazówki, zobiektywizowanie sytuacji, możliwość „wyłakania się i powiedzenia co myślę” oraz „skierowanie na nowy tor myślenia”, uzyskanie poczucia bezpieczeństwa i zrozumienia, zmotywowanie do działania, zdystansowanie do problemu, „przychyłość”, odzyskanie wiary w siebie, odciążenie z poczucia winy, opracowanie planu postępowania. W jej ramach mieściły się także: porada prawna w Ośrodku i uczestnictwo w grupie wsparcia dla osób doświadczających przemocy ze strony partnera.

Z kolei wśród pomocnych czynników intrapsychicznych wymienionych przez badanych znalazły się zarówno ogólne stwierdzenia typu: „sama sobie pomogłam” (13 osób), „moja siła wewnętrzna”, „moja walka z sytuacją”, jak i bardziej konkretne zmiany wewnętrzne, które badani opisywali między innymi jako: „przeżycie tego kryzysu i zrozumienie go”, zaakceptowanie trudnej sytuacji, uświadomienie sobie pewnego faktu (-ów), motywacja do zmiany, znalezienie sensu, praca nad sobą, nadzieja, podjęcie decyzji o

rozwiązaniu problemu, „przekonanie, że nie można ukrywać problemów”, „rozeznanie we własnych potrzebach”, „zmiana światopoglądu i przewartościowanie swoich potrzeb”.

Badani wskazywali również pomocne dla nich sposoby radzenia sobie: modlitwę, zaangażowanie w pracę lub hobby, lekturę książek psychologicznych, pisanie niewysyłanych listów. Wypowiedzi dotyczące pomocnych czynników intrapsychicznych było znacząco mniej (66) w porównaniu z częstotliwością wskazywania pomocy z zewnątrz (377).

#### **VIII. 4. Ocena radzenia sobie po interwencji kryzysowej**

Drugim badanym rezultatem długoterminowym (zmienną zależną) była ocena radzenia sobie. Kolejno sprawdzane były hipotezy badawcze w części dotyczącej oceny radzenia sobie. Najpierw przedstawione zostaną: ocena zmiany w radzeniu sobie z wydarzeniami stresowymi po interwencji i wystąpienie kryzysu związane z tymi wydarzeniami oraz jego charakterystyka. Dalej, podobnie jak w przypadku pierwszego rezultatu – rozwiązania kryzysu – badano także związki z charakterystyką wydarzenia krytycznego, właściwościami indywidualnymi osób badanych i cechami interwencji.

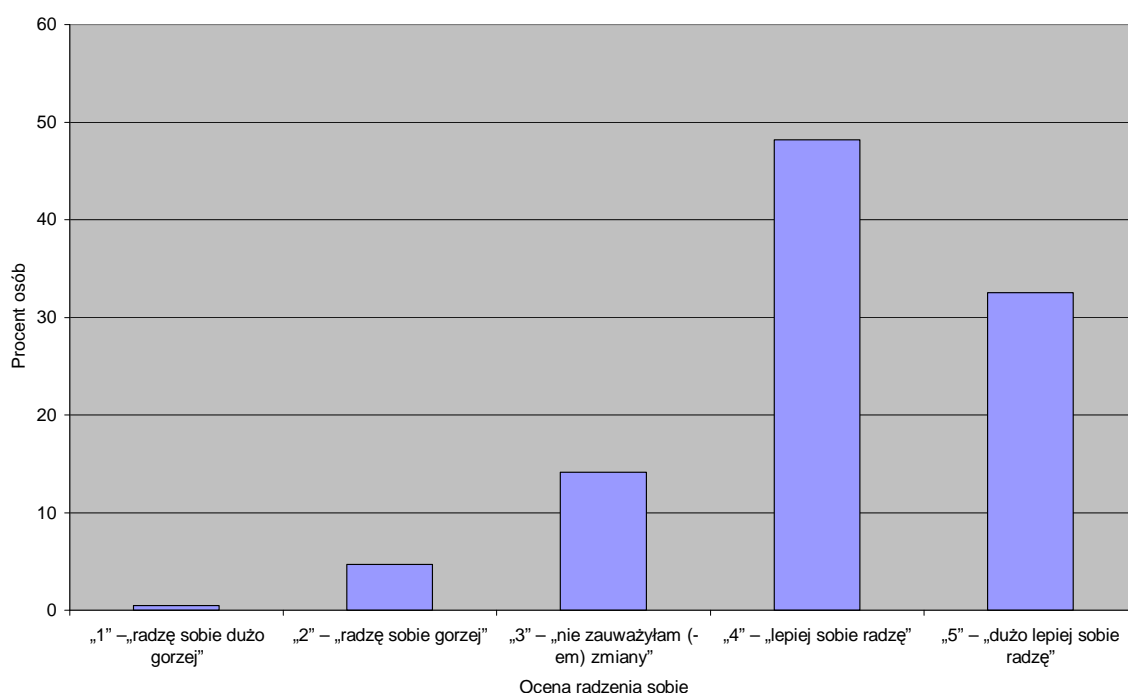
##### **VIII. 4. 1. Ocena zmiany radzenia sobie**

Zmienna ta powstała na bazie ocen dokonywanych przez samych badanych w odpowiedzi na pytanie wywiadu: „Czy zauważył/a Pan/i zmianę w radzeniu sobie z problemami w porównaniu do problemów przy pierwszym kryzysie?” Badani oceniali obecnie obserwowaną potencjalną zmianę radzenia sobie na skali od „1” („radzę sobie dużo gorzej”) do „5” („radzę sobie dużo lepiej”). Ten fragment badań związany był ze sprawdzaniem drugiej części Hipotezy I.

W badanej grupie średnia ocena radzenia sobie wyniosła – **4,07**, (SD=0,84), przy czym „4” na skali oznaczało: „lepiej sobie radzę”. Liczebności poszczególnych ocen wśród badanych pokazano w Tabeli 38 oraz na Rysunku 13.

**Tabela 38. Ocena radzenia sobie**

Ocena radzenia sobie	N	Procent
„1” – „radzę sobie dużo gorzej”	1	0,50
„2” – „radzę sobie gorzej”	9	4,70
„3” – „nie zauważyłam (-em) zmiany”	27	14,10
„4” – „lepiej sobie radzę”	92	48,20
„5” – „dużo lepiej sobie radzę”	62	32,50
Ogółem	191	100,0

**Rysunek 13. Liczebność poszczególnych ocen radzenia sobie**

Najczęściej badani oceniali swoje obecne radzenie sobie na „4” – „radzę sobie lepiej” (48,20%) i na „5” – „radzę sobie dużo lepiej” (32,50%). Łącznie **80,70%** osób badanych zaobserwowało pozytywną zmianę w radzeniu sobie w porównaniu z okresem, gdy przeżywali kryzys. Pozostałe osoby (19,30%) nie dostrzegły zmiany w radzeniu sobie (ocena „3”) lub oceniły, że „radzą sobie gorzej” (ocena „2”) i „dużo gorzej” (ocena „1”).

## VIII. 4. 2. Radzenie sobie z wydarzeniami stresowymi po interwencji

### VIII. 4. 2. 1. Wydarzenia stresowe po interwencji

Ponieważ od zakończenia interwencji lub rezygnacji z niej przez osoby badane upłynął czas od 6 do 48 miesięcy założono, że w ich życiu miały miejsce kolejne stresowe wydarzenia, które mogły dać początek kolejnemu kryzysowi. Badani wskazywali na przygotowanej wcześniej liście te wydarzenia stresowe, z którymi konfrontowali się przed interwencją i po jej zakończeniu. Rezultaty przedstawia Tabela 39.

**Tabela 39. Stresowe wydarzenia przeżyte przez badanych przed i po interwencji**

Rodzaj stresowego wydarzenia	Przed interwencją		Po interwencji	
	N	%	N	%
Śmierć współmałżonka, dziecka, rodzica	64	33,50	12	6,20
Śmierć innego członka rodziny lub przyjaciela	56	29,30	19	10,00
Próba samobójcza	24	12,60	5	2,60
Próba samobójcza bliskiej osoby	24	12,60	8	4,10
Rozwód lub separacja	18	9,40	43	22,50
Poważna choroba lub wypadek	31	16,20	14	7,30
Poważna choroba lub wypadek osoby bliskiej	47	24,60	22	11,50
Przemoc ze strony bliskiego	64	33,50	40	21,00
Gwałt, napad, pobicie	14	7,30	4	2,10
Powódź, pożar	11	5,80	1	0,50
Wypadek komunikacyjny	25	13,10	5	2,60
Zdrada małżeńska	41	21,50	9	4,70
Zerwanie stałego związku uczuciowego	32	16,80	22	11,50
Poważne problemy małżeńskie	68	35,60	27	14,20
Utrata pracy	28	14,70	18	9,40
Utrata mieszkania	5	2,60	10	5,20
Kłopoty w pracy: z szefem, kolegami	11	5,80	19	10,00
Poważny kryzys finansowy	32	16,80	36	18,90
Problemy prawne lub urzędowe	14	7,30	8	4,20
Kłopoty z bliskim przyjacielem, sąsiadem, krewnym	19	9,90	18	2,10
Utrata czegoś ważnego, wartościowego	27	14,10	18	1,60
Powiększenie rodziny	54	28,30	9	4,70
Odejście dzieci z domu	20	10,50	13	0,50
Zmiana pracy	16	8,40	35	18,30
Inne	2	1,00	6	7,30

Wydarzenia „**przed interwencją**” zawierają wydarzenia przeżyte w ciągu całego życia aż do momentu wystąpienia kryzysu, który zapoczątkował interwencję w OIK, natomiast wydarzenia „**po interwencji**” dotyczą tych zdarzeń, które miały miejsce po zakończeniu kontaktu z OIK. Wśród tych ostatnich najczęściej wystąpiły: rozwód/separacja (22,50%), przemoc ze strony bliskiego (21,00%), poważny kryzys finansowy (18,90%), zmiana pracy (18,30%), poważne problemy małżeńskie (14,20%), jednak wszystkie wydarzenia uwzględnione w przygotowanej liście wydarzeń stały się udziałem mniejszej, czy większej liczby osób badanych po interwencji.

Warto zauważyć, że częstotliwość niektórych zdarzeń po interwencji przewyższa częstotliwość tych samych zdarzeń w ciągu całego życia badanych (przed interwencją). I tak na przykład: rozwód/separacja (9,40% „przed” – 22,50% „po”), utrata mieszkania (2,60% „przed” – 5,20% „po”), kłopoty w pracy (5,80% „przed” – 10,00% „po”), poważny kryzys finansowy (16,80% „przed” – 18,90% „po”), zmiana pracy (8,40% „przed” – 18,30% „po”). Ze względu na ich częstotliwość wydaje się, że wydarzenia te mogły zostać zainspirowane przez samych badanych bezpośrednio (rozwód, zmiana pracy) lub pośrednio poprzez zmianę sytuacji życiowej (utrata mieszkania, kryzys finansowy). Przypuszczać można, że stanowią wyraz dynamicznych zmian życiowych przeprowadzanych, przynajmniej częściowo, przez samych badanych po kryzysie i interwencji.

#### ***VIII. 4. 2. 2. Wystąpienie kryzysu po interwencji***

W tej części badano w dalszym ciągu potencjalną zmianę radzenia sobie po interwencji (Hipoteza I).

Przeżyte po interwencji wydarzenia stresowe doprowadziły **33** osoby badane (17,28%) do ponownego kryzysu. Analiza jakościowa zdarzeń wywołujących kryzys u 33 osób z wydarzeniami stresującymi, jakim podlegało pozostałych 158 osób, u których kryzys nie wystąpił, nie wykazała szczególnych różnic.

- Nie wykazano istotnego związku wystąpienia kryzysu po interwencji ze zmiennymi charakteryzującymi pierwszy kryzys:
  - rodzajem wydarzenia krytycznego (test  $\chi^2$ ,  $\chi=7,05$ ,  $p=0,22$ ) (por. Aneks),
  - czasem od wydarzenia krytycznego do interwencji (test  $\chi^2$ ,  $\chi=2,82$ ,  $p=0,24$ ) (por. Aneks),

- nasileniem pierwszego kryzysu (test U Manna-Whitneya,  $U=2355,50$ ,  $p=0,26$ ) (por.Aneks).

W przypadku rozwiązywania problemów pierwszego kryzysu stwierdzono tylko jedną współzależność mierzoną za pomocą korelacji rho Spearmana ( $\rho=-0,18$ ,  $p<0,05$ ), a mianowicie drugi kryzys wystąpił u osób, które gorzej poradziły sobie z poczuciem nieudolności (Pr.G) przy pierwszym kryzysie.

- Nie uzyskano również istotnych statystycznie związków wystąpienia kryzysu po interwencji z cechami interwencji kryzysowej:

- formami uzyskanej pomocy (korelacja rho Spearmana) (por.Aneks),

- liczbą spotkań (korelacja r Pearsona,  $\rho=0,11$ ) (por.Aneks),

- poziomem zadowolenia z interwencji (korelacja r Pearsona,  $\rho=-0,40$ ).

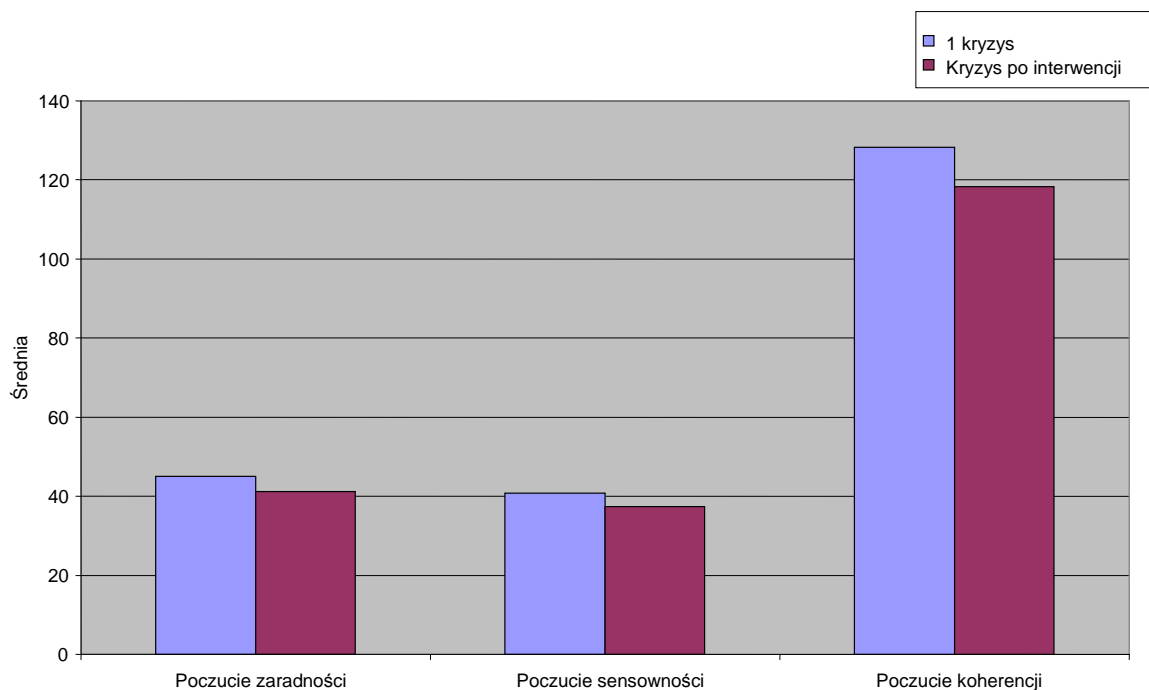
- Porównanie grup osób badanych: tych, którzy przeżyli kryzys interwencji (33 osoby) z tymi, którzy nie przeżyli kryzysu po interwencji (158 osób) pod kątem zmiennych związanych z właściwościami indywidualnymi wykazała:

- brak istotnych różnic pomiędzy obiema grupami w zakresie stylów radzenia sobie (testy t Studenta): zadaniowego ( $t=0,98$ ,  $p=0,33$ ), emocjonalnego ( $t= -1,76$ ,  $p=0,08$ ), unikowego ( $t=1,03$ ,  $p=0,30$ ),

- istotne różnice pomiędzy obiema grupami w zakresie ogólnego poczucia koherencji (testy t Studenta,  $t=2,04$ ,  $p=0,04$ ), poczucia zaradności ( $t=1,98$ ,  $p<0,05$ ) i poczucia sensowności ( $t=1,99$ ,  $p=0,05$ ). Wyniki obu wyżej wymienionych analiz przedstawia Tabela 40.

**Tabela 40. Style radzenia sobie i poczucie koherencji a wystąpienie kryzysu po interwencji**

Style radzenia sobie i poczucie koherencji	Średnia bez kryzysu po interwencji	Średnia Kryzys po interwencji	SD 1 kryzys	SD 2 kryzysy	t	df	p
Styl zadaniowy	58,09	56,39	8,86	10,24	0,98	189	0,33
Styl emocjonalny	46,90	50,70	11,29	11,08	-1,76	188	0,08
Styl unikowy (całość)	43,78	41,94	9,41	9,13	1,03	189	0,30
Unikowy - angażowanie w czynności zastępcze	18,14	17,36	5,66	5,12	0,73	189	0,47
Unikowy - poszukiwanie kontaktów społecznych	17,61	16,52	4,42	5,02	1,27	189	0,21
Poczucie zrozumiałości	42,53	39,64	9,81	9,63	1,54	189	0,12
Poczucie zaradności	<b>45,04</b>	<b>41,21</b>	<b>10,30</b>	<b>9,18</b>	<b>1,98</b>	<b>189</b>	<b>0,05</b>
Poczucie sensowności	<b>40,73</b>	<b>37,45</b>	<b>8,55</b>	<b>8,80</b>	<b>1,99</b>	<b>189</b>	<b>0,05</b>
Poczucie koherencji	<b>128,30</b>	<b>118,30</b>	<b>25,77</b>	<b>25,04</b>	<b>2,04</b>	<b>189</b>	<b>0,04</b>



**Rysunek 14. Średnie poczucie koherencji w zależności od kryzysu**

Osoby, u których wystąpił kryzys po interwencji charakteryzowały się istotnie niższymi: poczuciem koherencji, poczuciem zaradności i sensowności niż osoby, u których taki kryzys nie wystąpił. Natomiast style radzenia sobie nie różnicowały obu tych grup.

### ***VIII. 4. 2. 3. Problemy kryzysu po interwencji***

Ponowny kryzys wywołał w opinii badanych mniej problemów niż pierwszy kryzys, bo średnio **6,40** problemów kryzysowych znanych z pierwszego kryzysu. Szacowane liczby wahały się od 1 do 14 problemów kryzysowych. Problemy uszeregowane według częstości występowania obrazuje Tabela 41.

**Tabela 41. Problemy kryzysu po interwencji**

Problemy kryzysowe		N	%
Pr. H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	28	84,80
Pr. G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	19	57,60
Pr. A	problemy zdrowotne	18	54,50
Pr. P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	17	51,50
Pr. D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	16	48,50
Pr. O	utrata poczucia sensu życia	15	45,50
Pr. I	przekonanie o własnej bezwartościowości	14	42,40
Pr. J	załamanie się przekonań na temat siebie	14	42,40
Pr. L	pogorszenie relacji z bliską osobą	14	42,40
Pr. Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	14	42,40
Pr. B	problemy finansowe	11	33,30
Pr. K	zerwanie relacji z bliska osobą	10	30,30
Pr. F	problemy prawne lub urzędowe	7	21,20
Pr. N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	6	18,20
Pr. C	brak miejsca zamieszkania	5	14,70
Pr. E	brak żywności	4	12,10
Pr. M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	3	9,10
Pr. R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	2	6,10

Tu podobnie jak w przypadku pierwszego kryzysu dominowały: pogorszenie samopoczucia psychicznego (Pr.H) oraz poczucie nieudolności (Pr.G), ale jako kolejne pod względem częstotliwości pojawiły się problemy zdrowotne (Pr.A), załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata (Pr.P) i zagrożenie ze strony pewnej osoby (Pr.D) Te trzy ostatnie przy pierwszym kryzysie pojawiły się w dalszej kolejności wyprzedzone przez problemy związane z załamaniem przekonań na temat siebie (Pr.I) i przekonanie o



własnej bezwartościowości (Pr.J). Różnice te nie są jednak znaczące, szczególnie, że częstotliwości wszystkich problemów są niższe niż w pierwszym kryzysie.

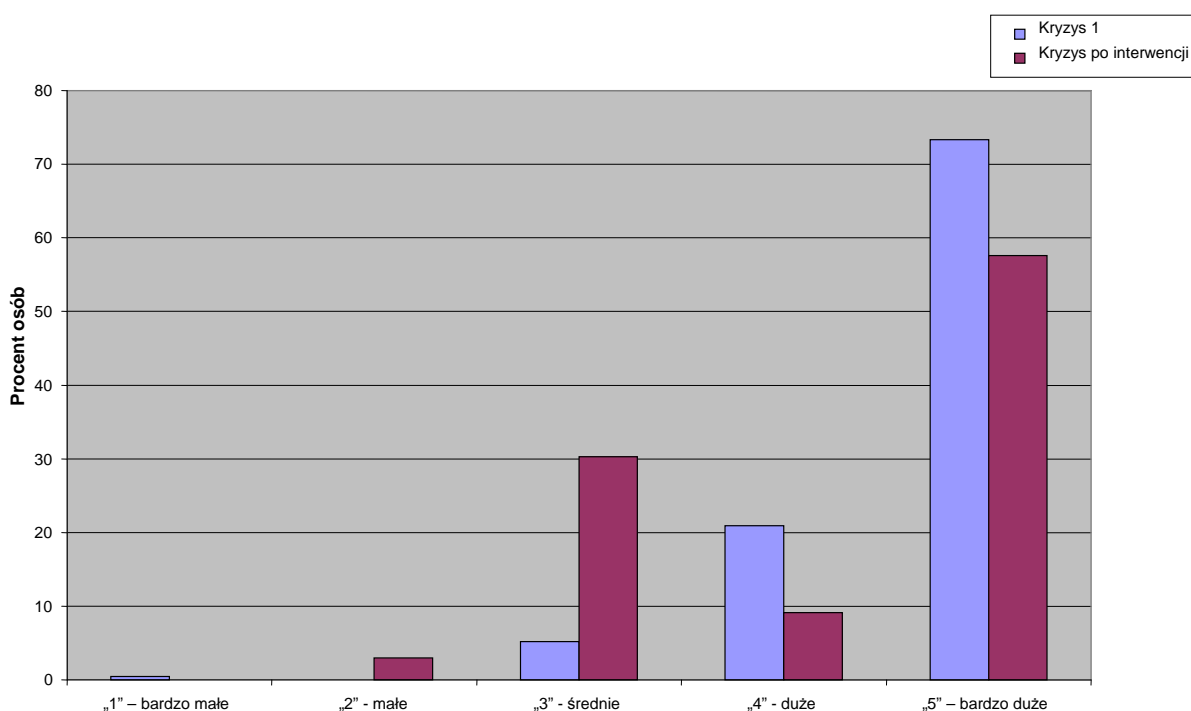
#### **VIII. 4. 2. 4. Nasilenie kryzysu po interwencji**

Średnia ocen nasilenia drugiego kryzysu oceniana przez badanych wyniosła **4,21** (pierwszego kryzysu – 4,66), przy odchyleniu standardowym – 0,99. Rozkład ocen nasilenia przedstawiono w Tabela 42.

**Tabela 42. Ocena nasilenia kryzysu po interwencji**

Ocena nasilenia kryzysu	N	Procent
„1” – bardzo małe	0	0,00
„2” - małe	1	3,00
„3” - średnie	10	30,30
„4” - duże	3	9,10
„5” – bardzo duże	19	57,60
Ogółem	33	100,00

Przeważały opinie o „bardzo dużym” (57,60%) i „średnim” (30,30%) nasileniu kryzysu, podczas gdy przy pierwszym kryzysie aż 94,00 % badanych oceniło nasilenie jako „bardzo duże” i „duże”, a jako średnie tylko 5,20%.



**Rysunek 15. Ocena nasilenia pierwszego kryzysu i kryzysu po interwencji**

Wykazano istotną, znaczącą, dodatnią korelację rho Spearmana ( $\rho=0,42$ ,  $p=0,01$ ) pomiędzy nasileniem kryzysu po interwencji i nasileniem pierwszego kryzysu. Okazało się, że większe nasilenie kryzysu po interwencji było związane z większym nasileniem pierwszego kryzysu.

#### **VIII. 4. 2. 5. Rozwiązanie problemów kryzysu po interwencji**

W trakcie opisywania cech kryzysu po interwencji proszono badanych również o ocenę stopnia rozwiązania jego problemów. Zastosowano taką samą skalę szacunkową jak przy ocenianiu rozwiązania pierwszego kryzysu: od „1” do „5”. Średnia ocen stopnia rozwiązania drugiego kryzysu wyniosła – **2,80**, a więc okazała się niższa niż średnia rozwiązania problemów pierwszego kryzysu przez wszystkie osoby badane – 3,70, w trakcie którego prowadzona była interwencja. Średnia tej wielkości – 2,80 - lokuje rozwiązanie pomiędzy „3” („problem został rozwiązany w połowie”) a „2” („problem został rozwiązany w 25 %”). Zrezygnowano z obliczania istotności różnic obu średnich wobec małej liczebności grupy osób, u których wystąpił kryzys po interwencji oraz faktu, że bardzo niewiele spośród nich miało te same problemy w obu kryzysach. Średnie rozwiązań dla poszczególnych problemów zebrano w Tabeli 43.

**Tabela 43. Średnie stopnia rozwiązania problemów kryzysu po interwencji**

Rozwiązanie problemów kryzysu po interwencji		Średnia	SD	Mediana
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	3,43	1,02	4
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	3,43	0,85	4
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	3,33	2,08	4
PR.O	utrata poczucia sensu życia	3,2	1,27	4
PR.A	problemy zdrowotne	3,17	1,54	3
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	3,00	2,83	3
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	2,86	1,25	3
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	2,80	1,52	3
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	2,78	0,81	3
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	2,77	1,25	3
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	2,64	1,28	3
PR.C	brak miejsca zamieszkania	2,50	1,29	3
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	2,50	1,46	2
PR.E	brak żywności	2,50	1,73	2
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	2,50	1,64	2
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	2,43	1,62	2
PR.K	zerwanie relacji z bliska osobą	2,33	1,23	2

Stosunkowo najlepiej zostały rozwiązane problemy z grupy problemów psychologicznych, związanych z: poczuciem bezwartościowości (Pr.I, M=3,43), załamaniem przekonań na temat siebie (Pr.J, M=3,43) i utratą sensu życia (Pr.O, M=3,20). W następnej kolejności wśród najlepiej rozwiązanych pojawiły się problemy utraty wsparcia społecznego: pogorszenie związków z przyjaciółmi (Pr.M, M=3,33) i problemy zdrowotne (Pr.A, M=3,17). Natomiast najtrudniej, podobnie jak przy pierwszym kryzysie, rozwiązano problemy finansowe (Pr.B, M=2,27). Problemy te jednak nie zostały rozwiązane w tak dużym stopniu jak w pierwszym kryzysie – średnie rozwiązań są niższe. Pozytywne wydaje się to, że poprawa uzyskana akurat w tych grupach problemowych (psychologiczne i wsparcia społecznego) pozwoli być może na lepsze rozwiązanie pozostałych problemów w przyszłości.

#### **VIII. 4. 3. Ocena radzenia sobie po interwencji a zmienne związane z wydarzeniem krytycznym.**

Analizowano wpływ cech wydarzeń krytycznego na późniejszą ocenę radzenia sobie, a więc jej związki z: rodzajem wydarzenia krytycznego, czasem od wydarzenia do rozpoczęcia interwencji i nasileniem kryzysu (Hipoteza II).

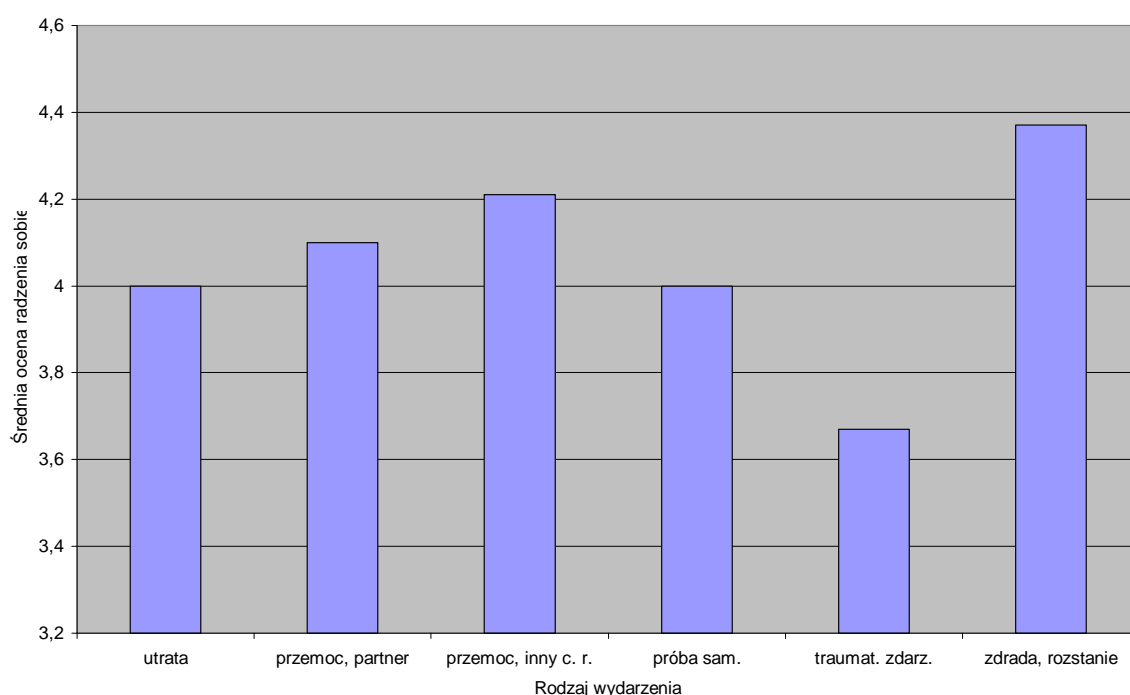
##### ***VIII. 4. 3. 1. Ocena radzenia sobie a rodzaj wydarzenia krytycznego.***

Oceny radzenia sobie dokonywały same osoby badane na skali szacunkowej pięciostopniowej, gdzie poszczególne oceny oznaczały: „5” – „radzę sobie dużo lepiej”, „4” – „radzę sobie lepiej”, „3” – „nie zauważyłem(-am) zmiany”, „2” – „radzę sobie gorzej” i „1” – „radzę sobie dużo gorzej”.

Związek oceny radzenia sobie (oceny dokonywanej przez osobę badaną na skali szacunkowej pięciostopniowej) z rodzajem wydarzenia krytycznego analizowano za pomocą testu H Kruskala-Wallisa. Wyniki analizy zawiera Tabela 44 oraz Rysunek 16.

**Tabela 44. Ocena radzenia sobie a rodzaj wydarzenia krytycznego**

Rodzaj wydarzenia krytycznego	N	Średnia	SD
utrata	16	4,00	0,52
przemoc, partner	78	4,10	0,95
przemoc, inny członek rodziny.	24	4,21	0,59
próba samobójcza	19	4,00	0,94
traumatyczne zdarzenie	27	3,67	0,78
zdrada, rozstanie	27	4,37	0,69
ogółem	191	4,07	0,84

**Rysunek 16. Średnia ocena radzenia sobie a rodzaj wydarzenia**

Uzyskane wyniki wykazały, że ocena radzenia sobie różnicuje ( $H=12,77$ ,  $p=0,03$ ) osoby po różnych wydarzeniach krytycznych. Najwyżej oceniają swoje radzenie osoby, które zgłosiły się po pomoc w związku ze: zdradą lub rozstaniem (4,37), przemocą ze strony innego członka rodziny (4,21), przemocą ze strony partnera (4,10). Nieco słabiej zauważają różnicę w radzeniu sobie osoby po utracie i po próbie samobójczej (4,00), a stosunkowo najslabiej osoby po wydarzeniach traumatycznych (3,67).

### **VIII. 4. 3. 2. Ocena radzenia sobie a czas od wydarzenia krytycznego do interwencji**

Do analizy tego związku posłużono się znów testem H Kruskalla-Wallisa. Wyniki zebrano w Tabeli 45.

**Tabela 45. Ocena radzenia sobie a czas od wydarzenia do interwencji**

	N	Średnia	SD
a: do 7 dni	75	4,04	0,91
b: od 8 do 30 dni	57	4,07	0,80
c: od 1 do 3 miesięcy	59	4,12	0,79
ogółem	191	4,07	0,84

Analiza nie wykazała związku ( $H=0,13, p=0,94$ ) pomiędzy oceną radzenia sobie a czasem, jaki upłynął od wydarzenia do interwencji, a zatem czas rozpoczęcia interwencji nie miał znaczenia dla późniejszej oceny radzenia sobie.

### **VIII. 4. 3. 3. Ocena radzenia sobie a nasilenie kryzysu**

Przeprowadzono korelację (korelacja rho Spearmana) wyników oceny radzenia sobie i oceny nasilenia kryzysu. Uzyskane wyniki nie wskazują na współzależność tych dwóch zmiennych ( $\rho=-0,08, p=0,26$ ) – zatem ocena radzenia sobie nie zależała od nasilenia kryzysu.

### **VIII. 4. 4. Ocena radzenia sobie a właściwości indywidualne osób korzystających z interwencji**

Podobnie jak w przypadku pierwszego analizowanego w niniejszej pracy rezultatu interwencji – rozwiązania kryzysu – założono udział czynników osobowościowych w ocenianiu radzenia sobie po przebytej interwencji (Hipoteza III). Przyjęto, że osoby o zadaniowym stylu radzenia sobie i silnym poczucie koherencji będą lepiej oceniać swoje radzenie sobie z kolejnymi wydarzeniami stresowymi.

#### **VIII. 4. 4. 1. Ocena radzenia sobie a style radzenia sobie**

Zbadano związek oceny radzenia sobie ze stylami radzenia sobie metodą korelacji rho Spearmana. Wyniki analizy zebrano w Tabeli 46.

**Tabela 46. Ocena radzenia sobie a style radzenia sobie- tabela korelacji**

	zadaniowy	emocjonalny	unikowy (całość)	unikowy - angażowanie w czynności zastępcze	unikowy - poszukiwanie kontaktów społ.
Ocena radzenia sobie	<b>0,24**</b>	<b>-0,18*</b>	<b>0,23**</b>	0,09	<b>0,26**</b>

\*\*  $p < 0.01$

\*  $p < 0.05$

Wyniki wskazują na współzależność oceny radzenia sobie z wszystkimi, oprócz stylu angażowanie w czynności zastępcze (należącego do stylu unikowego), stylami radzenia sobie. Im wyższe wyniki w zakresie stylów: zadaniowego, unikowego i poszukiwania kontaktów społecznych tym wyższa ocena radzenia sobie. Z kolei w zakresie stylu emocjonalnego wykryto korelację ujemną, podobnie jak przy rozwiązywaniu problemów kryzysowych – im niższe wyniki stylu emocjonalnego, tym lepsza samoocena radzenia sobie.

#### **VIII. 4. 4. 2. Ocena radzenia sobie a poczucie koherencji.**

Analizę związku oceny radzenia sobie z poczuciem koherencji przeprowadzono metodą korelacji rho Spearmana. Uzyskane rezultaty przedstawia Tabela 47.

**Tabela 47. Ocena radzenia sobie a poczucie koherencji – tabela korelacji**

	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności	Poczucie koherencji
Ocena radzenia sobie	<b>0,18*</b>	<b>0,21**</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,25**</b>

\*\*  $p < 0.01$  dwustronnie.

\*  $p < 0.05$  dwustronnie.

Wyniki wskazują na dodatnią korelację oceny radzenia sobie z poczuciem koherencji i jego wszystkimi składowymi. Zatem, im wyższe wyniki w zakresie poczucia: zrozumiałości, zaradności, sensowności oraz poczucia koherencji tym wyżej badani oceniali radzenia sobie pointerwencji.

#### VIII. 4. 5. Ocena radzenia sobie a zmienne związane z interwencją

W celu sprawdzenia finalnego Hipotezy IV analizowano przypuszczalny wpływ interwencji kryzysowej na dokonywaną przez badanych ocenę radzenia sobie. Ze zmiennych interwencji wybrano: rodzaj uzyskanej pomocy, liczbę spotkań interwencyjnych i poziom zadowolenia z interwencji.

##### VIII. 4. 5. 1. Ocena radzenia sobie a uzyskana pomoc

Zbadano związek oceny radzenia sobie z formami uzyskanej w OIK pomocy metodą korelacji rho Spearmana. Wyniki analizy przedstawia Tabela 48.

**Tabela 48. Ocena radzenia sobie a uzyskana pomoc – tabela korelacji**

Uzyskana pomoc	Ocena radzenia sobie
	Rho Spearmana
uważne wysłuchanie	-0,07
wygadanie się	<b>0,15*</b>
informacja	<b>0,16*</b>
pomoc w realizowaniu planu	0,04
porada prawna	<b>0,17*</b>
porada lekarska	0,02
hostel	0,05
wizyta domowa	-0,10
włączenie bliskich w pomoc	0,10
pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie	<b>0,36**</b>
inne	-0,08

\*  $p < 0.05$  dwustronnie.

\*\*  $p < 0.01$  dwustronnie.

Uzyskano dodatnie korelacje oceny radzenia sobie z niektórymi formami uzyskanej pomocy. Osoby, które oceniły, że uzyskały: pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie (korelacja znacząca), odreagowanie, informację i poradę prawną wyżej oceniły swoje radzenie sobie po kryzysie. Wydaje się zatem, że są one najbardziej skuteczne dla dostrzeżenia pozytywnej zmiany radzenia sobie. Pozostałe formy pomocy nie wykazały związku z oceną radzenia sobie.



#### ***VIII. 4. 5. 2. Ocena radzenia sobie a liczba spotkań interwencyjnych.***

Analiza związku oceny radzenia sobie z liczbą spotkań interwencyjnych metodą rho Spearmana nie wykazała współzależności tych zmiennych ( $\rho = -0,41$ ). To, jak badani oceniali swoje radzenie sobie po kryzysie, nie miało związku z liczbą spotkań interwencyjnych w OIK.

#### ***VIII. 4. 5. 3. Ocena radzenia sobie a poziom zadowolenia z interwencji***

Metodą korelacji rho Spearmana zmierzono również współzależność pomiędzy oceną radzenia sobie a zadowoleniem z interwencji. Uzyskano wyniki wskazujące na dodatnią korelację obu tych zmiennych ( $\rho = 0,25$ ,  $p < 0,01$ ), zatem im większe zadowolenie z interwencji tym wyższa ocena radzenia sobie.

### **VIII. 5. Spostrzeżenia badanych dotyczące zmian w radzeniu sobie po interwencji**

W czasie wspólnej z badanymi analizy radzenia sobie (Kwestionariusz Oceny Rozwiązania Kryzysu) proszono o wypowiedź na temat zmian, jakie zaobserwowali u siebie samych, w swojej sytuacji życiowej lub u innych osób z perspektywy czasu badania. Odpowiedzi - niejednokrotnie dość rozbudowanych - udzieliło 158 osób (82,70%).

Badani wymienili tak wiele różnych rodzajów zaobserwowanych zmian, że tylko kilka z nich powtórzyło się u innych osób. Te wymienione zmiany badani spostrzegali jako korzystne. Najczęściej zauważone zmiany zawiera Tabela 49.

**Tabela 49. Najczęściej zauważone przez badanych zmiany po interwencji**

Zauważona zmiana	N	%
„Nabranie dystansu”	41	21,5
„jestem spokojniejsza (-y)”	18	9,4
„jestem pewniejsza (-y) siebie”	18	9,4
„jestem silniejsza (-y)”	16	8,4
„jestem optymistką (-tą)”	16	8,4
„jestem ostrożniejsza (-y), bardziej uważna (-y)”	13	6,8
„umiem korzystać z pomocy”	11	5,8
„bardziej realistyczny ogląd świata”	10	5,2
„stanowczość w działaniu”	10	5,2

Osoby badane najczęściej zaobserwowały, że nabrały dystansu (21,50%), stały się: spokojniejsze i pewniejsze siebie (po 9,40%), silniejsze i optymistyczne (po 8,40%), ostrożniejsze i bardziej uważne (6,80%). Pojawiły się także oceny dotyczące zmiany w zakresie: umiejętności korzystania z pomocy (5,80%), bardziej realistycznego spostrzegania (5,20%) oraz stanowczości „w działaniu”.

Większość zaobserwowanych zmian ze względu na ich różnorodność oraz małą powtarzalność u innych zaklasyfikowano w następujący sposób:

#### ZMIANY DOTYCZĄCE OSOBY BADANEJ

- poprawa radzenia sobie z emocjami, zmniejszenie lęku, odzyskanie poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego („jestem spokojniejsza”, „zaczynam się nie przejmować”, „nie boję się jak przedtem”, „lepiej śpię”, „jestem bardziej odporna psychicznie”),
- poprawa samooceny i obrazu siebie, wzrost szacunku do siebie i poczucia własnej wartości („odzyskałam szacunek do siebie”, „wiem jakie mam prawa”, „uwierzyłam w siebie”, „staram się sama siebie pokochać”),
- uzyskanie bardziej realistycznego oglądu rzeczywistości („odrzućcie iluzji”, „mniej naiwna”, „jestem ostrożniejsza, bardziej uważna”, „bardziej czuję rzeczywistość, trzeźwiej patrzę”),
- pozbycie się destrukcyjnych sposobów radzenia sobie i wzrost umiejętności konstruktywnego radzenia sobie („nie daję sobą pomiatać, chronię siebie”, „zmniejszenie poczucia winy i odpowiedzialności”, „umiem znaleźć czas, aby

rozwiązać jakiś problem”, „umiem korzystać z pomocy”, „wiem, co robić, gdzie pójść”, „działam planowo, a nie - chaotycznie”, „problemy rozwiązuję na bieżąco”, „skupiam się na ważnych sprawach”),

- zwiększenie umiejętności społecznych, zmiana funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, wzrost empatii („większe zrozumienie dla innych”, „umiejętność słuchania drugiej strony”, „nabieram zaufania do ludzi”, „stałam się osobą wspierającą dla rodziny”, „otwieram się na ludzi” „niezależniłam się od męża/rodziców”, „bardziej wrażliwa na zło”),
- wzrost optymizmu, radości życia, nadziei, motywacji do działania („jestem zadowolona ze wszystkiego”, „jestem większą optymistką”, „odzyskałam radość życia”, „jestem dumna, że sobie poradziłam”, „wierzę, że można poradzić sobie z problemami”, „nadzieja, że uda mi się osiągnąć, co chcę”),
- przywrócenie sensu życia, ustabilizowanie systemu wartości („mam sens życia”, „bardziej tolerancyjna”, „wydoroślałam”, „bardziej zastanawiam się nad sensem życia”, „skupiam się na ważnych sprawach”, „zrozumiałam, że mam własną rodzinę i powinnam o nią walczyć”),
- akceptacja strat i niemożności zmiany („pogodzenie się z sytuacją”, „szacunek do tego, co się w życiu ma i osiąga”),

Różnicę pomiędzy spostrzeganiem siebie przed i po interwencji dobitnie ilustruje stwierdzenie jednego z badanych: „jestem zupełnie inną osobą i dziękuję Bogu, że mnie to spotkało”.

## ZMIANY SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSÓB BADANYCH

- osiągnięcie niezależności finansowej,
- znalezienie pracy lub jej zmiana,
- podjęcie dalszej edukacji,
- rozszerzenie kręgu znajomych,
- wejście w nowy związek
- uporządkowanie sytuacji życiowej („układam sobie życie na nowo”, „wszystko wróciło do normy”)

## ZMIANY DOSTRZEŻONE U INNYCH OSÓB

(„mąż/ojciec jest spokojniejszy”, „matka traktuje mnie jak partnera”, „poprawa kontaktu z rodziną męża”)

## ZMIANY NIEKORZYSTNE

Wśród wymienianych przez badanych zmian stanowiły zdecydowaną mniejszość – tylko 9 stwierdzeń. Znalazły się tu opinie o: „pogorszeniu sytuacji”, zmniejszonej radości życia, gorszej koncentracji „w pracy”, „nerwowości”, mniejszej pewności siebie, spadku wiary w siebie, „problemach z pamięcią i logicznym myśleniem”, pogorszeniu samopoczucia psychicznego, poczuciu, że „jest się gorszym”.

## **VIII. 6. Czas od zakończenia interwencji a zmiany obserwowane po interwencji: rozwiązanie problemów kryzysowych, ocena radzenia sobie, poziom zadowolenia z interwencji, wystąpienie kryzysu po interwencji**

Dla sprawdzenia zmienności rezultatów interwencji: rozwiązania kryzysu i oceny radzenia sobie wybrano moment czasowy oddalony od zakończenia interwencji o 6-48 miesięcy. Założono, że w takim przedziale czasowym dadzą się zaobserwować rezultaty długoterminowe analizowane w prezentowanej pracy i ich trwałość w czasie (Hipoteza V).

### **VIII. 6. 1. Rozwiązanie problemów kryzysowych a czas od zakończenia interwencji**

Zbadano związek czasu jaki minął od zakończenia interwencji z rozwiązaniem poszczególnych problemów kryzysowych (korelacja rho Spearmana). Rozwiązanie oceniane było przez samych badanych na skali szacunkowej, pięciostopniowej. Rezultaty analizy korelacji przedstawia Tabela 50.

**Tabela 50. Rozwiązanie problemów kryzysowych a czas od zakończenia interwencji – tabela korelacji**

Rozwiązanie problemów kryzysowych		Czas od zakończenia interwencji
		Rho Spearmana
PR.A	problemy zdrowotne	-0,01
PR.B	problemy finansowe	0,08
PR.C	brak miejsca zamieszkania	0,13
PR.D	zagrożenie ze strony pewnej osoby	<b>0,18*</b>
PR.E	brak żywności	0,02
PR.F	problemy prawne lub urzędowe	0,07
PR.G	poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	0,08
PR.H	pogorszenie samopoczucia psychicznego	<b>0,19*</b>
PR.I	przekonanie o własnej bezwartościowości	0,15
PR.J	załamanie się przekonań na temat siebie	<b>0,19*</b>
PR.K	zerwanie relacji z bliską osobą	-0,06
PR.L	pogorszenie relacji z bliską osobą	0,13
PR.Ł	pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	0,12
PR.M	pogorszenie związków z przyjaciółmi	0,11
PR.N	pogorszenie stosunków w pracy, dalszym otoczeniu	0,22
PR.O	utrata poczucia sensu życia	0,14
PR.P	załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	0,03
PR.R	zmiana przekonań duchowo-religijnych	0,33

\*  $p < 0.05$

Czas po zakończeniu interwencji okazał się istotnie skorelowany z rozwiązaniem problemów: zagrożenia ze strony pewnej osoby (Pr.D), pogorszenia samopoczucia psychicznego (Pr.H), złamania się przekonań na temat siebie (Pr.J). Im dłuższy czas upłynął od interwencji, tym lepiej badani rozwiązywali te problemy.

### VIII. 6. 2. Ocena radzenia sobie a czas od zakończenia interwencji

Analizę związku czasu od zakończenia interwencji i oceny radzenia sobie przeprowadzono w oparciu o korelację rho Spearmana. Uzyskano współczynnik korelacji = 0,20 ( $p < 0,01$ ) przemawiający za współzależnością obu zmiennych. Im dłuższy czas upłynął od interwencji, tym wyższa okazywała się ocena radzenia sobie.

### **VIII. 6. 3. Poziom zadowolenia z interwencji a czas od zakończenia interwencji**

Badanie związku czasu od interwencji z poziomem zadowolenia z niej analizowano w oparciu o korelację  $r$  Pearsona. Otrzymany współczynnik korelacji = -0,11 ( $p > 0,05$ ) nie wykazał współzależności obu zmiennych. Czas dzielący zakończenie interwencji od momentu badania nie wpłynął na poziom zadowolenia z uzyskanej pomocy.

### **VIII. 6. 4. Czas od zakończenia interwencji a wystąpienie kryzysu po interwencji**

Zmierzono związek obu zmiennych za pomocą korelacji  $r$  Pearsona. Uzyskany wynik – współczynnik korelacji = 0,03 ( $p > 0,05$ ) nie wykazał współzależności wystąpienia drugiego kryzysu od czasu, jaki minął od interwencji.

## **VII. 7. Współzależności między predyktorami rozwiązywania problemów kryzysowych (zmienna zależna nr 1)**

Po analizie szczegółowych założonych związków rozwiązania problemów kryzysowych i oceny radzenia sobie z cechami wydarzenia krytycznego, właściwościami indywidualnymi osób korzystających z interwencji i cechami interwencji kryzysowej przystąpiono do oceny możliwości predykcyjnych omawianego modelu - łącznego wpływu wszystkich zmiennych niezależnych na obie zmienne zależne.

Dla zidentyfikowania, które z badanych zmiennych niezależnych są predyktorami wyjaśniającymi jak największy procent rozwiązania problemów kryzysowych, wykorzystano krokową analizę regresji. Zmienne niezależne związane z: wydarzeniem krytycznym, z osobą badaną i z interwencją kryzysową użyte zostały jako predyktory zmiennej zależnej. Uwzględniono następujące zmienne:

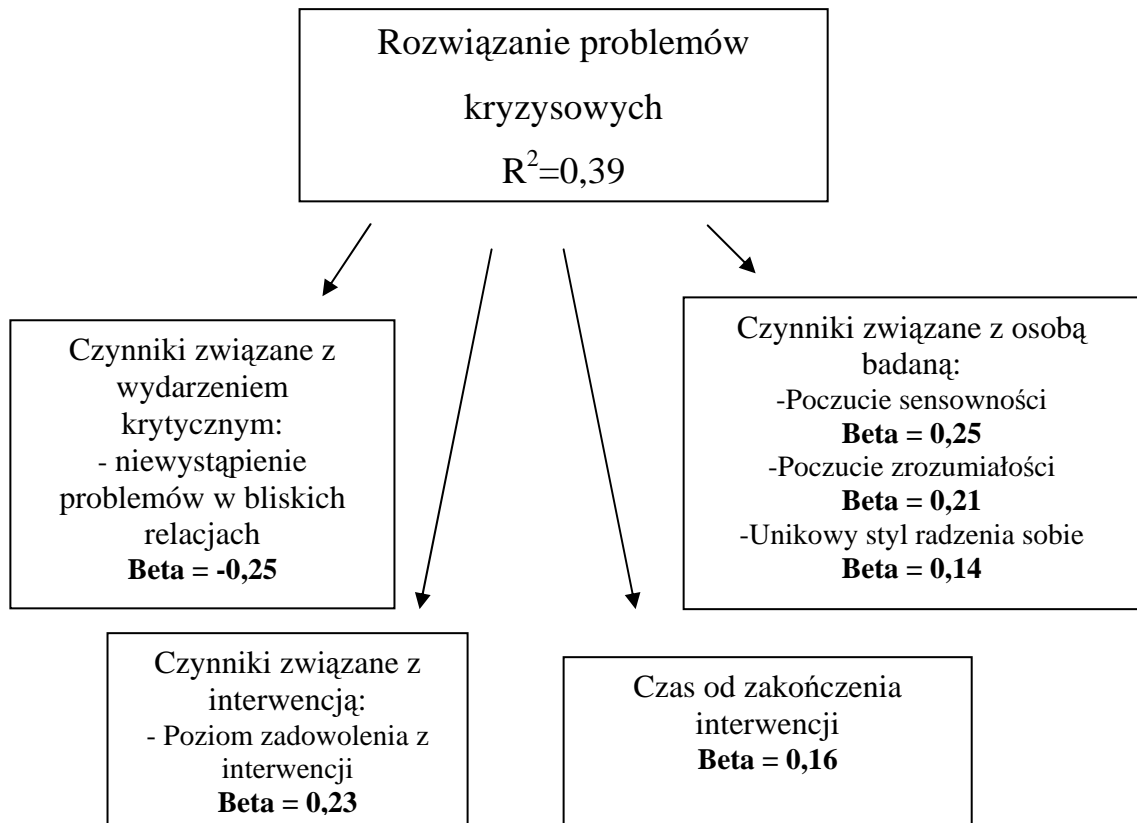
1. charakterystyka wydarzenia krytycznego: rodzaj zdarzenia krytycznego, czas od wydarzenia do interwencji, problemy kryzysowe (4 czynniki),
2. właściwości indywidualne osób korzystających z interwencji: style radzenia sobie, poczucie koherencji,
3. cechy interwencji: formy uzyskanej pomocy (4 czynniki), liczba kontaktów, poziom zadowolenia z interwencji,
4. czas od zakończenia interwencji.

Analiza regresji pozwoliła na zbadanie wielkości wpływu tych zmiennych niezależnych na rozwiązywanie problemów kryzysowych (zmienna zależna). Końcowy model wyjaśniał łącznie 36,80% wariancji zmiennej zależnej ( $R^2=0,39$ ;  $R^2_{sk.}=0,37$ ). Zmiennymi uzyskanymi w ostatnim kroku analizy okazały się: poczucie sensowności, problemy kryzysowe w bliskich relacjach (czynnik 3), poziom zadowolenia z interwencji, poczucie zrozumiałości, czas od zakończenia interwencji i unikowy styl radzenia sobie. Wpływ pozostałych zmiennych okazał się nieistotny.

Statystyki dla tych predyktorów przedstawia Tabela 51.

**Tabela 51. Statystyki dla predyktorów uzyskanych w końcowym równaniu regresji**

	B	Błąd st.	Współczynnik regresji Beta	t	p
Poczucie sensowności	0,02	0,01	<b>0,25</b>	3,23	0,00
Problemy kryzysowe (czynnik 3)	0,21	0,05	<b>-0,25</b>	4,19	<,001
Poziom zadowolenia z interwencji	0,04	0,01	<b>0,23</b>	3,90	<,001
Poczucie zrozumiałości	0,02	0,01	<b>0,21</b>	2,74	0,01
Czas od zakończenia interwencji	0,01	0,00	<b>0,16</b>	2,70	0,01
Unikowy styl radzenia sobie	0,01	0,01	<b>0,14</b>	2,34	0,02
(Stała)	0,29	0,38		0,77	0,44



Rysunek 17. Predyktory rozwiązania problemów kryzysowych

Porównując bezwzględne wartości współczynników Beta można uporządkować predyktory ze względu na wielkość ich wpływu na rozwiązywanie problemów kryzysowych. Stosunkowo najsilniejszym predyktorem dla przewidywania rozwiązywania problemów kryzysowych okazało się poczucie sensowności (Beta=0,25,  $t=3,23$ ,  $p=0,01$ ), a tuż za nim zadowolenie z interwencji (Beta=0,23,  $t=3,90$ ,  $p<0,001$ ) i poczucie zrozumiałości (Beta=0,21,  $t=2,74$ ,  $p=0,07$ ). Wynika z tego, że im większe: poczucie sensowności, poziom zadowolenia z interwencji i poczucie zrozumiałości, tym lepsze rozwiązywanie problemów kryzysowych. Problemy kryzysowe w bliskich relacjach (czynnik 3) są również silnym predyktorem (Beta= -0,25,  $t=4,19$ ,  $p<0,001$ ), ale z ujemnego znaku współczynnika Beta wynika zależność odwrotnie proporcjonalna: im rzadziej występują problemy w bliskich związkach, tym lepsze rozwiązywanie problemów kryzysowych.

Nieco słabszymi predyktorami okazały się: czas od zakończenia interwencji (Beta=0,16,  $t=2,70$ ,  $p=0,01$ ) i unikowy styl radzenia sobie (Beta=0,14,  $t=2,34$ ,  $p=0,02$ ). W ich przypadku zależność jest wprost proporcjonalna: im dłuższy czas upłynął od interwencji oraz im wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie, tym lepsze rozwiązywanie problemów kryzysowych.



## VIII. 8. Współzależności między predyktorami oceny radzenia sobie (zmienna zależna nr 2)

Podobnie jak w przypadku rozwiązania kryzysu podjęto próbę oceny mocy predykcyjnej modelu - rozpoznania predyktorów wyjaśniających jak największy procent drugiej zmiennej zależnej – oceny radzenia sobie. W tym celu po raz kolejny wykorzystano analizę regresji. Jako predyktory oceny radzenia sobie zostały użyte te same jak przy pierwszej analizie zmienne niezależne związane z: wydarzeniem krytycznym, z osobą badaną i z interwencją kryzysową. Uwzględniono następujące zmienne:

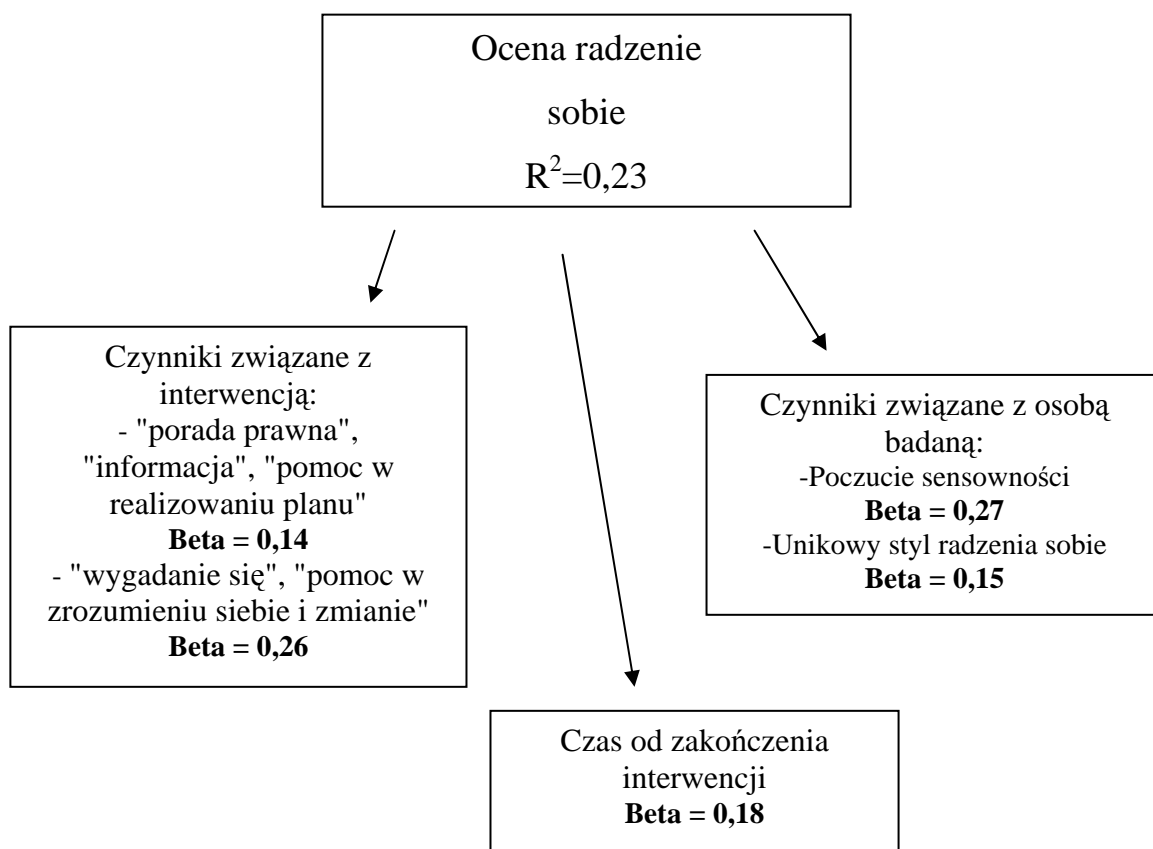
1. charakterystyka wydarzenia krytycznego: rodzaj zdarzenia krytycznego, czas od wydarzenia do interwencji, problemy kryzysowe (4 czynniki),
2. właściwości indywidualne osób korzystających z interwencji: style radzenia sobie, poczucie koherencji,
3. cechy interwencji: formy uzyskanej pomocy (4 czynniki), liczba kontaktów, poziom zadowolenia z interwencji,
4. czas od zakończenia interwencji.

Analiza regresji pozwoliła na zbadanie wielkość wpływu tych zmiennych niezależnych na ocenę radzenia sobie (zmienna zależna). Końcowy model wyjaśniał łącznie 20,60% wariacji zmiennej zależnej ( $R^2=0,23$ ;  $R^2_{sk.}=0,21$ ). Zmiennymi uzyskanymi w ostatnim kroku analizy okazały się: poczucie sensowności, rodzaj uzyskanej pomocy – czynnik 2, czas od zakończenia interwencji, unikowy styl radzenia sobie oraz rodzaj uzyskanej pomocy – czynnik 1. Wpływ pozostałych zmiennych okazał się nieistotny.

Statystyki dla zmiennych z ostatniego kroku analizy regresji prezentuje Tabela 52.

**Tabela 52. Statystyki dla predyktorów uzyskanych w końcowym równaniu regresji**

	B	Błąd st.	Współczynnik regresji Beta	t	p
Poczucie sensowności	0,03	0,01	<b>0,27</b>	4,06	<0,001
Rodzaj uzyskanej pomocy(czynnik2)	0,21	0,06	<b>0,26</b>	3,88	<0,001
Czas od zakończenia interwencji	0,01	0,00	<b>0,18</b>	2,74	0,01
Unikowy styl radzenia sobie	0,01	0,01	<b>0,15</b>	2,27	0,03
Rodzaj uzyskanej pomocy(czynnik1)	0,12	0,06	<b>0,14</b>	2,16	0,03
(Stała)	2,19	0,35		6,25	<0,001



Rysunek 18. Predyktory oceny radzenia sobie

Porównanie bezwzględnych wartości współczynników regresji Beta pozwala na uporządkowanie wyodrębnionych predyktorów pod względem ich wpływu na ocenę radzenia sobie. Stosunkowo najsilniejszymi predyktorami okazały się: poczucie sensowności (Beta=0,27,  $t=4,06$ ,  $p<0,001$ ) i uzyskana pomoc w postaci odreagowania i pomocy w zrozumieniu siebie i zmianie (łącznie) (Beta=0,26,  $t= -3,88$ ,  $p<0,001$ ). Nieco słabszy wpływ na ocenę radzenia sobie miały: czas od zakończenia interwencji (Beta=0,18,  $t=2,74$ ,  $p=0,01$ ), unikowy styl radzenia sobie (Beta=0,15,  $t=2,27$ ,  $p=0,03$ ) oraz porada prawna, uzyskanie informacji i pomoc w zrealizowaniu planu (łącznie) jako rodzaj uzyskanej pomocy (Beta=0,14,  $t=2,16$ ,  $p=0,03$ ). Zatem uzyskanie wymienionych form pomocy składającej się na interwencję, im silniejsze zasoby w postaci poczucia sensowności i unikowego stylu radzenia sobie oraz im dłuższy czas upłynął od interwencji, tym lepiej badani oceniali swoje radzenie po interwencji w porównaniu z radzeniem sobie podczas kryzysu.

## **VIII. 9. Podsumowanie wyników badań**

Wyniki analiz przeprowadzonych badań pozwoliły na sprawdzenie przyjętych hipotez badawczych.

### **VIII. 9. 1. Rozwiązywanie problemów kryzysowych i ocena radzenia sobie po interwencji kryzysowej**

(Dla przypomnienia - **HIPOTEZA I**: Osoby korzystające interwencji kryzysowej w dużym stopniu rozwiązują problemy kryzysowe, które skłoniły ich do poszukiwania profesjonalnej pomocy w Ośrodku Interwencji Kryzysowej i oceniają, że lepiej radzą sobie z sytuacjami stresowymi).

Osoby, które zgłosiły się do Ośrodka Interwencji Kryzysowej przeżywały kryzys wywołany przez różnego rodzaju wydarzenia krytyczne. W prezentowanych badaniach kryzys ten mógł zostać opisany poprzez 18 rodzajów problemów kryzysowych (przejawów kryzysu). Wśród badanych najczęściej pojawiły się problemy psychologiczne: pogorszone samopoczucie psychiczne, poczucie nieudolności i bezwartościowości, załamanie przekonań na temat siebie, utrata sensu życia i załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata. Drugą co do częstości występowania wśród badanych była grupa problemów w bliskich relacjach: pogorszenie relacji z bliską osobą, zagrożenie ze strony bliskiej osoby, pogorszenie stosunków w obrębie rodziny. Większość badanych (60%) wskazała także wystąpienie problemów zdrowotnych jako skutków wydarzenia krytycznego.

Problemy kryzysowe, z jakimi borykali się badani zostały w ich ocenie w większej części rozwiązane (średni stopień rozwiązania lokował się w pobliżu oceny „większa część problemu została rozwiązana”), przy czym najlepiej rozwiązane zostały występujące najczęściej problemy psychologiczne oraz problemy powodowane utratą wsparcia społecznego.

Badani uznali również, że po interwencji nastąpiło polepszenie w zakresie radzenia sobie z sytuacjami stresowymi w stosunku do czasu przeżywania kryzysu – wskazuje na to średni dla całej grupy wybór oceny „lepiej sobie radzę”. W okresie od 6 do 48 miesięcy po interwencji, mimo konfrontowania się z następnymi wydarzeniami stresującymi kolejny kryzys wystąpił tylko u 33 osób (17,28%). Dodatkowo 154 osoby (82,7%) zaobserwowały pozytywne zmiany we własnym funkcjonowaniu identyfikowane jako efekt przebytego kryzysu i interwencji.

Hipoteza o dużym stopniu rozwiązania problemów kryzysowych i subiektywnym polepszeniu radzenia sobie przez osoby po interwencji kryzysowej została w ten sposób potwierdzona.

### **VIII. 9. 2. Związki cech wydarzenia krytycznego z poziomem rozwiązania problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie**

(Dla przypomnienia - **HIPOTEZA II**: Stopień rozwiązania problemów kryzysowych przez osoby korzystające z interwencji kryzysowej i ich ocena radzenia sobie są związane z charakterystyką tych problemów, czasem dzielącym wydarzenie krytyczne od rozpoczęcia interwencji, rodzajem wydarzenia i nasileniem kryzysu).

Poziom rozwiązania tylko dwóch problemów, mianowicie przekonania o własnej bezwartościowości i utraty sensu życia okazał się być istotnie związany z rodzajem wydarzenia krytycznego. Z pierwszym problemem najlepiej poradziły sobie osoby po zdradzie/rozstaniu, wydarzeniu traumatycznym, a najgorzej osoby po próbie samobójczej. Problem utraty sensu życia również najlepiej rozwiązały osoby po zdradzie/rozstaniu, a następnie osoby, które utraciły osobę bliską i po wydarzeniu traumatycznym.

Ocena radzenia sobie po interwencji różnicowała istotnie osoby po różnych wydarzeniach krytycznych. Najlepiej oceniły radzenie sobie osoby po zdradzie/rozstaniu oraz osoby doznające przemocy ze strony innego członka rodziny lub partnera.

Z kolei wpływ czasu od wystąpienia wydarzenia krytycznego do rozpoczęcia interwencji był istotnie związany tylko z rozwiązaniem problemu załamania przekonań na temat innych ludzi i świata. Najlepiej poradziły sobie z nim osoby, które zgłosiły się do OIK w czasie pierwszego miesiąca po wydarzeniu krytycznym, a najgorzej ci, którzy zwlekali z poszukiwaniem pomocy ponad miesiąc od wydarzenia. Nie wykazano natomiast istotnego związku tej zmiennej z oceną radzenia sobie.

Nasilenie kryzysu okazało się istotnie związane tylko z rozwiązaniem problemu pogorszonego samopoczucia psychicznego – im wyższe subiektywnie odczuwane było nasilenie kryzysu, tym niżej oceniano stopień rozwiązania tego problemu - stwierdzono tu zatem istotną korelację ujemną. Nie wykazano natomiast współzależności nasilenia kryzysu i oceny radzenia sobie.

Wyniki przeprowadzonej analizy regresji pozwoliły na przyjęcie, że charakterystyka wydarzenia krytycznego (jego rodzaj, czas od wydarzenia do interwencji,

nasilenie kryzysu) w bardzo niewielkim zakresie były związane z rozwiązywaniem problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie. Z grupy zmiennych wydarzenia krytycznego tylko nie wystąpienie problemów w bliskich relacjach okazało się znaczącym predyktorem rozwiązywania kryzysu, zaś w przypadku oceny radzenia sobie wśród istotnych predyktorów nie znalazła się żadna zmienna z tej grupy. W ten sposób HIPOTEZA II została w bardzo niewielkim stopniu potwierdzona.

### **VIII. 9. 3. Związki stylów radzenia sobie i poczucia koherencji z rozwiązaniem problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie**

(HIPOTEZA III: Wyższy stopień rozwiązania problemów kryzysowych przez osoby korzystające z interwencji kryzysowej i wyższa ocena radzenia sobie są związane z ich silniejszym poczuciem koherencji i stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu).

Zarówno rozwiązanie problemów kryzysowych, jak i ocena radzenia sobie okazały się znacząco związane ze stylami radzenia i poczuciem koherencji. Rozwiązanie niektórych problemów i ocena radzenia sobie korelowały dodatnio z wyższymi wynikami w zakresie stylu zadaniowego, unikowego (poszukiwania kontaktów), a niższymi w zakresie stylu emocjonalnego. Podobnie obie zmienne zależne wykazały znaczący związek z poczuciem koherencji i jego składowymi, to jest poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności.

Wyniki analizy regresji doprowadziły także do wniosku, że aż trzy spośród sześciu istotnych predyktorów rozwiązania problemów kryzysowych należały do grupy zmiennych związanych z właściwościami indywidualnymi osoby badanej, a mianowicie: poczucie sensowności, zrozumiałości i unikowy styl radzenia sobie. I podobnie, poczucie sensowności i unikowy styl radzenia sobie wraz z innymi zmiennymi wyjaśniały część (20,6%) wariancji oceny radzenia sobie.

W ten sposób HIPOTEZA III została w pełni potwierdzona.

#### **VIII. 9. 4. Związki cech interwencji kryzysowej z rozwiązaniem problemów kryzysowych i oceną radzenia sobie**

(**HIPOTEZA IV:** Stopień rozwiązania problemów kryzysowych i ocena radzenia sobie mają związek z cechami interwencji kryzysowej i poziomem zadowolenia z uzyskanej w Ośrodku Interwencji Kryzysowej pomocy).

Rozwiązanie problemów kryzysowych korelowało istotnie dodatnio z dwoma formami uzyskanej w ramach interwencji pomocy: pomocą w zrozumieniu siebie i zmianie oraz odreagowaniem („wygadaniem się”). W przypadku oceny radzenia sobie istotne obok już wymienionych okazały się również: uzyskanie informacji i porady prawne. W ostatnim kroku analizy regresji dla oceny radzenia sobie istotnymi predyktorami okazały się właśnie odreagowanie („wygadanie się”), pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie, reprezentujące wsparcie emocjonalne i oddziaływanie psychoterapeutyczne oraz otrzymanie informacji, porada prawna, pomoc w realizowaniu planu, które reprezentują wsparcie informacyjne.

Liczba odbytych w toku interwencji spotkań okazała się zmienną istotną dla rozwiązywania problemów prawnourzędowych i problemów wynikłych z załamania się przekonań na temat siebie, natomiast nie stwierdzono istotności tej zmiennej dla oceny radzenia sobie.

Poziom zadowolenia z interwencji był istotnie związany z rozwiązaniem problemów: psychologicznych, w bliskich relacjach, zdrowotnych i braku miejsca zamieszkania. Poziom zadowolenia wiązał się istotnie z uzyskaniem interwencji w formie: uważnego wysłuchania, odreagowania, informacji, pomocy w zrozumieniu siebie i zmianie, i okazał się dodatnio skorelowany z liczbą spotkań. Ocena radzenia sobie również korelowała dodatnio z zadowoleniem z interwencji. Rezultat końcowy analizy regresji dla rozwiązania problemów kryzysowych pozwolił na uznanie zadowolenia za istotny predyktor dla tej zmiennej.

HIPOTEZA IV o istnieniu związku obu zmiennych zależnych z cechami interwencji kryzysowej została częściowo potwierdzona.

#### **VIII. 9. 5. Trwałość zmian obserwowanych po interwencji**

(**HIPOTEZA V:** Zmiany obserwowane po interwencji (stopień rozwiązania problemów kryzysowych, ocena radzenia sobie i poziom zadowolenia z interwencji) utrzymują się w czasie).

Badania prowadzono w okresie od 6 do 48 miesięcy po zakończeniu interwencji. Zakładano, że zauważone przez badanych zmiany po interwencji będą stabilne w czasie. Długość okresu od zakończenia interwencji okazała się istotnie dodatnio skorelowana z rozwiązaniem trzech problemów kryzysowych: zagrożenia ze strony pewnej osoby, pogorszenia samopoczucia psychicznego i załamania przekonań na temat siebie. W tych przypadkach rozwiązanie polepszało się w miarę upływu czasu. Wraz z czasem polepszała się także ocena radzenia z kolejnymi wydarzeniami stresującymi, gdyż kryzys po interwencji wystąpił tylko u 33 osób (17,28%) i w ocenie badanych miał mniejsze nasilenie.

Czas od zakończenia interwencji nie wpłynął istotnie ani na poziom zadowolenia z interwencji, ani na wystąpienie drugiego kryzysu. A zatem poziom zadowolenia nie zmieniał się w miarę upływu czasu. Wystąpienie drugiego kryzysu również nie było związane z czasem dzielącym interwencję od badania.

Obie przeprowadzone analizy regresji pozwoliły też na przyjęcie, że czas od zakończenia interwencji był istotnym predyktorem zarówno rozwiązania problemów kryzysowych, jak i oceny radzenia sobie. W ten sposób HIPOTEZA V potwierdziła się tylko częściowo.

## **IX. Dyskusja wyników**

Opisane w niniejszej pracy badania obejmują próbę analizy długoterminowych efektów interwencji kryzysowej u osób, które doświadczyły wydarzenia wywołującego kryzys. Przyjęto koncepcję opisu przejawów kryzysu w postaci kategoryzacji problemów, która miała umożliwić rozpoznanie niektórych wymienianych w literaturze rezultatów interwencji: rozwiązania kryzysu, umiejętności radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami w przyszłości, pozytywnej oceny otrzymanej pomocy. Wybrano perspektywę klientów jako sposób badania analizowanych zmiennych oraz odstęp czasowy (6-48 miesięcy) od zakończenia interwencji jako moment dogodny dla sprawdzenia jej długoterminowych rezultatów.

Weryfikacja hipotez badawczych umożliwiła refleksję nad rozwiązywaniem kryzysów i odniesienie się do prezentowanych w poprzednich częściach koncepcji teoretycznych i wyników badań nad interwencją.

### **IX. 1. Kryzys w percepcji osób badanych**

Osoby, które zgłosiły się do Ośrodka Interwencji przeżywały kryzys wywołany następującymi typami wydarzeń: utratą bliskiej osoby, przemocą ze strony partnera lub innego członka rodziny, zdradą lub rozstaniem z bliską osobą, wydarzeniem traumatycznym (wypadek komunikacyjny, gwałt, napaść, powódź, zabójstwo lub samobójstwo bliskiej osoby), a także po próbie samobójczej.

Badaniami objęto osoby, które pojawiły się w OIK w czasie 3 miesięcy po wydarzeniu krytycznym. Przyjęcie takiej – określonej – granicy czasowej jest nie bez znaczenia, bowiem uważa się, że czas, jaki upływa pomiędzy wydarzeniem a zainicjowaniem pomocy ma szczególne znaczenie dla skutecznego rozwiązania kryzysu (Rapoport, 1970; Jacobson, 1974; Slaikeu, 1990).

W badaniach własnych stwierdzono istotne statystycznie różnice w długości okresów upływających do rozpoczęcia interwencji wśród osób po różnych wydarzeniach krytycznych. I tak, najszybciej, bo w czasie 7 dni po zdarzeniu zjawiły się w OIK osoby: doznające przemocy ze strony innego (niż partner) członka rodziny, po wydarzeniu traumatycznym, próbie samobójczej i doznające przemocy ze strony partnera. Najpóźniej poszukiwały pomocy osoby, które od miesiąca do trzech wcześniej odkryły zdradę partnera lub przeżyły rozstanie oraz osoby osierocone przez bliską osobę. W świetle



cytowanych wcześniej badań (Auerbach i Kilmana, 1977; Butcher i Koss, 1990) należałoby oczekiwać, że ta ostatnia grupa osób będzie miała trudności w rozwiązaniu kryzysu.

Przyjęto, iż konsekwencją kryzysu mogło stać się 18 rodzajów problemów. Reakcją na wydarzenie u osób badanych było średnio 8, 8 problemów kryzysowych. Znaczna większość badanych osób (bo aż 83,9%) rozpoznała u siebie wystąpienie od 5 do 13 problemów kryzysowych, co potwierdza opisywaną w literaturze złożoną, wielopłaszczyznową naturę kryzysu.

Wśród tych problemów najczęściej pojawiały się problemy psychologiczne utożsamiane potocznie z samym kryzysem, chociaż skądinąd wiadomo, że przejawy kryzysu obejmują znacznie szersze spektrum zdarzeń (Echterling i in., 2005; Kubacka-Jasiecka, 1997; Slaikeu, 1990). Kolejne co do częstości pojawienia się w badanej grupie były przejawy kryzysu w postaci problemów w bliskich relacjach i problemów utraty wsparcia społecznego. Szczególnie istotne dla pokonywania kryzysu okazały się problemy w bliskich relacjach. Jak wykazała analiza regresji dla rozwiązywania problemów kryzysowych, jeśli ta kategoria nie wystąpiła, rokowało to lepszym rozwiązaniem kryzysu. I odwrotnie, kryzys staje się nie tylko szczególnie dotkliwy, ale i wzrasta trudność jego pokonania gdy wystąpią problemy w bliskich relacjach. Może to mieć miejsce, gdy wydarzenia krytyczne wiąże się wprost z pogorszeniem bliskiej relacji (na przykład przemoc domowa, zdrada/rozstanie) lub jego następstwem staje się rozluźnienie bliskiej więzi uczuciowej.

Godna uwagi jest stosunkowo duża frekwencja, obserwowanych przez badanych, problemów zdrowotnych jako przejawów kryzysu. Pogorszenie stanu zdrowia nie stanowiło w badanej grupie źródła kryzysu, ani też żadna z osób badanych nie doświadczyła w czasie wydarzenia krytycznego urazów fizycznych wymagających interwencji lekarskiej. Należałoby zatem skargi zdrowotne w czasie kryzysu wiązać z przeżywanym dystresem i jego odzwierciedleniem w sferze somatycznej. Z badań prezentowanych w pracy wiadomo, że wystąpienie problemów zdrowotnych wzrastało wraz z wiekiem osoby badanej (por. Aneks), co wiąże się z postępującym w miarę upływu czasu osłabieniem biologicznym organizmu w obliczu stresu. Na problemy ze zdrowiem częściej skarżyły się też kobiety (por. Aneks).

Pojawienie się określonych przejawów kryzysu (problemów kryzysowych) wiązało się z rodzajem wydarzenia krytycznego. Na przykład osoby po utracie bliskiego częściej niż osoby po innych wydarzeniach krytycznych relacjonowały obecność właśnie

problemów zdrowotnych, pogorszenia relacji z przyjaciółmi i dalszym otoczeniem oraz utratę sensu życia, w czym potwierdził się znany z literatury od pionierskich prac Lindemanna (1944) wzorzec reakcji żałoby. Z kolei osoby doznające przemocy ze strony partnera równie często jak osoby osierocone skarżyły się na wystąpienie dolegliwości zdrowotnych, co w ich przypadku mogło być wyrazem nagromadzenia chronicznego stresu. Doświadczenie przemocy wiązało się także z częstszym niż po innych wydarzeniach przeżywaniem problemów finansowych i oczywistym w tej sytuacji poczuciem zagrożenia. Osoby zdradzone lub przeżywające rozstanie z bliską osobą podobnie jak osoby osierocone często doznawały problemów zdrowotnych i utraty sensu życia, będących najprawdopodobniej wyrazem przeżywanej utraty bliskiej więzi.

Czas pomiędzy wydarzeniem krytycznym a rozpoczęciem interwencji miał znaczenie tylko dla wystąpienia problemu utraty sensu życia – częściej pojawiał się u osób, które przybyły do OIK ponad miesiąc po wydarzeniu. Ten długi czas oznaczał duże nasilenie kryzysu i nawarstwienie problemów kryzysowych, które prowadziło do poczucia bezsensu i beznadziejności. Wynik ten przemawia za postulowanym w literaturze szybkim dostarczaniem pomocy ludziom w kryzysach, tak by nie dochodziło u nich do utraty sensu działania.

Subiektywne nasilenie kryzysu niemal wszyscy (ponad 94%) badani ocenili jako „bardzo duże” i „duże” mimo dystansu czasowego, z jakiego dokonywali tej oceny. Przeżycie kryzysu stanowi zatem znaczący, przez swoją uciążliwość, okres w życiu, co również pośrednio potwierdza znany z literatury pogląd. Ocena nasilenia kryzysu wiązała się szczególnie z wystąpieniem przejawów: utraty sensu życia, załamania przekonań na temat ludzi i świata, problemów zdrowotnych, zagrożenia ze strony pewnej osoby, poczucia bezwartościowości i pogorszenia samopoczucia psychicznego. Każdy z tych przejawów wiązał się z oceną kryzysu jako bardziej nasilonego.

Badanie wsparcia otrzymanego w czasie kryzysu ze strony otoczenia wykazało, że większość badanych (81,2%) mogła liczyć na inne osoby („niektórzy mi pomagali”, „wszyscy mi pomagali”). Niepokojąca jest jednak pozostała grupa badanych (18,9%), którzy nie dostrzegli lub nie otrzymali wsparcia ze strony innych. Ci badani oszacowali nasilenie przeżywanego kryzysu istotnie wyżej od tych, którzy uznali, że otrzymali wsparcie. W ten sposób po raz kolejny potwierdzona została znacząca rola spostrzeganego wsparcia społecznego w kryzysie (Caplan, 1984; Caplan i Grunebaum, 1967; Ewing, 1978; Kubacka-Jasiecka, 2004; Parad, 1971; Sęk, 1993, 2004).

## **IX. 2. Rozwiązanie problemów kryzysowych po interwencji kryzysowej**

Średnia ocena stopnia rozwiązania problemów będących przejawami kryzysu dokonywana przez samych badanych na skali pięciostopniowej wyniosła **3, 7**, a więc umiejscowiła się pomiędzy ocenami: „rozwiązanie problemu w połowie” a rozwiązaniem „większej części problemu”, przy czym bliżej tego ostatniego. Trzynastcie z osiemnastu możliwych problemów kryzysowych najczęściej otrzymało maksymalną ocenę rozwiązania oznaczającą całkowite rozwiązanie problemu (por. Aneks).

Ze względu na zróżnicowanie odległości czasowej od zakończenia interwencji (6 – 48 miesięcy) oczekiwano oceny wskazującej na nieco wyższy stopień rozwiązania kryzysu w przypadku osób, u których odstęp czasowy od interwencji był większy. Rozwiązanie kryzysu uznawane jest bowiem za jeden z celów długoterminowych interwencji (Aguilera, 1994 i 1998; Auerbach i Kilman, 1977; Echterling in. , 2005; Jacobson, 1974; Kubacka-Jasiecka, 2004; Malan, 1976; Slaikeu, 1990). Wynik otrzymany w niniejszych badaniach wydaje się potwierdzać wyniki badań cytowane przez Auerbacha i Kilmana (1977), France’a (1996) i McGee, (1980) wskazujące, że w czasie kilku tygodni – czasie przypisywanym trwaniu kryzysu – dochodzi jedynie do zapoczątkowania procesu rozwiązywania problemów kryzysowych. Dalsze ich rozwiązywanie trwa wiele miesięcy po wydarzeniu krytycznym, a zakończenie tego procesu w niektórych przypadkach rozciąga się według opinii badanych na czas dłuższy niż 48 miesięcy. W tym okresie badani skłonni są spostrzegać, że choć większa część problemu została rozwiązana, to nie nastąpiło jeszcze zakończenie tego procesu. Potwierdza się zatem uzasadnione wynikami wielu badań stanowisko Silver i Wortman (1984) o stosunkowo często rozciągniętym na lata pokonywaniu kryzysu.

Spośród problemów kryzysowych najlepiej zostały rozwiązane: problemy psychologiczne (najwięcej ocen rozwiązań „5” i „4”- por. Aneks) i utraty wsparcia społecznego. Uporanie się z problemami psychologicznymi dotyczącymi między innymi: pogorszenia samopoczucia, utraty sensu życia, poczucia bezwartościowości, przypuszczalnie rokuje lepszym poradzeniem sobie z pozostałymi problemami. Szczególnie ważne wydaje się umiejscowienie wśród trójki najlepiej rozwiązanych problemu utraty sensu życia.

Podobnie optymistyczny wydźwięk ma rozwiązanie problemów utraty wsparcia społecznego, czyli spostrzeżenie odzyskania lub uzyskania na nowo wsparcia ze strony innych ludzi. Z drugiej jednak strony niepokojący staje się fakt umiejscowienia przez

badanych wśród najslabiej rozwiązanych problemów szczegółowych dolegliwości zdrowotnych i załamania się przekonań na temat innych ludzi. Można zatem sądzić, że oba te problemy występujące tak często w badanej grupie są długotrwałym skutkiem przeżywanego kryzysu.

Stosunkowo najgorzej (w porównaniu do problemów psychologicznych istotna statystycznie różnica), zdaniem badanych, zostały rozwiązane problemy fizyczne: finansowe, prawno-urzędowe, zagrożenia ze strony pewnej osoby, bytowe, wymagające prawdopodobnie więcej czasu, często długotrwałej mobilizacji i pokonywania wielu drobniejszych trudności.

Z czynników związanych z wydarzeniem krytycznym tylko brak problemów w bliskich relacjach, okazał się istotnym predyktorem dla rozwiązywania kryzysu. Wykryto zaledwie pojedyncze związki między rozwiązaniem kryzysu a innymi zmiennymi wydarzenia krytycznego: jego rodzajem, czasem od wydarzenia do interwencji i nasileniem kryzysu. Okazało się, że zmiana przekonania o własnej bezwartościowości i odzyskanie poczucia sensu życia wiązała się z rodzajem wydarzenia, które wywołało kryzys. Oba najlepiej rozwiązały osoby: zdradzone i po rozstaniu oraz po wydarzeniu traumatycznym, a najgorzej osoby, które korzystały z pomocy po podjęciu próby samobójczej. W przypadku osób zdradzonych i po rozstaniu tak skuteczne odzyskanie poczucia sensu życia wzbudza podziw, gdyż właśnie wśród nich problem ten występował najczęściej.

Osoby po utracie również bardzo skutecznie radzą sobie z problemem przywracania sensu życia, ale dużo gorzej niż osoby po innych wydarzeniach odzyskują poczucie własnej wartości. Ta zastanawiająca obserwacja wymaga ostrożnej interpretacji ze względu na małą liczebność grupy osób po utracie (16 osób), chociaż przywrócenie sensu życia można łączyć z, tak ważnym dla pozytywnego wyjścia z kryzysu, procesem nadawania znaczenia wydarzeniu krytycznemu.

Pokonanie problemu załamania przekonań na temat innych ludzi i świata okazało się istotnie związane z rozpoczęciem interwencji między ósmym a trzydziestym dniem po wydarzeniu krytycznym. Ani szybciej rozpoczęta interwencja, ani interwencja po miesiącu od wydarzenia, nie okazały się tak skuteczne dla lepszego rozwiązania tego problemu.

W przypadku rozwiązywania innych problemów, czas rozpoczęcia interwencji nie okazał się istotny, choć można było oczekiwać gorszego pokonywania kryzysu przez osoby po zdradzie/rozstaniu lub utracie ze względu na to, że najpóźniej zgłosiły się po pomoc (1 – 3 miesiące po wydarzeniu). Okazało się nawet, że te właśnie grupy badanych

najlepiej rozwiązały problemy utraty sensu życia. Prawdopodobnie większą rolę niż czas rozpoczęcia interwencji odegrały w ich przypadku osobowościowe zasoby radzenia sobie (osoby po zdradzie/rozstaniu najczęściej legitymowały się wyższym wykształceniem niż osoby z pozostałych grup po innych wydarzeniach krytycznych).

Z kolei poprawa pogorszonego samopoczucia - najczęściej występującego przejawu kryzysu - była związana z oceną o słabszym nasileniu kryzysu.

### **IX. 3. Znaczenie stylów radzenia sobie dla rozwiązywania kryzysu**

Dokonane analizy pozwoliły stwierdzić istotne związki rozwiązywania kryzysu z czynnikami osobowościowymi, to jest stylami radzenia sobie i poczuciem koherencji.

Style radzenia sobie okazały się istotnie związane z rozwiązywaniem kryzysu, co jest potwierdzeniem licznych doniesień w literaturze dotyczących radzenia sobie ze stresem (Heszen-Niejodek, 2000; Makowska i Poprawa, 2001). W badaniach własnych wszystkie, oprócz stylu „angażowanie w czynności zastępcze” należące do stylu unikowego, korelowały z rozwiązaniem pewnej grupy problemów kryzysowych. I tak, problemy psychologiczne i problem pogorszenia bliskiej relacji (Pr.L) zostały lepiej rozwiązane przez osoby z wysokimi wynikami w zakresie stylu zadaniowego i unikowego (poszukiwanie kontaktów) oraz niskimi w zakresie stylu emocjonalnego. Wyższy stopień rozwiązania problemów zdrowotnych był związany z wyższymi wynikami w zakresie stylu unikowego (poszukiwania kontaktów) i niskimi w zakresie stylu emocjonalnego. Natomiast gorsze rozwiązanie problemów finansowych było związane z wysokimi wynikami stylu emocjonalnego, a polepszenie relacji z dalszym otoczeniem – znacząco dodatnio korelowało z wyższymi wynikami stylu zadaniowego. Korzystniejsze zatem dla rozwiązywania kryzysu okazywały się wyższe wyniki w zakresie stylów zadaniowego i unikowego, w tym poszukiwania kontaktów, natomiast niekorzystne – wyższe wyniki w zakresie stylu emocjonalnego.

Pozytywna rola strategii zadaniowych nastawionych na aktywne poszukiwanie informacji i rozwiązywanie problemu została potwierdzona w wielu badaniach dotyczących stresu. Kilka badań dotyczy radzenia sobie z wydarzeniami krytycznymi i traumatycznymi. Sęk i Pasikowski (2001) stwierdzili najlepsze wskaźniki zdrowia u studentów stosujących w obliczu wydarzeń życiowych strategię aktywne poznawczo i behawioralnie (nastawione na poznanie sytuacji i rozwiązanie problemów), a rzadko unikowe (nastawione na poprawę samopoczucia). Łuszczynska (2004) w badaniach stresu

pourazowego u osób, które doznały przemocy seksualnej stwierdziła, że styl skoncentrowany na zadaniu (silna tendencja do skupiania się na trudnej sytuacji, podejmowanie prób poznawczej obróbki, zrozumienia sytuacji, ustalania hierarchii ważności) wiąże się z mniejszą liczbą skarg somatycznych, negatywnych emocji i symptomów psychopatologicznych. Zależność ta nabiera jeszcze większego znaczenia, gdy osoba badana uzyskała wysoki poziom poczucia sensowności (poczucie koherencji).

Styl zadaniowy jest również silnym predyktorem pozytywnego bilansu emocjonalnego (Klonowicz i Cieślak, 2004). Udział tego stylu w nasileniu zaburzeń stresu potraumatycznego (PTSD) nie jest jednoznaczny: część badań wskazuje dodatnią korelację (Solomon za: Strelau, Zawadzki i in., 2004), inne – na brak związku (Dudek, 2003).

Nieadaptacyjny charakter stylu skoncentrowanego na emocjach potwierdzony w prezentowanych badaniach jest zbieżny z doniesieniami w literaturze dotyczącej radzenia sobie z kryzysem. Styl emocjonalny wiąże się z gorszym funkcjonowaniem psychicznym (Łuszczynska, 2004), ujemnym bilansem emocjonalnym (Klonowicz i Cieślak, 2004) i większym nasileniem objawów PTSD (Dobrzyńska-Mesterhazy, 2001; Dudek, 2003; Strelau i Zawadzki i in., 2004).

W badaniach własnych styl skoncentrowany na unikaniu najczęściej pozytywnie korelował ze stopniem rozwiązania kryzysu. Analiza regresji wykazała, że jest on istotnym predyktorem obu zmiennych zależnych: rozwiązywania kryzysu i oceny radzenia sobie. Wynik ten również znajduje potwierdzenie w badaniach innych autorów. Heszen-Niejodek (2004) cytuje badania wskazujące, że ludzie w sytuacjach kontrolowalności źródła stresu stosują raczej strategie konfrontacyjne, a więc poszukują informacji, przetwarzają je i wykorzystują do przekształcania sytuacji i opanowania źródła stresu, natomiast gdy nie mają wpływu na źródło stresu (sytuacja niekontrolowana) stosują strategie unikające informacji, co zabezpiecza przed przeżywaniem lęku i negatywnych emocji. Autorka w badaniach nad radzeniem sobie z chorobą (2004) uzyskała wyniki potwierdzające skuteczność strategii unikania informacji w sytuacji niekontrolowalnego stresu. Unikanie powstrzymywało od poszukiwania informacji i tym samym pobudzało do stosowania mechanizmów obronnych i wzrostu nadziei. Podobnie studenci prezentujący większą skłonność do stosowania stylu unikowego w sytuacji stresu egzaminacyjnego ujawniali lepszy stan emocjonalny i korzystniejszą samoocenę. Poszukiwanie informacji okazało się zatem bardziej adaptacyjne tylko w warunkach kontrolowalnych.

Podobne rezultaty uzyskali Klonowicz i Cieślak (2004), stwierdzający, że w obliczu zagrażającego zdarzenia styl unikowy był predyktorem zarówno pozytywnego

bilansu emocjonalnego, jak i zadowolenia z życia, jednak w sytuacji braku zagrożenia styl unikowy okazał się nieefektywny, a nawet szkodliwy. Natomiast Łuszczynska (2004) nie stwierdziła związku stylu unikowego ze wskaźnikami zdrowia.

W niniejszych badaniach istotne związki dotyczyły tylko stylu poszukiwanie kontaktów - składnika stylu unikowego. Drugi ze składników stylu unikowego – angażowanie w czynności zastępcze nie miał znaczenia ani dla rozwiązania kryzysu, ani dla oceny radzenia sobie po interwencji. Poszukiwanie kontaktów uznaje się za przystosowawczy i skuteczny styl radzenia sobie z wydarzeniami krytycznymi: wpływa korzystnie na częstotliwość pewnych dolegliwości somatycznych (Łuszczynska, 2004) i zapobiega rozwojowi PTSD (Dobrzyńska-Mesterhazy, 2001; Dudek, 2003). Z badań własnych wynika również, że poszukiwanie kontaktów sprzyja rozwiązywaniu problemów psychologicznych kryzysu i problemów zdrowotnych, pojawiających się jako jego skutek. Wsparcie ze strony innych w połączeniu pomogło w: poprawie samopoczucia psychicznego, pokonaniu poczucia nieudolności i bezwartościowości, pomaga także przywrócić sens życia i odbudować przekonania na temat siebie i innych ludzi. Poszukiwanie kontaktów wpływa również na dostrzeżenie pozytywnej zmiany w radzeniu sobie ze stresującymi sytuacjami po interwencji (ocena radzenia sobie). Potwierdza się zatem adaptacyjny charakter tego stylu dla radzenia sobie z wydarzeniami krytycznymi.

Kryzys jest okresem wyczerpania skutecznych strategii radzenia sobie i być może w takiej sytuacji bardziej skuteczne jest radzenie sobie z przeżyciami poprzez poszukiwanie wsparcia ze strony innych osób oraz unikanie konfrontacji ze skutkami wydarzenia. Oznaczałoby to, że przeżycia kryzysu mogą być tak dotkliwe, że ludzie skłonni są raczej ich unikać niż konfrontować się z nimi, co potwierdzałyby przypuszczenia Heszen-Niejodek (2004) o regulacyjnym wpływie emocji na radzenie sobie.

#### **IX. 4. Poziom poczucia koherencji a radzenie sobie z kryzysem**

Stwierdzono wszechstronne znaczenie poziomu poczucia koherencji dla procesu radzenia sobie ze stresem i dobrego przystosowania psychospołecznego (Antonovsky, 1995; Dolińska-Zygmunt, 2001; Pasikowski, 2000; Sęk, 2005; Sęk i Ścigała, 2000; Zwoliński, 2000). Uważa się, że poczucie koherencji uczestniczy w procesie oceny pierwotnej, „kwalifikującej” napływające do człowieka bodźce jako obojętne, pozytywne lub stresujące, a gdy okażą się stresujące sprawia, że spostrzegane są w kategoriach

wyzwania. Wpływa też na sposób radzenia sobie ze stresem poprzez aktywizację zasobów i gospodarowanie nimi, choć zależność ta nie jest jeszcze dokładnie zbadana (Pasikowski, 2001b; Sęk i Pasikowski, 2001). Z badań Pasikowskiego (2000) wynika, że wysoki poziom poczucia koherencji zwiększa prawdopodobieństwo stosowania aktywno-behawioralnych strategii radzenia sobie z wydarzeniami krytycznymi i zmniejsza prawdopodobieństwo wyboru strategii unikowych, uczestniczy również w procesach aktywizacji zasobów, ale nie wiąże się bezpośrednio ze strategiami radzenia sobie (Pasikowski, 2000; Sęk i Pasikowski, 2001). W badaniach Sęk i Pasikowskiego (2001) osoby z silnym poczuciem koherencji rzadko stosowały strategie unikowe i prezentowały wysokie subiektywne poczucie zdrowia oraz niski poziom depresji i lęku.

Wraz ze wzrostem poczucia koherencji maleje poziom objawów PTSD (Dobrzyńska-Mesterhazy, 2001; Strelau, Zawadzki i in., 2004), przy czym najsilniejsze ochronne znaczenie mają składowe: poczucie zrozumiałości i zaradności (Dudek i Koniarek, 2004). Z kolei poczucie sensowności w największym, spośród 3 składowych stopniu, wyznacza funkcjonowanie człowieka w sytuacji stresowej (Antonovsky, 1995; Pasikowski, 2000). Pasikowski w badaniach nad krytycznymi wydarzeniami życiowymi uzyskał rezultaty wskazujące, że poczucie sensowności było najbardziej istotną determinantą jakości życia i wykazywało najsilniejszą zależność z zasobami i strategiami rozwiązywania problemu. Inne badania nie potwierdziły tego rezultatu (Łuszczynska, 2004; Dudek i Koniarek, 2004).

W prezentowanych badaniach średni poziom poczucia koherencji wyniósł **126,57** (SD=25,86). W Polsce dotychczas niedostępne są normy dla tej zmiennej, ale można porównać otrzymane wyniki ze średnimi uzyskanymi w innych badaniach. I tak, średnia z badań własnych okazała się nieco niższa od średnich z innych badań: 132,4 - dla 870 osób różnej płci, wieku i wykształcenia (Pasikowski, 2000), 143,9 – dla strażaków i 142,9 – dla policjantów (Dudek, 2003). Porównywalne natomiast wyniki uzyskali Koniarek, Dudek i Makowska (1993) w badaniach ponad tysiąca pielęgniarek, gdzie średni poziom poczucia koherencji wyniósł 124,6.

Poczucie koherencji i jego składowe korelowały dodatnio z obiema zmiennymi zależnymi: rozwiązaniem kryzysu i oceną radzenia sobie po interwencji. Okazało się, że wyższe poczucie koherencji sprzyjało lepszemu rozwiązaniu problemów: psychologicznych, w bliskich relacjach i utraty wsparcia społecznego i problemów finansowych. Nie miało natomiast istotnego wpływu na rozwiązanie problemów fizycznych kryzysu: braku miejsca zamieszkania, zagrożenia ze strony pewnej osoby,



braku żywności i problemów prawno-urzędowych. Wyjaśnienie tego faktu wymagałoby zapewne uwzględnienia wpływu trudnych do zidentyfikowania czynników.

Szczególne znaczenia dla rozwiązania kryzysu nabrały, jak wynikało z analizy regresji, dwie składowe ogólnego poczucia koherencji: poczucie sensowności i zrozumiałości. Osoby spostrzegające napływające bodźce jako uporządkowane, ustrukturalizowane, przewidywalne (poczucie zrozumiałości) oraz znajdujące wyjaśnienie i sens wydarzeń (poczucie sensowności) miały większą szansę na lepsze rozwiązanie kryzysu. Poczucie zrozumiałości wiązało się ze zdrowiem w aspekcie psychicznym i fizycznym, w tym z przystosowaniem po wydarzeniu traumatycznym (Łuszczynska, 2004). Dla rozwiązania kryzysu jako kluczowe okazały się aspekty poznawcze i motywacyjno-emocjonalne jego percepcji przez osobę badaną.

## **IX. 5. Interwencja kryzysowa w odbiorze badanych**

Interwencja stosowana w Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Krakowie w stosunku do osób w kryzysie jest oddziaływaniem psychologicznym obejmującym maksymalnie 15 spotkań lub więcej, ale wówczas w czasie najwyżej 3 miesięcy. W badanej grupie ponad połowa osób (55,5%) uczestniczyła w jednym, dwóch albo trzech spotkaniach, co oznacza, że przerwały uzgodniony na więcej spotkań kontrakt. Taka fluktuacja osób korzystających z pomocy w kryzysie jest znana z literatury (Butcher i Koss, 1990; Butcher, Stelmachers i Maudal., 1983). Baronet i Gerber (1997) opisując klientów działającego podobnie do krakowskiego centrum interwencji kryzysowej przytaczają informację, że 86% klientów odbywa od 1 do 4 spotkań, a w Ośrodku wiedeńskim (Sonneck, Till i Strauss, 1978) 25% klientów przychodzi po pomoc tylko jeden raz.

Z badań nad psychoterapią (Wierzbicki i Pekarik, za: Rakowska, 2005) wiadomo, że 50% klientów przerywa kontakt bez uzgodnienia z terapeutą po odbyciu przeciętnie sześciu do dwunastu sesji. Część z tych osób uzyskuje poprawę, którą uznaje za satysfakcjonującą, a część - nie kontynuuje terapii z innych powodów, między innymi niezadowolenia z postępów terapii lub negatywnego stosunku do terapeuty.

Przytaczane dane dotyczą psychoterapii, ale w przypadku interwencji kryzysowej przyczyny przerywania kontaktu mogą być odmienne i wiązać się ściśle z jej cechami. Dostępność interwencji, brak konieczności skierowania, darmowość, brak wstępnej kwalifikacji i listy oczekujących sprawiają, że poziom motywacji do skorzystania z pomocy może być niższy niż w przypadku psychoterapii. Dodatkowo dynamika przeżyć w

kryzysie, dezorganizacja funkcjonowania związana z wyczerpywaniem radzenia sobie, nierealistyczne oczekiwania wobec pomocy wpływają na płynność klientów kryzysowych. Z drugiej strony mimo niewielkiej liczby spotkań badani deklarują uzyskanie korzyści (rozwiązanie kryzysu, poprawa radzenia sobie), co rodzi pytanie o trafność wyznaczania a priori liczby spotkań, czyli w istocie pojawia się kwestia adekwatnego rozpoznawania aktualnych potrzeb klienta i stawiania dostosowanych do tej diagnozy celów interwencji.

Osoby badane uznały, że w trakcie interwencji najczęściej uzyskały pomoc w formie: uważnego wysłuchania (97,38%), odreagowania (89,01%), wspomaganie zrozumienia siebie i zmiany (67,02%), informacji (57,07%), towarzyszenia w realizowaniu ustalonego planu działania (35,60%), porady prawnej (30,37%). Zwraca uwagę duża częstotliwość występowania pomocy w zrozumieniu siebie i zmianie, a więc oddziaływania psychoterapeutycznego jako składnika procesu interwencji. Badani manifestowali w ten sposób przekonanie o konieczności koncentracji na zmianie intrapsychicznej w obliczu zdarzenia krytycznego, a nie tylko biernie oczekiwali na zmianę sytuacji zewnętrznej, choć otrzymanie informacji, porada prawna, pomoc w realizowaniu planu były również pożądane i zostały dostarczone w ramach interwencji.

Okazało się ponadto, że właśnie takie stymulowanie do zrozumienia siebie i zmiany, korelowało z rozwiązaniem największej liczby problemów kryzysowych. Jeśli badani ocenili, że interwencja obejmowała pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie, to lepiej rozwiązywali problemy psychologiczne, problemy fizyczne i problemy zdrowotne. Interesujący wydaje się związek rozwiązania problemów fizycznych: finansowych, braku miejsca zamieszkania i zagrożenia ze strony pewnej osoby z opisywanym składnikiem interwencji. Okazało się, że dla rozwiązania tak konkretnych problemów także ta forma pomocy wydała się potrzebna, a stymulowanie do zmiany przywraca poczucie kontroli i zdolność do działania.

Być może pomoc w uzyskaniu podstawowego wglądu we własne przeżycia i ich łączność z sytuacją kryzysową oraz stymulowanie do zmiany przywraca poczucie kontroli i zdolność do działania.

W przeprowadzonych analizach liczba spotkań nie okazała się istotna dla rozwiązania większości problemów kryzysowych, co mogłoby być przesłanką do potwierdzenia hipotezy o skuteczności nawet niewielkiej liczby spotkań interwencyjnych i niecelowości uzgadniania planu dłużej trwającej interwencji w każdym przypadku.

Jednocześnie z innej analizy wyniknęła dodatnia korelacja liczby spotkań ze składnikami interwencji, a zatem im więcej badany odbył spotkań interwencyjnych, tym

bardziej złożona (wieloskładnikowa) była interwencja. Wydaje się zatem, że istotna dla badanych była nie tyle liczba spotkań, ale te składniki interwencji, które nie były związane z liczbą spotkań, a więc takie, które uzyskiwali zarówno na pierwszym, jak i kolejnych spotkaniach. Tu przede wszystkim może chodzić o „ważne wysłuchanie”, które osoby badane wskazały jako najczęściej zastosowany składnik interwencji, a które nie korelowało z liczbą spotkań. Badani uznali zatem, że zostali uważnie wysłuchani bez względu na to, czy interwencja objęła tylko jedno, dwa spotkania, czy na przykład ponad dziesięć.

Ani liczba spotkań interwencyjnych, ani formy uzyskanej w czasie interwencji pomocy nie okazały się istotnymi predyktorami rozwiązania kryzysu. Istotnym czynnikiem wpływającym na rozwiązanie było zadowolenie z interwencji.

## **IX. 6. Zadowolenie z interwencji.**

Średni poziom zadowolenia z interwencji ujawniony przez osoby badane wyniósł **25,52** (SD=5,35), co lokuje go w górnej strefie średniego zadowolenia wg norm amerykańskich opracowanych również na podstawie Kwestionariusza CSQ-8 użytego w badaniach własnych (Attkisson i Greenfield, 1999). Wynik ten jest niższy niż inne znane z literatury dotyczące badań prowadzonych tym kwestionariuszem nad zadowoleniem w różnych grupach: pacjentów psychiatrycznych i osób uzależnionych – 27,6 (Ligon i Thyer, 2000), pacjentów psychiatrycznych – 27,23 (Attkisson i Greenfield, 1999), klientów ośrodka interwencji kryzysowej – 27,09 (Baronet i Gerber, 1997), klientów ośrodka interwencji kryzysowej będących ofiarami wydarzeń traumatycznych (przestępstw) – 27,2 (Piątek, 2005). Tylko ostatni z cytowanych wyników pochodzi z polskich badań, ale i ten był wyższy niż otrzymany w niniejszych badaniach. Trudno interpretować tę różnicę przy tak małej skali porównawczej dla warunków polskich i tak wielu potencjalnych czynnikach wpływających na ocenę zadowolenia.

Analiza regresji pozwala na przyjęcie, że zadowolenie z interwencji jest istotnym predyktorem rozwiązania kryzysu. Lepsze rozwiązanie problemów psychologicznych, problemów w bliskich relacjach, problemów zdrowotnych oraz zerwania relacji z bliską osobą było związane z większym zadowoleniem z interwencji. Poziom zadowolenia był dodatkowo skorelowany z uzyskaniem następujących form interwencji: pomocy w zrozumieniu siebie i zmianie (korelacja znacząca), odreagowania, pomocy w realizowaniu planu działania, uważnego wysłuchania i informacji. Był także współzależny z liczbą

spotkań interwencyjnych. Ta ostatnia zależność może wyjaśniać niższy w porównaniu do wyników innych badań poziom zadowolenia w badanej grupie, gdyż ponad połowa osób badanych odbyła co najwyżej trzy spotkania, a więc stosunkowo małą ich liczbę.

Pośrednio o zadowoleniu z interwencji świadczy również analiza jakościowa czynników wskazanych przez badanych jako pomocne w rozwiązaniu kryzysu. W ocenie 68% badanych najbardziej sprzyjającym czynnikiem była pomoc ze strony OIK.

## **IX. 7. Poprawa oceny radzenia sobie po interwencji**

Wskaźnikami zmiany w radzeniu sobie z wydarzeniami stresującymi po interwencji w badaniach własnych były: ocena radzenia sobie z wydarzeniami stresującymi po interwencji dokonywana przez badanych, zmiany zaobserwowane w tym zakresie oraz wystąpienie kryzysu po interwencji.

Osoby badane oceniły, że lepiej radzą sobie z wydarzeniami stresującymi w stosunku do okresu, w którym przeżywały kryzys. Korzystną zmianę w radzeniu sobie ujawniło 80,7% badanych, pozostałe 14,1% nie dostrzegło zmiany lub stwierdziło, że radzi sobie gorzej (4,7%) i dużo gorzej (0,5%). Na wystąpienie tak wysokiego procentu osób stwierdzających istnienie zmiany wpłynęły przede wszystkim czynniki związane z właściwościami osobowościowymi oraz zmienne związane z interwencją.

I tak, osoby badane były skłonne oceniać, że lepiej sobie radzą po interwencji, im bardziej przeważały u nich style radzenia sobie zadaniowy lub unikowy, w tym poszukiwania kontaktów, i im niższe uzyskały wyniki w zakresie stylu emocjonalnego. Podobnie, ocena radzenia sobie była wprost proporcjonalna do siły ogólnego poczucia koherencji i jego trzech składowych u badanych. Z wymienionych czynników osobowościowych istotnymi predyktorami okazały się (analiza regresji) ponownie, jak w przypadku rozwiązywania kryzysu, unikowy styl radzenia sobie z komponentą poszukiwania kontaktów oraz poczucie sensowności. Oznacza to, że osoby dysponujące wysokim poczuciem sensowności i przewagą unikowego stylu najlepiej oceniają swoje radzenie sobie po interwencji, ale wobec dużej liczby osób stwierdzających zmianę w tym zakresie (przy stwierdzonym wcześniej średnim poziomie poczucia koherencji w badanej grupie) można przypuszczać, że ważną rolę odgrywają tu cechy interwencji.

Spośród zmiennych związanych z interwencją istotnymi predyktorami były 2 czynniki form uzyskanej pomocy: odreagowanie i pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie (czynnik 2) oraz porada prawna, informacja i pomoc w zrealizowaniu planu (czynnik 1).

Liczba spotkań nie miała znaczenia dla oceny radzenia sobie, natomiast zadowolenie z interwencji było skorelowane dodatnio z dostrzeżeniem poprawy w radzeniu sobie.

Dostrzeżona zmiana dotyczyła najczęściej poprawy objawowej („nabranie dystansu”, „jestem spokojniejsza”, „silniejsza”, „jestem optymistką”), wzmocnienia poczucia wartości („jestem pewniejsza siebie”), nabycia lub wzmocnienia skutecznych sposobów rozwiązywania problemów („umiem korzystać z pomocy”, „bardziej realistyczny ogląd świata”, „stanowczość w działaniu”). Badani zaobserwowali również zmiany, występujące rzadziej, a dotyczące uzyskania bardziej realistycznego oglądu rzeczywistości, zwiększenia umiejętności społecznych, wzrostu empatii i motywacji do działania, przywrócenie sensu życia, a nawet akceptacji strat i niemożności zmiany. W relacji badanych pojawiły się także informacje o zmianach w ich sytuacji życiowej: zawodowej, osobistej i towarzyskiej, co zostało dobitnie potwierdzone przy okazji analizy wydarzeń życiowych, z jakimi konfrontowali się po interwencji.

Po interwencji częściej niż w ciągu całego wcześniejszego życia miały miejsce wydarzenia świadczące o dynamicznych zmianach, być może zainspirowanych przez samych badanych: rozwód/separacja, utrata mieszkania, kłopoty w pracy, kryzys finansowy, zmiana pracy. Z jednej strony potwierdza to konieczność zmian w efekcie przeżywanego kryzysu (Kubacka-Jasiecka, 2004), a z drugiej może wskazywać na efekt interwencji w inicjowaniu tychże (Mishara i Daigle, 1997) jako wyniku rozwiązywania kryzysu.

## **IX. 8. Radzenie sobie po interwencji z wydarzeniami stresującymi**

O skuteczności radzenia sobie po interwencji mogłoby świadczyć wystąpienie kolejnych kryzysów, szczególnie, że czas po interwencji (6 – 48 miesięcy) wydaje się wystarczającym okresem do prześledzenia nowych wydarzeń stresujących i ich skutków. Spośród wszystkich osób badanych tylko u **33** (17,28%) wystąpił kolejny kryzys. Znaczące dla wystąpienia drugiego kryzysu, ze wszystkich badanych zmiennych niezależnych, okazały się ogólne poczucie koherencji i składowe: poczucie zaradności, sensowności oraz słabsze rozwiązanie problemu kryzysowego związanego z poczuciem nieudolności. Osoby, u których wystąpił kryzys po interwencji gorzej rozwiązały problem poczucia nieudolności przy pierwszym kryzysie, a także charakteryzowały się niższym poczuciem koherencji, niższym poczuciem zaradności i sensowności. Niskie poczucie zaradności wydaje się pokrywać znaczeniowo z poczuciem nieudolności, co tylko wzmacnia uzyskany rezultat.

Być może te osoby wymagały jakiegoś rodzaju psychoterapii po interwencji kryzysowej, bo niskie nasilenie tych cech mogłoby wskazywać na to, że to właśnie ich słabe zasoby osobiste mogły być źródłem kryzysu, a nie tylko same wydarzenia.

Kryzys po interwencji miał istotnie mniejszy zakres (mniej problemów kryzysowych) i w opinii badanych był mniej nasilony, natomiast jego rozwiązanie było tylko częściowe, bo umiejscowiło się pomiędzy „rozwiązaniem w połowie” a „rozwiązaniem w 25%”. Taki stopień rozwiązania można też uznać za pozytywny efekt oddziaływań, gdyż świadczy o podejmowaniu prób rozwiązania, chociaż nie do końca skutecznym.

Być może wyjaśnienia takiej charakterystyki drugiego kryzysu należy szukać w charakterystyce tych 33 osób badanych, które przeżyły kryzys po interwencji, gdyż średnie rozwiązania pierwszego i drugiego kryzysu wśród nich nie różnią się istotnie. Niższe niż u pozostałych badanych poczucie zaradności, sensowności, koherencji oraz poczucie nieudolności wykazane wcześniej wyznaczyły prawdopodobnie takie rozwiązanie obu kryzysów. Pojawienie się kryzysu, mimo skorzystania wcześniej z interwencji kryzysowej, może sugerować, że interwencja nie była wystarczającą formą zabezpieczenia przed kolejnymi kryzysami dla tych osób. Kolejny kryzys może nawet pomniejszać ich zasoby radzenia sobie, bo na przykład w omawianej grupie okazało się, że przy drugim kryzysie gorzej niż przy pierwszym rozwiązano problem pogorszenia samopoczucia psychicznego, co może zostać uznane za chroniczną formę kryzysu (Badura-Madej, 1996).

## **IX. 9. Trwałość rezultatów interwencji**

Czas od zakończenia interwencji w analizowanym materiale stał się istotnym predyktorem obu zmiennych zależnych, to jest rozwiązania kryzysu i oceny radzenia sobie. W miarę upływu czasu polepszało się rozwiązanie problemów kryzysowych: zagrożenia ze strony pewnej osoby, pogorszenia samopoczucia psychicznego i załamania się przekonań na temat siebie. Dla tych przejawów kryzysu im dłuższy czas od interwencji tym lepsze poradzenie sobie z nimi, a także coraz lepsza ocena radzenia sobie. Jeszcze raz potwierdza się wspomniana już wcześniej teza o raczej wstępnej fazie rozwiązywania problemów w czasie trwania kryzysu, a nie ich – ostatecznym rozwiązaniu.

Wyniki świadczące o lepszym rozwiązaniu problemów kryzysu w miarę upływu czasu stawiają pod znakiem zapytania opinię o jego krótkotrwałości (4, 8, 12 tygodni). Powrót do dobrego samopoczucia (homeostazy?), osiągnięcie subiektywnego standardu

komfortu psychicznego wymaga w opinii badanych więcej czasu niż uznawany czas trwania kryzysu. Pojawia się zatem potrzeba weryfikacji koncepcji kryzysu w aspekcie czasu jego trwania i czasu potrzebnego na uporanie się z jego następstwami oraz dostosowania celów interwencji do różnych etapów trwania kryzysu.

Badania opisywane przez McGee (1980) oraz Butchera i Kossa (1990) donoszą o poprawie objawowej utrzymującej się w wyniku interwencji kryzysowej nawet po roku. W niniejszych badaniach rozwiązanie kryzysu i ocena radzenia sobie w opinii osób badanych poprawiały się w miarę upływu czasu od interwencji. Na stałym poziomie, bez względu na upływający czas utrzymywał się natomiast poziom zadowolenia z interwencji. Nie wykazano współzależności wystąpienia drugiego kryzysu i czasu od zakończenia interwencji.

## **IX. 10. Ograniczenia interpretacji otrzymanych wyników**

### **IX. 10. 1. Dobór grupy badanej**

Selekcja osób do grupy badanej odbywała się w oparciu o ściśle przyjęte kryteria opisane w rozdz. VII. Spośród wyselekcjonowanych losowano kolejne osoby i zapraszano do udziału w badaniach. Grupę badaną utworzyły jednak tylko te osoby, które odpowiedziały na zaproszenie i zdecydowały się poświęcić swój czas na przybycie do OIK, a nawet ponieść koszt dojazdu. Można zatem przypuścić, że były to osoby usatysfakcjonowane pomocą, traktujące zaproszenie jako swoistą formę rewanżu za pomoc lub zobowiązane do pozytywnej reakcji na list lub telefon z instytucji. Wśród nich były zarówno osoby, wobec których interwencja została zakończona, jak i takie, które zerwały kontakt z Ośrodkiem. Tym sposobem nie udało się dotrzeć do tych, którzy odmówili udziału w badaniach (potencjalni nieusatysfakcjonowani?) lub mimo potwierdzenia zaproszenia nie dotarli na badanie. Za każdym z tych zachowań mogły się kryć różnorodne motywacje, od konkretnych przeszkód po zakamuflowaną formę pozytywnej lub negatywnej oceny otrzymanej pomocy. Sporą grupę stanowiły osoby, do których w ogóle nie udało się dotrzeć z powodu braku aktualnych danych teleadresowych. Grupa badana nie reprezentowała zatem w pełni przekroju klientów Ośrodka Interwencji Kryzysowej.

## **IX. 10. 2. Brak grupy kontrolnej**

Brak grupy kontrolnej wymusza ostrożną interpretację otrzymanych wyników jako możliwych rezultatów interwencji kryzysowej. Dobór takiej grupy, na przykład osób w kryzysie, ale nie korzystających z interwencji kryzysowej lub otrzymujących inną formę pomocy byłby niezwykle cenny dla zbadania rezultatów interwencji. Równie interesująco mógłby prezentować się przyjęty model badawczy: badanie przed interwencją i po interwencji, nawet w kilku różnych odcinkach czasu. Wówczas wnioskowanie o skuteczności interwencji byłoby wysoce miarodajne. Każdy jednak z tych modeli: z grupą kontrolną i pretest-posttest wobec opisanych już wcześniej problemów ze skompletowaniem grupy badawczej i problemów etycznych wydawał się na etapie planowania niniejszych badań niezwykle trudny do realizacji. Brak możliwości odniesienia wyników do innego pomiaru (na przykład grupy kontrolnej) ogranicza ich możliwości interpretacyjne tylko do badanej grupy, byłoby zatem niezwykle istotne dążenie do zaplanowania badań z grupą porównawczą.

## **IX. 10. 3. Mało precyzyjne kryterium kryzysu i interwencji**

Osoby kwalifikowano do badań na podstawie rozpoznania kryzysu dokonywanego przez pracowników OIK i na podstawie ich stwierdzenia o prowadzeniu interwencji wobec tych osób. Nie dokonywano obiektywnego pomiaru przejawów kryzysu, nie było też możliwości weryfikacji prowadzonej interwencji według określonych standardów ze względu na katamnesticzny charakter badań. Przyjęte kryteria kryzysu i interwencji obciążone są zatem błędem subiektywizmu osób prowadzących interwencję. Jednakże te same kryteria stosowane są w codziennej praktyce Ośrodka, zatem dobór osób do badań mierzących interwencję prowadzoną właśnie przez OIK wydawał się wystarczający. W następnych badaniach należałoby zadbać o bardziej obiektywny pomiar symptomów kryzysu.

## **IX. 10. 4. Ewaluacja z perspektywy klientów**

Opinie badanych na temat kryzysu i interwencji oraz ich oceny stanowią przedmiot opracowanych wyników. Interpretacja wyników uwzględnia perspektywę osób badanych,



która będąc cennym miernikiem rezultatów nie dostarcza jednak ich pełnego, obiektywnego obrazu. Pełniejszy obraz rezultatów interwencji można by uzyskać łącząc informacje od klientów z danymi obiektywnymi i na przykład opiniami osób pomagających. Wiadomo, że zadowolenie z pomocy jest wyrazem subiektywnej poprawy, która może nie odzwierciedlać faktycznej poprawy (Mishara i Daigle, 1997), dlatego by otrzymać całościowy obraz rezultatów istotne jest łączenie różnych perspektyw badawczych. Jednocześnie należy podkreślić uzyskanie w badaniach własnych obiektywnie istniejących (bo potwierdzonych metodami statystycznymi) zależności między zadowoleniem z interwencji i jej cechami a rezultatami.

## **IX. 11. Długoterminowe rezultaty interwencji kryzysowej**

Zebrany materiał i jego analiza mimo wspomnianych ograniczeń pozwala jednak na sformułowanie pewnych wniosków dotyczących efektów interwencji. Nie ma wprawdzie mocnych podstaw do wnioskowania wprost o rezultatach interwencji, ale przeprowadzone analizy poparte metodami statystycznymi przyniosły istotne ku temu przesłanki. W analizach regresji obu zmiennych zależnych, wśród istotnych predyktorów znalazły się czynniki związane z interwencją: w przypadku rozwiązywania kryzysu – zadowolenie z interwencji, zaś w przypadku oceny radzenia sobie – formy uzyskanej pomocy (składniki interwencji). Trzeci czynnik związany z interwencją – liczba spotkań - nie okazał się istotnie związany ze zmiennymi zależnymi.

Można zatem wnioskować udziale interwencji w realizowaniu długoterminowych jej celów: rozwiązaniu kryzysu i umiejętności radzenia sobie z wydarzeniami stresującymi po interwencji. Wskaźnikami drugiego wymienionych celów były subiektywna ocena radzenia sobie i faktyczna ocena radzeniu sobie ze stresowymi wydarzeniami (wystąpienie kryzysu wywołanego przez nie). Oba te rezultaty zostały w dużym stopniu osiągnięte przez badanych i jeszcze poprawiały się w miarę upływu czasu od interwencji.

Kolejny długoterminowy rezultat –zadowolenie z interwencji również został osiągnięty i nie zmieniał się w czasie. W ocenie 68% badanych to właśnie pomoc OIK najbardziej pomogła im w rozwiązaniu kryzysu, a w procesie interwencji najbardziej istotne okazały się: pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie, odreagowanie, pomoc w realizowaniu planu, uważne wysłuchanie, informacja i porada prawna, czyli prawie wszystkie wymienione jej składniki.

Istnieją też wyniki dostarczające przesłanek, o choćby częściowym osiągnięciu innych wskazywanych w literaturze celów interwencji. Formułowana ogólnie przez Slaikeu (1990) „gotowość do stawienia czoła przyszłości” w badanej grupie znalazła wyraz w uczestniczeniu bądź inicjowaniu ważnych zmian życiowych po interwencji, których efektem jest ocena dokonywana w chwili badania, wyrażająca przekonanie, że kryzys został w dużym stopniu rozwiązany, a sam badany dostrzega pozytywną zmianę w radzeniu sobie.

Wiele aspektów interwencji wymaga jeszcze badań i analiz, jak choćby ewaluacja szansy na rozwój, zawartej immanentnie w kryzysie, badanie procesu interwencji i jego składników, czy zasobów radzenia sobie z kryzysem. W omawianych badaniach uzyskano wynik wskazujący, że osoby, które po interwencji znalazły się po raz kolejny w kryzysie dysponują słabszymi zasobami poczucia koherencji niż ci, którzy w konfrontacji z podobnymi wydarzeniami stresującymi nie znaleźli się w kryzysie. Wskazywać to może albo na osłabianie poczucia koherencji przez kryzysy, albo na niewystarczający wpływ interwencji na zapobieganie kryzysom u osób ze słabymi zasobami osobowościowymi i konieczność skorzystania przez nich z psychoterapii. Ten ostatni wniosek jest zbieżny z obserwacjami L. Rapoport (1970) o większej skuteczności interwencji dla osób z silnym ego, dobrym poziomie przystosowania i elastycznymi sposobami radzenia sobie. W analizowanym materiale nie uzyskano danych na pełniejszą analizę tego zjawiska i wymaga ono dalszych studiów.

Przeprowadzone badania własne i wnioski płynące z analiz zebranego materiału skłaniają do docenienia znaczenia interwencji dla radzenia sobie z kryzysami. Choć doprecyzowania w następnych badaniach wymagają podstawowe kwestie, na przykład rewidowania koncepcji kryzysu, dopasowania form interwencji do rodzaju kryzysu (kryzys rozwojowy, losowy, traumatyczny, psychiczny), to optymizmem napawa fakt upowszechniania tej metody pomagania, której skuteczność tak mocno dostrzegają klienci i praktycy. Cieszyć muszą uzyskane w niniejszych badaniach wnioski o znaczeniu procesu interwencji dla polepszenia umiejętności radzenia sobie z wydarzeniami stresującymi i rozwiązywania kryzysu. Ważna – dla praktyków – ocena zadowolenia klientów z interwencji dostarcza nie tylko materiału do analizowania zależności z procesem interwencji, charakterystykami osób pomagających i badań porównawczych, ale pozwala także na konfrontowanie się z opiniami osób będących najbardziej zainteresowanych polepszeniem jej skuteczności. Wobec zwiększającego się nacisku na prowadzenie

praktyki popartej badaniami naukowymi (*evidence-based practice*) rośnie nadzieja na nowe badania ewaluacyjne w dziedzinie interwencji.

## Streszczenie

Przedmiotem pracy są wybrane aspekty rezultatów interwencji kryzysowej, jednej z ważniejszych, stosowanych powszechnie na całym świecie metod doraźnej i krótkotrwałej pomocy psychologicznej dla osób w kryzysach. W przyjętym przez autorkę Caplanowskim rozumieniu kryzys jest przemijającym stanem, w którym osoba, po przeżytych wydarzeniach krytycznych, mimo podejmowanych prób traci możliwość skutecznego radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Interwencja kryzysowa zapobiega poważnym i długotrwałym dysfunkcjom psychologicznym i społecznym spowodowanym brakiem rozwiązania kryzysu.

Stanowi formę pomocy pozwalającą na przywrócenie poprzedniego poziomu funkcjonowania, a nawet osiągnięcie jego poprawy.

Celem pracy była próba ustalenia, czy osoby korzystające z interwencji kryzysowej rozwiązały problemy kryzysowe oraz czy osiągnęły korzystną zmianę w radzeniu sobie zmniejszającą ryzyko wystąpienia kolejnego kryzysu. Badano wpływ cech wydarzenia krytycznego (rodzaju wydarzenia krytycznego, czasu od wydarzenia do rozpoczęcia interwencji, nasilenia kryzysu), czynników osobowościowych (style radzenia sobie, poczucie koherencji) i interwencji kryzysowej na owe spodziewane rezultaty: rozwiązanie kryzysu i radzenie sobie po interwencji. Do oceny tych rezultatów wybrano perspektywę osób korzystających z interwencji.

W części teoretycznej pracy przedyskutowano teorię kryzysu oraz genezę, cechy, rodzaje i koncepcje interwencji kryzysowej. Omówiono praktykę interwencji w wybranych krajach świata i w Polsce. Zreferowano wyniki badań nad skutecznością i rezultatami interwencji kryzysowej.

Część empiryczna objęła badania katamnesticzne zbudowanej metodą doboru celowego grupy złożonej ze 191 osób. Każda z tych osób skorzystała wcześniej z interwencji prowadzonej w Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Krakowie z powodu przeżywanego kryzysu. Okres, jaki upłynął od zakończenia interwencji do chwili przeprowadzenia badania mieścił się w granicach od 48 do 6 miesięcy.

W toku badań korzystano z następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego, Kwestionariusz Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8) Attkissona i Greenfielda oraz autorski Kwestionariusz Oceny Rozwiązania Kryzysu.

Wyniki badań opracowano statystycznie metodami korelacyjnymi, zastosowano także testy istotności związków oraz analizę regresji i analizę wariancji.

Uzyskane wyniki upoważniają do przyjęcia, że interwencja kryzysowa istotnie wpłynęła na rozwiązanie kryzysu oraz poprawę radzenia sobie z sytuacjami stresowymi przez osoby, które skorzystały z tej formy pomocy. Predyktorem rozwiązania kryzysu okazało się zadowolenie z interwencji: im bardziej usatysfakcjonowane były osoby badane otrzymaną pomocą, tym lepiej rozwiązywały problemy kryzysowe. Z kolei dla poprawy radzenia sobie istotny był rodzaj otrzymanej w ramach interwencji pomocy. Kluczowymi składnikami interwencji okazały się: odreagowanie, pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie, dostarczenie informacji o sposobach rozwiązań problemów, pomoc w ich rozwiązaniu oraz udzielenie porady prawnej.

Stwierdzono także istnienie znaczących związków pomiędzy wystąpieniem obu badanych rezultatów a czynnikami osobowościowymi: unikowym stylem radzenia sobie (poszukiwaniem kontaktów społecznych) i poczuciem koherencji. Tylko jedna z cech wydarzenia krytycznego była związana z rozwiązaniem kryzysu.

Ustalono także, że badane rezultaty nie tylko utrzymywały się w miarę upływu czasu od interwencji, ale nawet ulegały poprawie.

## Abstract

The paper focuses on selected aspects of outcomes of crisis intervention, one of the most important and commonly applied methods of short-term psychological assistance for persons in crisis. The author assumes the Caplan understanding of a crisis as a temporary state in which the person after surviving a critical event, despite attempts to the contrary, loses the ability to cope with the situation. Crisis intervention prevents serious long-term psychological and social dysfunctions resulting from a non-resolved crisis. It is a form of assistance which allows for the former level of functioning to be restored or possibly even improved.

The paper aims to establish whether persons undergoing crisis intervention solved the crisis problems and whether they achieved a positive change in their coping style, such that would minimize the risk of the occurrence of another crisis. The research centered on the influence of the features of the critical event (type of critical event, time from event to commencement of intervention, intensity of crisis), personality features (coping styles, sense of coherence) and crisis intervention on the expected outcomes: resolving the crisis and coping after the intervention. The results were evaluated from the perspective of the persons undergoing the intervention.

The theoretical part examines the crisis theory and the origin, qualities, types and concepts of crisis intervention. It discusses the practice of intervention in selected countries and in Poland. It outlines the results of research on effectiveness and outcomes of crisis intervention.

The empirical part presents follow-up research on a group of 191 individuals selected using the purpose-oriented method. Each of the individuals had previously undergone an intervention conducted in the Crisis Intervention Center in Kraków because of a crisis they were experiencing. The period elapsed from the closure of intervention and the time of research was in the 6-48 months brackets.

The following research tools were employed: *Coping Inventory for Stressful Situations CISS* (Endler and Parker), *Sense of Coherence Questionnaire SOC-29*

(Antonovsky), *Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8* (Attkisson and Greenfield) and *Crisis Resolution Evaluation Questionnaire* (Piątek). The results were analyzed using the correlational methods as well as significance testing, regression analysis and analysis of variance.

The research results suggest that crisis intervention has indeed influenced crisis resolution and has improved the ability to cope with stress situations in the individuals who underwent it. Satisfaction with the intervention turned out to be the predictor of crisis resolution: the more satisfied the respondents were with the assistance received, the better they resolved the crisis problems. As for improvement in coping ability, the type of assistance received was significant. The key aspects turned out to be: abreaction, assistance in understanding oneself and in undergoing a change, supplying information about possible crisis resolution methods, assistance in crisis resolution and legal assistance.

Significant correlations were also found between the occurrence of both outcomes and personality features: an evasive coping style (seeking out social contacts) and the sense of coherence. Only one of the features of the crisis event was correlated with crisis resolution. It was also found that the results were not only stable with the passing of time, but an improvement was noticeable.

## Literatura cytowana

Aguilera, D. C. (1990/1993/1994/1998). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis-Toronto: The C.V. Mosby Company.

Aguilera, D. C., Messick, J. M. (1982). *Crisis intervention. Theory and methodology*. St. Louis- London: The C.V. Mosby Company.

Albers, E.C. i Foster, S.L. (1995). A profile of 97100 contacts over a six year period. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 2, 23-29.

Antonovsky, A. (1995). *Rozwiktanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPN.

Attkisson, C. C. i Greenfield, T. K. (1995). *The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) scales: a history of scale development and a guide for users*. San Francisco: Department of Psychiatry, University of California.

Attkisson, C. C. i Greenfield, T. K. (1996). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) scales and Service Satisfaction Scale-30 (SSS-30). W: L. I. Sederer (red.), *Outcomes assessment in clinical practice* (s.120-127). Williams and Wilkins.

Attkisson, C. C. i Greenfield, T. K. (1999). The UCSF client satisfaction scales: the Client Satisfaction Questionnaire-8. W: M. E. Maruish (red.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (s.1333-1346). Mahaw, New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Attkisson, C. C. i Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.

Auerbach, S.M. (1983). Crisis intervention research: methodological considerations and some recent findings. W: L. Cohen, W. Claiborn i G. A. Specter (red.), *Crisis intervention* (s.191-211). New York: Human Sciences Press, Inc.

Auerbach, S.M. i Kilmann, P. R. (1977). Crisis intervention: a review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84:6, 1189-1217.

Badura-Madej, W. (1996). Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s.15-31). Warszawa: Interart.

Baldwin, B. A. (1977). Crisis intervention in professional practice: implications for clinical training. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47:4, 659-670.



- Baronet, A-M. i Gerber, G. J. (1997). Client satisfaction in a community crisis center. *Evaluation and Program Planning*, 20:4, 443-453.
- Barracough, B. M., Jennings, C. i Moss, J. R. (1977). Suicide prevention by the Samaritans. *The Lancet*, 2, 237-239.
- Bartolucci, G. i Drayer, C. S. (1973). An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals. *The American Journal of Psychiatry*, 130:9, 953-959.
- Beers, T. M. Jr. i Foreman, M. E. (1976). Intervention patterns in crisis interviews. *Journal of Counseling Psychology*, 23:2, 87-91.
- Bellak, L., Small, L. (1978). *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. New York-London: Grune and Stratton, Inc.
- Bloom, B. L. (1963). Definitional aspects of the crisis concept. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 6, 498-502.
- Bloom, M. i Klein, W. C. (1995). Crisis prevention and crisis treatment. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 3, 167-176.
- Bobevski, I. i McLennan, J. (1998). The telephone counseling interview as a complex, dynamic, decision process: a self-regulation model of counselor effectiveness. *The Journal of Psychology*, 132:1, 47-60.
- Bomba, J. (1994). Wokół pojęcia kryzysu – implikacje diagnostyczne i terapeutyczne. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 2, 7-12.
- Bongar, B. i Butler, L. E. (red.) (1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Bonneson, M. E., Hartsough, D. (1987). Development of the Crisis Call Outcome Rating Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55:4, 612-614.
- Bordow, S. i Porritt, D. (1979). An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science and Medicine*, 13, 251-256.
- Burgess, A. W., Baldwin, B. A. (1981). *Crisis intervention: theory and practice*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Butcher, J. N., Koss, M. P. (1990). Badania nad psychoterapią krótkoterminową i kryzysową. W: S.L. Garfield i A. E. Bergin (red.), *Psychoterapia i zmiana zachowania* (s.167-230). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Butcher, J. N., Stelmachers, Z. T. i Maudal, G. R. (1983). Crisis intervention and emergency psychotherapy. W: I. B. Weiner (red.), *Clinical methods in psychology* (s.572-619). New York: John Wiley and Sons.

Callahan, J. (1998). Crisis theory and crisis intervention in emergencies. W: P. M. Kleespies (red.), *Emergencies in mental health practice* (s.22-40). New York: Guilford Press.

Camasso, M. J. (2004). Treatment evidence in a non-experimenting practice environment: some recommendations for increasing supply and demand. W: A. R. Roberts i K. R. Yeager (red.), *Evidence-based practice manual*, (s.233-246). New York: Oxford University Press.

Caplan, G. (1981). Mastery of stress: psychosocial aspects. *American Journal of Psychiatry*, 138:4, 413-420.

Caplan, G. (1984). Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki. *Nowiny Psychologiczne*, 2-3, 92-114.

Caplan, G., Grunebaum, H. (1967). Perspectives on primary prevention. *Archives of General Psychiatry*, 17, 331-346.

Chiu, T. L. i Primeau, C. (1991). A psychiatric mobile crisis unit in New York City: description and assessment with implications for mental health care in the 1990s. *The International Journal of Social Psychiatry*, 37:4, 251-258.

Clarke, T. i Scanlon, C. (1999). Crisis mental health nursing: developments in accident and emergency departments. W: D. Tomlinson i K. Allen (red.), *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point* (s.121-137). Hampshire, England: Ashgate.

Cohen, L. H. i Nelson, D. W. (1983). Crisis intervention: an overview of theory and technique. W: L. H. Cohen, W. Claiborn i G. A. Specter (red.), *Crisis intervention* (s.13-26). New York: Human Sciences Pres, Inc.

Corsini, R. J. (red.) (1994). *Encyclopedia of psychology*. New York: John Wiley and Sons.

Cullen, P., Ballard, C. G., Ing. R. P. i Mohan, R. N. C. (1991). Vulnerability, coping and crisis. *European Journal of Psychiatry*, 5:4, 210-215.

Czabała, J. C. (1997/2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.

Czabała, J. C. (2006, czerwiec). *Zdrowie psychiczne priorytetem w Europie*. Referat zaprezentowany na Międzynarodowej Konferencji Naukowej: Postępy w Interwencji Kryzysowej, Kraków-Przegorzały.

Dauwalder, J. P. i Ciompi, L. (1995). Cost-effectiveness over 10 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 171-184.

Davanloo, H. i Sifneos, P. E. (1980). The technique of crisis support. W: H. Davanloo (red.), *Short-term dynamic psychotherapy* (s.283-289). Northvale, New Jersey: Jason Aronson.

De Clerq, M., Lamarre, S. i Vergouwen, H. (red.) (1998). *Emergency psychiatry and mental health policy*. Amsterdam: Elsevier.

Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (1996). Przemoc w rodzinie: diagnoza i interwencja kryzysowa. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s.115-143). Warszawa: Interart.

Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2001). *Sytuacyjne i osobowościowe uwarunkowania zespołu stresu pourazowego u kobiet doświadczających przemocy partnerskiej*. Nie publikowana rozprawa doktorska. Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Dott, S.G., Halling, D. P., Bishop, S.L., Bucy, J. E. i Folkes, C. C. (1996). The efficacy of short-term treatment for improving quality of life: a pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184:8, 507-509.

Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dudek, B. i Koniarek, J. (2004). Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s.183-198). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dziegielewski, S.F. (1997). Time-limited brief therapy: the state of practice. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 3, 217-228.

Dziegielewski, S.F. i Powers, G. T. (2005). Designs and procedures for evaluating crisis intervention. W: A. R. Roberts (red.), *Crisis intervention handbook* (s.742-773). New York: Oxford University Press.

Dziegielewski, S.F. i Roberts, A.R. (2004). Health care evidence-based practice: a product of political and cultural times. W: A. R. Roberts i K. R. Yeager (red.), *Evidence-based practice manual*, (s.200-205). New York: Oxford University Press.

Echterling, L. G., Presbury, J. H., McKee, E. J. (2005). *Crisis intervention. Promoting resilience and resolution in troubled times*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.

Evans, M. O., Morgan, G. i Hayward, A. (2000). Crisis telephone consultations for deliberate self-harm patients: how to study groups used the telephone and usual health-care services. *Journal of Mental Health*, 9:2, 155-164.

Ewing, C. P. (1978). *Crisis intervention as psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

Eysenck, H. J., Arnold, W. i Meili, R. (red.) (1972). *Encyclopedia of psychology. Vol.1*. London: Search Press.

Fischer, J., Corcoran, K. (1994). *Measures for clinical practice. A sourcebook. Vol.2*. The Free Press.

Flegenheimer, W. V. (1978). The patient-therapist relationship in crisis intervention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39:4,348-350.

France, K. (1996). *Crisis intervention. A handbook of immediate person-to-person help*. Springfield, Illinois: Charles Thomas Publisher.

France, K. (2002). *Crisis intervention. A handbook of immediate person-to-person help*. Springfield, Illinois: C. C. Thomas.

Fraser, J. S.(1998). A catalyst model: guidelines for doing crisis intervention and brief therapy from a process view. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 4:2-3, 159-177.

Frei, M. (1993, październik). *Służba interwencji kryzysowej w Bielefeld – zadania i rozwój*. Referat zaprezentowany na Konferencji Naukowej: Rodziny w kryzysie, Mogilany.

Geller, J. L., Fisher, W. H. i McDermeit, M. (1995). A national survey of mobile crisis services and their evaluation. *Psychiatric Services*, 46:9, 893-897.

Grady, A. i Travers, E. (2003). Hospice at home 2: evaluating a crisis intervention service. *International Journal of Palliative Nursing*, 9, 326-335.

Greene, G. J. (1998). Introduction to the special double issue on constructivist/systemic approaches to crisis intervention and brief therapy. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 4:2-3, 95-99.

Greene, G. J. i Mo-Yee, L. (1996). Client strengths and crisis intervention: a solution-focused approach. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 3, 43-63.

Greenfield, T. K. i Attkisson, C. C. (1989). Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 12, 271-278.

Greenstone, J.L., Dunn, J. M. i Leviton, S.C. (1995). Police peer counseling and crisis intervention services into the 21<sup>st</sup> century. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 2:2, 167-187.

Greenstone, J. L., Leviton, S.C. (2004). *Interwencja kryzysowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s.12-43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen-Niejodek, I. (2004). Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s.238-263). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hobbs, M. (1984). Crisis intervention in theory and practice: a selective review. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 23-34.

Hoff, L. A. (1989). *People in crisis. Understanding and helping*. Redwood City, California: Addison–Wesley Publishing Company.

Hogan, K. i Orme, S.(1999). The effectiveness of crisis services.W: D. Tomlinson i K. Allen (red.), *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point* (s.78-101). Hampshire, England: Ashgate.

Jacobson, G. F. (1974). Programs and techniques of crisis intervention. W: A. Silvano i G. Caplan (red.), *American handbook of psychiatry, vol. 2: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry* (s.810-825). New York: Basic Books.

Jacobson, G. F. (1980). Comments and conclusions.W: G. F. Jacobson (red.), *Crisis intervention in the 1980s*, 6, (s.91-97). Jossey-Bass Inc., Publishers.

Jacobson, G. F., Strickler, M. i Morley, W. E. (1968). Generic and individual approaches to crisis intervention. *American Journal of Public Health*, 58, 338-343.

James, R. K., Gilliland, B. E. (2005). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne.

Jenkinson, P. (1999). The Workingham MIND Crisis House. W: D. Tomlinson i K. Allen (red.), *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point* (s.39-46). Ashgate.

Katschnig, H. i Konieczna, T. (1987). *Przegląd problemów psychiatrii pierwszej pomocy i interwencji kryzysowej*. Nie publikowany maszynopis.

Kazdin, A. E. (red.) (2000). *Encyklopedia of psychology*. New York: Oxford University Press.

Kerkhof, Ad JFM i Clark, D. C. (1998). How to evaluate national suicide programs? *Crisis, 19:1*, 1-3.

Kępiński, A. (1970). Tzw. KZ-Syndrom. Próba syntezy. *Przegląd Lekarski, 1*, 18-23.

King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L., Reid, W. (2003). Telephone counseling for adolescent suicide prevention. *Suicide and Life- Threatening Behaviour, 33:4*, 400-411.

Klonowicz, T. i Cieślak, R. (2004). Neurotyczność i radzenie sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s.281-298). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Koniarek, J., Dudek, B. i Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny, 36*, 491-502.

Koocher, G. P., Curtiss, E. K., Pollin, I. S. i Patton, K. (2001). Medical crisis counseling in a health maintenance organization: preventive intervention. *Professional Psychology: Research and Practice, 32:1*, 52-58.

Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s.11-31). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Kubacka-Jasiecka, D. (2004). Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka i K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna* (s.146-175). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kubacka-Jasiecka, D. (2005). Interwencja kryzysowa. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s.244-272). Warszawa: PWN.

Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.

Langsley, D. G. (1980). Crisis intervention and the avoidance of hospitalization. W: G. F. Jacobson (red.), *Crisis intervention in the 1980s, 6*, (s.81-90). Jossey-Bass Inc., Publishers.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. i Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.

Leiba, T. (1999). Crisis intervention theory and method. W: D. Tomlinson i K. Allen (red.), *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point* (s.13-24). Hampshire, England: Ashgate.

Lester, D. (1993). The effectiveness of Suicide Prevention Centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23:3, 263-267.

Leśniak, E. (1996). Interwencja kryzysowa. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s.55-71). Warszawa: Interart.

Leśniak, E., Madejski, M. i Szlagura, W. (2005). Stan Ośrodków Interwencji Kryzysowej w Polsce. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 8, 135-150.

Lewis, S.J. (2005). The Crisis State Assessment Scale. W: A.R. Roberts (red.), *Crisis intervention handbook* (s.723-741). New York: Oxford University Press.

Ligon, J. (2005). Mobile crisis units: frontline community mental health services. W: A. R. Roberts (red.), *Crisis intervention handbook*, (s.602-618). New York: Oxford University Press.

Ligon, J. i Thyer, B. A. (2000). Client and family satisfaction with brief community mental health, substance abuse and mobile crisis services in a urban setting. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 6:2, 93-99.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Łuszczynska, A. (2004). Czy poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem sprzyjają adaptacji w sytuacji doświadczenia gwałtu i przemocy fizycznej? W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s.299-316). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Łuszczynska-Cieślak, A. (2001). Trudności dotyczące badań nad poczuciem koherencji. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s.57-68). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Makowska, H. i Poprawa, R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s.71-102). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy. An example of the convergence of research and clinical practice*. New York-London: Plenum Medical Book Company.

Marini, M., Semenzin, M., Vignaga, F., Gardiolo, M., Drago, A., Caon, F., Benetazzo, M., Pavan, C., Piotto, A., Federico, L., Corinto, B. i Pavan, L. (2005). Dropout in institutional emotional crisis counseling and brief focused intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 356-367.

Marmor, J. (1979). Short-term dynamic psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 136:2, 149-155.

Marmor, J. (1980). Crisis intervention and short-term dynamic psychotherapy. W: H. Davanloo (red.), *Short-term dynamic psychotherapy* (s.237-243). Northvale, New Jersey: Jason Aronson.

McGee, T. F. (1980). Crisis intervention. W: M. S. Gibbs, Lachenmeyer, J. R. i Sigal, J. (red.), *Community psychology* (s.239-266). New York-Toronto: Gardner Press, Inc.

Mercier, C., Landry, M., Corbière, M. i Perreault, M. (2004). Measuring client's perception as outcome measurement. W: A. R. Roberts i K. R. Yeager (red.), *Evidence-based practice manual*, (s.904-909). New York: Oxford University Press.

Mishara, B. L. i Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two Suicide Prevention Centers: an empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 25:6, 861-885.

Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention*. Belmont, California: Wadsworth, Brooks/Cole.

Newton, S. (1989). Organisational models for crisis intervention. W: J. Renshaw (red.), *Crisis intervention services information pack*. London: Good Practices in Mental Health.

Nguyen, T. D., Attkisson, C. C. i Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-313.

O'Connor, R., Sheehy, N. (2003). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Parad, H. J. (1971). Preventive casework: problems and implications. W: H. J. Parad (red.), *Crisis intervention: selected readings* (s.284-303). New York: Family Service Association of America.

Parad, H. J., Caplan, G. (1971). A framework for studying families in crisis. W: H. J. Parad (red.), *Crisis intervention: selected readings* (s.53-72). New York: Family Service Association of America.



Parad, H. J. i Parad, L. G. (1991). Crisis intervention: yesterday, today and tomorrow. W: N. R. Punukollu (red.), *Recent advances in crisis intervention* (s.3-25). Huddersfield: International Institute of Crisis Intervention and Community Psychiatry Publications.

Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.

Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Pasikowski, T. (2001a). Kwestionariusz Poczucia Koherencji dla Dorosłych. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s.71-85). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Pasikowski, T. (2001b). Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s.43-55). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Piątek, J. (1993). Geneza i rozwój służb kryzysowych w Europie. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 1, 13-18.

Piątek, J. (2005). Skuteczność pomocy w kryzysie spowodowanym przestępstwem w opinii klientów Ośrodka Interwencji Kryzysowej. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 8, 103-127.

Pilecka, B. (2004). *Kryzys psychologiczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Płużek, Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s.31-43). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Powers, G. (1990). Designs and procedures for evaluating crisis intervention. W: A. R. Roberts (red.), *Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research* (s.303-324). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.

Punukollu, N. R. (1991). Crisis intervention – an international perspective. W: N. R. Punukollu (red.), *Recent advances in crisis intervention* (s.25-36). Huddersfield: International Institute of Crisis Intervention and Community Psychiatry Publications.

Radway, V. (1999). West Birmingham Home Treatment Service: “Right at Home”. W: D. Tomlinson i K. Allen (red.), *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point* (s.62-77). Hampshire, England: Ashgate.

Rakowska, J. M. (1996). Badania nad procesem i wynikiem psychoterapii. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 65-83.

Rakowska, J. M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Ramon, S.(1999). Exemplary crisis services in Europe and the USA. W: D. Tomlinson i K. Allen (red.), *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point* (s.138-159). Hampshire, England: Ashgate.

Rapoport, L. (1970). Crisis intervention as a mode of brief treatment. W: R. W. Roberts i R. H. Nee (red.), *Theories of social casework* (s.267-311). Chicago: University of Chicago Press.

Ratna, L. (1991). Crisis intervention – where it is contraindicated. W: N. R. Punukollu (red.), *Recent advances in crisis intervention* (s.59-67). Huddersfield: International Institute of Crisis Intervention and Community Psychiatry Publications.

Reding, G. R. i Raphaelson, M. (1995). Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention: another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Mental Health Journal*, 31:2, 179- 187.

Reisch, T., Schlatter, P. i Tschacher, W. (1999). Efficacy of crisis intervention. *Crisis*, 20:2, 78-85.

Reisinger, M., Kalchmayr, R. i Voracek, M. (1999). *Statistische Auswertung der Klientinnendaten des Kriseninterventionszentrums Wien von 1992-1998*. Nie publikowany maszynopis, Kriseninterventionzentrum, Wiedeń.

Renshaw, J. (1989). Crisis intervention: introduction. W: J. Renshaw (red.), *Crisis intervention services information pack* (s.1-5). London: Good Practices in Mental Health.

Rhine, M. W. i Weissberg, M. P. (1982). Crisis intervention. W: J. G. Gorton i R. Partridge (red.), *Practice and management of psychiatric emergency care* (s.3-12). St.Louis-London: The C. V. Mosby Company.

Richartz, M., van Eijk, J. i Milius, H. (1993, październik). *Maastricht – model interwencji kryzysowej i psychiatrii nagłych przypadków*. Referat zaprezentowany na Konferencji Naukowej: Rodziny w kryzysie, Mogilany.

Roberts, A. R. (red.) (1990). *Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.

Roberts, A. R. (1991). Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. W: A. R. Roberts (red.), *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention* (s.3-18). New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs.

Roberts, A. R. (red.) (1995). *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.

Roberts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention and trauma treatment: the integrative ACT intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2:1, 1-21.

Roberts, A. R. (2004). Crisis assessment measures and tools. W: A. R. Roberts i K. R. Yeager (red.), *Evidence-based practice manual*, (s.496-503). New York: Oxford University Press.

Roberts, A. R. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. W: A. R. Roberts (red.), *Crisis intervention handbook* (s.3-34). New York: Oxford University Press.

Roberts, A. R. i Camasso, M. J. (1994). Staff turnover at crisis intervention units and centers: a national survey. *Crisis Intervention and Time-limited Treatment*, 1:1, 1-9.

Roberts, A. R. i Dziegielewski, S.F. (1995). Foundation skills and applications of crisis intervention and cognitive therapy. W: A. R. Roberts (red.), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment* (s.3-28). Thousands Oaks, USA: Sage Publications.

Roberts, A. R. i Everly, G. S.Jr. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.

Roberts, A. R. i Yeager, K. (2004). Systematic reviews of evidence-based studies and practice-based research: how to search for, develop and use them. W: A. R. Roberts i K. R. Yeager (red.), *Evidence-based practice manual*, (s.3-14). New York: Oxford University Press.

Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B. i Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29, 793-799.

Rudolph, C., Lakin, K. C., Oslund, J. M. i Larson, W. (1998). Evaluation of outcomes and cost-effectiveness of a community behavioral support and Crisis Response Demonstration Project. *Mental Retardation*, 36:3, 187-197.

Rusk, T. N. (1971). Opportunity and technique in crisis psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 12:3, 249-262.

Ryan, J. P. i Schuerman, J. R. (2004). Matching family problems with specific family preservation services: a study of service effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 26, 347-372.

Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Saposnek, D. T. (1984). Short-term psychotherapy. W: N. S. Endler i J. McVicker Hunt (red.), *Personality and the behavioral disorders* (s.1031-1068). New York: John Wiley and Sons.

Schnyder, U. (1997). Crisis intervention in psychiatric outpatients. *International Medical Journal*, 4:1, 11-17.

Schwartz, S.L. (1971). A review of crisis intervention programs. *The Psychiatric Quarterly*, 45:4, 498-508.

Sęk, H. (1991). Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań. W: H. Sęk (red.), *Zagadnienia psychologii prewencyjnej* (s.7-38). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Sęk, H. (1993). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (s.472-503). Warszawa: PWN.

Sęk, H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s.143-158). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Sęk, H. (2001a). O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: L. Cierpiałkowska i H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (s.13-31). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Sęk, H. (2001b). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s.23-42). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Sęk, H. (2004). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. W: H. Sęk i R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s.49-67). Warszawa: PWN.

Sęk, H. (2005). Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s.39-54). Warszawa: PWN.

Sęk, H. i Pasikowski, T. (2001). Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s.101-125). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Sęk, H. i Ścigała, I. (2000). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s.133-150). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Shoham-Vardi, I., Davidson, P. W., Cain, N. N., Sloane-Reeves, J. E., Giesow, V. E., Quijano, L. E. i Houser, K. D. (1996). Factors predicting re-referral following crisis

intervention for community-based persons with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders. *American Journal on Mental Retardation*, 101:2, 109-117.

Silver, R. L., Wortman, C. B. (1984). Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Nowiny Psychologiczne*, 4-5, 29-95.

Silverman, W. H. (1977). Planning for crisis intervention with community mental health concepts. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 14:3, 293-297.

Simington, J. A., Cargill, L. i Hill, W. (1996). Crisis intervention: program evaluation. *Clinical Nursing Research*, 5:4, 376-390.

Slaikeu, K. A. (1990). *Crisis intervention. A handbook for practice and research*. Boston-Toronto: Allyn and Bacon.

Smith, L. L. (1978). A review of crisis intervention theory. *Social Casework*, 59, 396-405.

Smith, M. (2004). *The heart of the night. Out of hours crisis intervention in health and social care*. Dorset, England: Russell House Publishing.

Soliman, H. H. i Poulin, J. (1997). Client satisfaction with crisis outreach services: the development of an Index. *Journal of Social Service Research*, 23:2, 55-76.

Sonneck, G., Till, W. i Strauss, F. (1978). Krisenintervention im Rahmen einer psychiatrischen Ambulanz, verglichen mit einem extramuralen Kriseninterventionszentrum. W: H. J. Haase (red.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (s.137-155). Stuttgart-New York: F. K. Schattauer.

Sperry, L., Brill, P. L., Howard, K. I. i Grissom, G. R. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Stapleton, A. B., Lating, J., Kirkhart, M. i Everly, G. S. (w druku). Effects of medical crisis intervention on anxiety, depression and posttraumatic stress symptoms: a meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*.

Statut Towarzystwa Interwencji Kryzysowej.

Stewart, M. J., Vockell, E. L. i Ray, R. E. (1986). Decreasing court appearances of juvenile status offenders. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 67, 74-79.

Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., Sobolewski, A. i Pawłowski, P. (2004). Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s.48-64). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Szczepaniak, P., Strelau, J. i Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny*, 39:1, 187-210.

Szczukiewicz, P. (2004). Pomoc psychologiczna w kryzysie psychicznym – spojrzenie z perspektywy logoterapii. W: D. Kubacka-Jasiecka i K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna* (s.264-283). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Szewielewska, E. (2003). *Rola interwencji kryzysowej w społeczności lokalnej. Na przykładzie Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Częstochowie*. Nie publikowana praca dyplomowa. Akademia Polonijna, Częstochowa.

Szymusik, A. (1964). Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. *Przegląd Lekarski*, 1, 23-29.

Talbott, J. A. (1980-1981). Crisis intervention and psychoanalysis: compatible or antagonistic. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8, 189-201.

Taylor, S.E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7, 15-38.

Tschacher, W. (1996). The dynamics of psychosocial crises. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184:3, 172-179.

Tschacher, W. i Jacobshagen, N. (2002). Analysis of crisis intervention processes. *Crisis*, 23:2, 59-68.

Tomlinson, D. i Allen, K. (red.) (1999). *Crisis services and hospital crises: mental health at a turning point*. Hampshire, England: Ashgate.

van Der Sande, R., van Rooijen, L., Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., van Der Graff, Y. i van Engeland, H. (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 171, 35-41.

Vonk, M. E. i Thyer, B. A. (1999). Evaluating the effectiveness of short-term treatment at a University Counseling Center. *Journal of Clinical Psychology*, 55:9, 1095-1106.

Waters, J. i Finn, E. (1995). Handling client crises effectively on the telephone. W: A. R. Roberts (red.), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*, (s.251-290). SAGE Publications.

Weishaar, M. E. (2004). A cognitive-behavioral approach to suicide risk reduction in crisis intervention. W: A. R. Roberts i K. R. Yeager (red.), *Evidence-based practice manual*, (s.749-757). New York: Oxford University Press.

Wolman, B. B. (red.) (1977). *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis and neurology*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Wrześniewski, K. (2000). Style radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W:: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s.44-64). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Zwoliński, M. (2000). Systemowe zasoby rodziny a poczucie koherencji u dorosłego

dziecka. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 139-156.

### **Akty prawne**

Ustawa z dnia 29 grudnia 1998 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrożeniem reformy ustrojowej państwa (Dz. U. z 30 grudnia 1998 r., Nr 162, poz. 1126, art. 13 pkt.4.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 15 kwietnia 2004 r., Nr 64, poz. 593).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180, poz. 1493).

# ANEKS

## Szczegółowe tabele statystyczne

(tabele do rozdz. VIII)

### 1. Rodzaj wydarzenia krytycznego a wykształcenie

(test H Kruskala-Wallisa)

	wykształcenie
H	13,190
df	5
p	,022

Średnie:

	N	Średnia	OS
utrata	16	3,50	1,32
przemoc, partner	78	3,15	1,17
przemoc, inny c. r.	24	3,71	1,16
próba samobójcza	19	3,11	1,15
traumatyczne zdarzenie	27	3,26	1,02
zdrada, rozstanie	27	4,00	1,24
Ogółem	191	3,38	1,20

### 2. Czas od zdarzenia krytycznego a problemy kryzysowe

(test  $\chi^2$ )

Problem	Czas od wydarzenia do zgłoszenia						Ogółem	
	a		b		c			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pr.A	39	52,00	33	57,89	41	69,49	113	59,16
Pr.B	31	41,33	27	47,37	34	57,63	92	48,17
Pr.C	16	21,33	8	14,04	9	15,25	33	17,28
Pr.D	47	62,67	36	63,16	35	59,32	118	61,78
Pr.E	13	17,33	5	8,77	11	18,64	29	15,18
Pr.F	16	21,33	13	22,81	19	32,20	48	25,13
Pr.G	57	76,00	45	78,95	45	76,27	147	76,96
Pr.H	69	92,00	55	96,49	58	98,31	182	95,29
Pr.I	45	60,00	35	61,40	40	67,80	120	62,83
Pr.J	43	57,33	38	66,67	43	72,88	124	64,92
Pr.K	27	36,00	28	49,12	29	49,15	84	43,98
Pr.L	50	66,67	37	64,91	48	81,36	135	70,68
Pr.Ł	34	45,33	31	54,39	35	59,32	100	52,36
Pr.M	16	21,33	18	31,58	20	33,90	54	28,27
Pr.N	13	17,33	9	15,79	14	23,73	36	18,85
Pr.O	36	48,00	37	64,91	44	74,58	117	61,26
Pr.P	50	66,67	29	50,88	37	62,71	116	60,73
Pr.R	6	8,00	10	17,54	9	15,25	25	13,09
Ogółem	75	100,00	57	100,00	59	100,00	191	100,00



Tabela chi-kwadrat

Problem	chi <sup>2</sup> (2)	p
Pr.A	4,23	,120
Pr.B	3,53	,170
Pr.C	1,45	,483
Pr.D	,22	,895
Pr.E	2,63	,267
Pr.F	2,30	,315
Pr.G	,18	,913
Pr.H	3,18	,203
Pr.I	,93	,628
Pr.J	3,61	,164
Pr.K	3,19	,202
Pr.L	4,74	,093
Pr.Ł	2,72	,256
Pr.M	3,00	,222
Pr.N	1,37	,501
Pr.O	<b>10,28</b>	<b>,005</b>
Pr.P	3,52	,171
Pr.R	2,94	,229

### 3. Płeć a problemy kryzysowe

(test  $\chi^2$ )

Problem	płeć				Ogółem	
	kobieta		mężczyzna		N	%
	N	%	N	%		
Pr.A	106	62,72	7	31,82	113	59,16
Pr.B	83	49,11	9	40,91	92	48,17
Pr.C	29	17,16	4	18,18	33	17,28
Pr.D	112	66,27	6	27,27	118	61,78
Pr.E	26	15,38	3	13,64	29	15,18
Pr.F	44	26,04	4	18,18	48	25,13
Pr.G	130	76,92	17	77,27	147	76,96
Pr.H	162	95,86	20	90,91	182	95,29
Pr.I	105	62,13	15	68,18	120	62,83
Pr.J	109	64,50	15	68,18	124	64,92
Pr.K	75	44,38	9	40,91	84	43,98
Pr.L	120	71,01	15	68,18	135	70,68
Pr.Ł	89	52,66	11	50,00	100	52,36
Pr.M	49	28,99	5	22,73	54	28,27
Pr.N	28	16,57	8	36,36	36	18,85
Pr.O	103	60,95	14	63,64	117	61,26
Pr.P	104	61,54	12	54,55	116	60,73
Pr.R	22	13,02	3	13,64	25	13,09

Tabela chi-kwadrat

Problem	chi2(1)	p
Pr.A	<b>7,695</b>	<b>,006</b>
Pr.B	,525	,469
Pr.C	,014	,905
Pr.D	<b>12,539</b>	<b>,000</b>
Pr.E	,046	,830
Pr.F	,638	,424
Pr.G	,001	,971
Pr.H	1,062	,303
Pr.I	,305	,581
Pr.J	,116	,733
Pr.K	,095	,758
Pr.L	,075	,784
Pr.Ł	,055	,814
Pr.M	,377	,539
Pr.N	<b>4,987</b>	<b>,026</b>
Pr.O	,059	,808
Pr.P	,399	,528
Pr.R	,007	,936

#### 4. Wiek a problemy kryzysowe (korelacje rho Spearmana)

Problem	Wiek
Pr.A	<b>,153*</b>
Pr.B	<b>,195**</b>
Pr.C	,042
Pr.D	,101
Pr.E	-,006
Pr.F	,046
Pr.G	-,107
Pr.H	-,022
Pr.I	-,129
Pr.J	-,009
Pr.K	,038
Pr.L	-,010
Pr.Ł	,077
Pr.M	-,040
Pr.N	-,067
Pr.O	-,027
Pr.P	-,042
Pr.R	<b>-,260**</b>

**5. Wykształcenie a problemy kryzysowe**  
(korelacje rho Spearmana)

Problem	Wykształcenie
Pr.A	-,077
Pr.B	<b>-,189**</b>
Pr.C	-,142
Pr.D	<b>-,158*</b>
Pr.E	-,127
Pr.F	-,180*
Pr.G	,006
Pr.H	,080
Pr.I	-,031
Pr.J	-,049
Pr.K	,087
Pr.L	-,061
Pr.Ł	-,007
Pr.M	<b>,155*</b>
Pr.N	,039
Pr.O	-,083
Pr.P	-,061
Pr.R	,072

**6. Nasilenie kryzysu a rodzaj wydarzenia krytycznego**  
(test H Kruskala-Wallisa)

test H Kruskala-Wallisa	
H	9,13
df	5
p	,104

Średnie:

	N	Średnia	OS	Minimum	Maksimum
utrata	16	4,31	,79	3	5
przemoc, partner	78	4,72	,51	3	5
przemoc, inny c. r.	24	4,50	,72	3	5
próba samobójcza	19	4,79	,54	3	5
traumatyczne zdarzenie	27	4,67	,88	1	5
zdrada, rozstanie	27	4,78	,42	4	5
Ogółem	191	4,66	,63	1	5

**7. Nasilenie kryzysu a czas od wydarzenia do rozpoczęcia interwencji**  
(test H Kruskala-Wallisa)

	Nasilenie kryzysu
H	,360
df	2
p	,835

Średnie

Czas od wydarzenia do interwencji	N	Średnia	OS
a: do 7 dni	75	4,69	,592
b: od 8 do 30 dni	57	4,60	,776
c: od 1 do 3 miesięcy	59	4,69	,500
Ogółem	191	4,66	,626

**8. Nasilenie kryzysu a spostrzegana reakcja na kryzys**  
(test H Kruskala-Wallisa)

Spostrzegana reakcja na kryzys	N	Średnia	OS
a	23	4,91	,288
b	142	4,61	,684
c	13	4,62	,506
d	13	4,92	,277
Ogółem	191	4,66	,626

	Nasilenie kryzysu
H	8,073
df	3
p	<b>,045</b>

## 9. Istotności różnic średnich rozwiązania dla poszczególnych czynników problemów kryzysowych

(porównanie parami testem t Studenta dla prób zależnych)

		Średnia	N	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Para 1	czynnik1	3,77	112	1,00	0,09
	czynnik2	3,52	112	1,29	0,12
Para 2	czynnik1	3,76	163	1,02	0,08
	czynnik3	3,60	163	1,21	0,10
Para 3	czynnik1	3,77	164	1,01	0,08
	czynnik4	3,64	164	1,05	0,08
Para 4	czynnik2	3,53	109	1,28	0,12
	czynnik3	3,47	109	1,22	0,12
Para 5	czynnik2	3,55	110	1,28	0,12
	czynnik4	3,61	110	1,02	0,10
Para 6	czynnik3	3,59	150	1,20	0,10
	czynnik4	3,58	150	1,06	0,09

### Test dla prób zależnych

		Różnice w próbach zależnych					t	df	Istotność (dwustronna)
		Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	95% przedział ufności dla różnicy średnich				
					Dolna granica	Górna granica			
Para 1	czynnik 1 - czynnik 2	0,24	1,24	0,12	0,01	0,47	2,06	111,00	<b>0,04</b>
Para 2	czynnik 1 - czynnik 3	0,16	1,20	0,09	-0,02	0,35	1,75	162,00	0,08
Para 3	czynnik 1 - czynnik 4	0,13	1,01	0,08	-0,02	0,29	1,71	163,00	0,09
Para 4	czynnik 2 - czynnik 3	0,06	1,51	0,14	-0,22	0,35	0,43	108,00	0,67
Para 5	czynnik 2 - czynnik 4	-0,06	1,44	0,14	-0,33	0,21	-0,44	109,00	0,66
Para 6	czynnik 3 - czynnik 4	0,01	1,14	0,09	-0,17	0,19	0,10	149,00	0,92

**10. Rozwiązanie problemów kryzysowych a nasilenie kryzysu**  
(korelacje rho Spearmana)

Rozwiązanie problemu kryzysowego	Nasilenie kryzysu
Pr.A	,006
Pr.B	-,122
Pr.C	,057
Pr.D	-,152
Pr.E	-,120
Pr.F	-,024
Pr.G	,001
Pr.H	-,154*
Pr.I	-,058
Pr.J	,013
Pr.K	,006
Pr.L	-,086
Pr.Ł	-,025
Pr.M	,135
Pr.N	,173
Pr.O	,072
Pr.P	,040
Pr.R	-,318

\*  $p < 0.05$

**11. Wystąpienie kryzysu po interwencji a rodzaj wydarzenia krytycznego przy pierwszym kryzysie**  
(test  $\chi^2$ )

	Wydarzenie krytyczne												Ogółem	
	utrata		przemoc, partner		przemoc, inny c. r.		próba sam.		traumat. zdarz.		zdrada, rozstanie		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Wystąpienie kryzysu po interwencji	0	,00	1 4	17,95	5	20,83	6	31,58	5	18,52	3	11,11	33	17,28
Ogółem	1 6	100,0 0	7 8	100,0 0	2 4	100,0 0	1 9	100,0 0	2 7	100,0 0	2 7	100,0 0	19 1	100,0 0

Tabela chi-kwadrat

chi <sup>2</sup> (5)	p
7,05	p=,217

**12. Wystąpienie kryzysu po interwencji a czas od wydarzenia do interwencji**  
(test  $\chi^2$ )

	Czas od wydarzenia do zgłoszenia						Ogółem	
	a		b		c		N	%
	N	%	N	%	N	%		
vi_2_kkr	17	22,67	9	15,79	7	11,86	33	17,28
Ogółem	75	100,00	57	100,00	59	100,00	191	100,00

Tabela chi-kwadrat

chi <sup>2</sup> (2)	df	p
2,82	df=2	p=,243

**13. Wystąpienie kryzysu po interwencji a uzyskana pomoc**

Współczynniki phi (korelacje dla danych nominalnych dychotomicznych), poziomy p wyliczone z testu chi-kwadrat

Uzyskana pomoc	Wystąpienie kryzysu po interwencji
uwazne wysluchanie	-,012
wygadanie sie	,072
informacja	-,051
pomoc w realizowaniu planu	,034
porada prawna	-,061
porada lekarska	-,101
hostel	-,009
wizyta domowa	-,057
wlaczenie bliskich w pomoc	-,073
pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie	,026

**14. Stopnie rozwiązania problemów kryzysowych – rozkłady procentowe**

**Rozwiązanie PR.A**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	14	7,3
2	13	6,8
3	27	14,1
4	27	14,1
5	32	16,8
Ogółem	113	59,2

**Rozwiązanie PR.B**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	12	6,3
2	12	6,3
3	25	13,1
4	21	11,0
5	22	11,5
Ogółem	92	48,2

**Rozwiązanie PR.C**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	4	2,1
2	0	0
3	7	3,7
4	1	,5
5	22	11,5
Ogółem	34	17,8

**Rozwiązanie PR.D**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	11	5,8
2	15	7,9
3	23	12,0
4	30	15,7
5	39	20,4
Ogółem	118	61,8

**Rozwiązanie PR.E**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	2	1,0
2	2	1,0
3	2	1,0
4	3	1,6
5	21	11,0
Ogółem	30	15,7

**Rozwiązanie PR.F**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	11	5,8
2	6	3,1
3	11	5,8
4	7	3,7
5	14	7,3
Ogółem	49	25,7



**Rozwiązanie PR.G**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	9	4,7
2	10	5,2
3	35	18,3
4	45	23,6
5	48	25,1
Ogółem	147	77,0

**Rozwiązanie PR.H**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	10	5,2
2	14	7,3
3	37	19,4
4	70	36,6
5	51	26,7
Ogółem	182	95,3

**Rozwiązanie PR.I**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	6	3,1
2	11	5,8
3	27	14,1
4	41	21,5
5	35	18,3
Ogółem	120	62,8

**Rozwiązanie PR.J**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	4	2,1
2	10	5,2
3	33	17,3
4	40	20,9
5	37	19,4
Ogółem	124	64,9

**Rozwiązanie PR.K**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	10	5,2
2	6	3,1
3	10	5,2
4	22	11,5
5	37	19,4
Ogółem	85	44,5

**Rozwiązanie PR.1**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	22	11,5
2	7	3,7
3	20	10,5
4	34	17,8
5	51	26,7
Ogółem	134	70,2

**Rozwiązanie PR.2**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	16	8,4
2	12	6,3
3	24	12,6
4	19	9,9
5	29	15,2
Ogółem	100	52,4

**Rozwiązanie PR.M**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	7	3,7
2	4	2,1
3	4	2,1
4	17	8,9
5	24	12,6
Ogółem	56	29,3

**Rozwiązanie PR.N**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	3	1,6
2	4	2,1
3	4	2,1
4	13	6,8
5	14	7,3
Ogółem	38	19,9

**Rozwiązanie PR.O**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	7	3,7
2	11	5,8
3	18	9,4
4	36	18,8
5	45	23,6
Ogółem	117	61,3

**Rozwiązanie PR.P**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	11	5,8
2	11	5,8
3	35	18,3
4	35	18,3
5	24	12,6
Ogółem	116	60,7

**Rozwiązanie PR.R**

Stopień rozwiązania	N	Procent
1	3	1,6
2	2	1,0
3	6	3,1
4	3	1,6
5	12	6,3
Ogółem	26	13,6

## Narzędzia

### 1. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS

Kwestionariusz radzenia sobie  
w sytuacjach stresowych  
(na podst. CISS Lendler, J. D.A. Parker)

Pseudonim: .....

Wiek: .....

Płeć: .....

INSTRUKCJA; poniższe zdania opisują różne reakcje ludzi na trudne, przykre, stresujące sytuacje. Zakreśl kółkiem cyfry od 1 do 5 przy każdym stwierdzeniu. Określ w ten sposób jak bardzo angażujesz się w te czynności, gdy znajdujesz się w trudnej, przykrej, stresującej sytuacji.

1- nigdy

2- bardzo rzadko

3- czasami

4- często

5- bardzo często

1. Lepiej planuję czas	1	2	3	4	5
2. Koncentruję się na problemie zastanawiam się jak mogę go rozwiązać	1	2	3	4	5
3. Myślę o czasach gdy było mi lepiej	1	2	3	4	5
4. Staram się przebywać z innymi ludźmi	1	2	3	4	5
5. Oskarżam się o zwlekanie	1	2	3	4	5
6. Robię to co uważam za najlepsze	1	2	3	4	5
7. Jestem skupiony (a) na swoich dolegliwościach fizycznych	1	2	3	4	5
8. Winię siebie, że wpadłem (am) taką sytuację	1	2	3	4	5
9. Włóczę się po sklepach	1	2	3	4	5
10. Ustalę co w danej sytuacji jest najlepsze	1	2	3	4	5
11. Staram się zasnąć	1	2	3	4	5
12. Objadam się ulubioną potrawą	1	2	3	4	5

13. Niepokoję się, że sobie nie poradzę	1	2	3	4	5
14. Staję się bardzo napięty (a)	1	2	3	4	5
15. Myślę o tym jak rozwiązałem (am) podobne problemy w przeszłości	1	2	3	4	5
16. Wmawiam sobie, że to w rzeczywistości nie dzieje się mnie	1	2	3	4	5
17. Winie siebie, że zbyt się tym przejmuję	1	2	3	4	5
18. Idę coś zjeść na mieście	1	2	3	4	5
19. Staję się bardzo przygnębiony (a)	1	2	3	4	5
20. Kupuję sobie coś	1	2	3	4	5
21. Wyznaczam sobie kierunek działania i postępuję zgodnie z nim	1	2	3	4	5
22. Obwiniam siebie za to, że nie wiem co zrobić	1	2	3	4	5
23. Idę się zabawić	1	2	3	4	5
24. Staram się zrozumieć sytuację	1	2	3	4	5
25. "Zastygam w bezruchu" i nie wiem co zrobić	1	2	3	4	5
26. Podejmuję natychmiast właściwe działanie	1	2	3	4	5
27. Analizuję sytuację i uczę się na własnych błędach	1	2	3	4	5
28. Żałuję, że nie mogę zmienić tego co się stało, lub tego co odczuwałem (am) w związku z tym	1	2	3	4	5
29. Odwiedzam przyjaciela	1	2	3	4	5
30. Martwię się jak sobie z tym poradzę	1	2	3	4	5
31. Spędzam czas z bliską osobą	1	2	3	4	5
32. Wychodzę na spacer	1	2	3	4	5
33. Wmawiam sobie, że to się nigdy więcej nie powtórzy	1	2	3	4	5
34. Skupiam się na swoich ogólnych brakach	1	2	3	4	5
35. Rozmawiam z kimś, kogo rady sobie cenię	1	2	3	4	5
36. Analizuje problem za nim zacznę działać	1	2	3	4	5
37. Dzwonię do kolegi lub koleżanki	1	2	3	4	5
38. Wpadam w złość	1	2	3	4	5
39. Zmieniam kolejność spraw do załatwienia	1	2	3	4	5
40. Oglądam film	1	2	3	4	5
41. Dążę do kontrolowania sytuacji	1	2	3	4	5
42. Podejmuję dodatkowy wysiłek aby załatwić sprawę	1	2	3	4	5
43. Podchodzę do problemu z różnych stron	1	2	3	4	5

44."Robię sobie wolne" by uciec od problemu	1	2	3	4	5
45.Wyładowuję się na innych	1	2	3	4	5
46.Wykorzystuję sytuację aby udowodnić, że potrafię tego dokonać	1	2	3	4	5
47.Staram się tak zorganizować sprawy, aby zapanować nad sytuacją	1	2	3	4	5
48.Oglądam telewizję	1	2	3	4	5
49.Sięgam po alkohol	1	2	3	4	5
50.Użalam się nad sobą, myślę o beznadziejności sytuacji	1	2	3	4	5
51.Sporządzam plan działania i staram się go realizować „ punkt po punkcie	1	2	3	4	5
52.Płaczę	1	2	3	4	5
53.Intensywnie uprawiam sport	1	2	3	4	5
54.Odsuwam na bok mniej znaczące sprawy	1	2	3	4	5
55.Sięgam po narkotyki by zapomnieć o wszelkich kłopotach	1	2	3	4	5
56.Próbuję poszerzyć własne kompetencje (nabyć nowe umiejętności), aby móc stawić czoło postawionemu przede mną zadaniu	1	2	3	4	5
57.Zaczynam żartować i dostrzegać humorystyczne strony sytuacji	1	2	3	4	5
58.Zwierzam się ze wszystkich swych smutków najbliższej osobie	1	2	3	4	5
59.Bagatelizuję lub pomniejszam znaczenie sytuacji („NIE ZALEŻY MI”)	1	2	3	4	5
60.Angażuję się w sprawy znajomych, oferuję swoją pomoc aby uniknąć roztrząsania własnych zmartwień	1	2	3	4	5
61.Dążę do zdobycia informacji o zdarzeniu lub sytuacji z którym (ą ) muszę się zmierzyć(np. egzamin, egzaminator, przyszła praca, pracodawca)	1	2	3	4	5
62.Unikam stresu poprzez odkładanie ważnych wydarzeń w czasie(np. termin egzaminu, wizyta u dentysty, zapoznanie się z diagnozą lekarską)	1	2	3	4	5
63.Staram się aby nie zawładnęły mną emocje, dlatego bez wahania przystępuję do rozwiązania problemu	1	2	3	4	5
64.Wynajduję szereg spraw lub zajęć, które pozwolą mi na krótko zapomnieć o stresie (sprzątanie, gotowanie, błahe rozmowy, zakupy)	1	2	3	4	5
65.Wciąż myślę, że gdybym postąpił (a) inaczej sytuacja nie byłaby obecnie	1	2	3	4	5

taka zła

66. Stresującą sytuację traktuję jako kolejne zadanie z którym muszę się zmierzyć 1 2 3 4 5

**Sprawdź czy ustosunkowałeś się do wszystkich stwierdzeń !!! Dziękujemy.**

## **2. Kwestionariusz Oceny Rozwiązania Kryzysu**

### **WYWIAD**

( opracowanie: Jadwiga Piątek)

#### **Dane osobowe**

Inicjały:

Wiek:

Wykształcenie:

Stan rodzinny (*cywilny i z kim mieszka*):

teraz:.....wtedy:.....

Pracuje: tak, nie, uczy się

Miejsce zamieszkania: duże miasto, małe miasto, wieś

System wsparcia:

teraz:.....wtedy:.....

Leczenie psychiatryczne::

- w rodzinie generacyjnej:.....

- w rodzinie prokreacyjnej (*też w rodzinie małżonka*):.....

Alkohol:

- w rodzinie generacyjnej:.....

- w rodzinie prokreacyjnej (*też w rodzinie małżonka*):.....

**I.1. Pana/i zgłoszenie do Ośrodka było związane z określonym zdarzeniem. Proszę powiedzieć, co spowodowało, że zgłosił się Pan/i do Ośrodka** (*np. pobicie, przemoc ze strony partnera, itp., ważne, by zapisać co klient pamięta jako przyczynę*)  
.....  
.....

**I.2. Jaki czas przed zgłoszeniem się do Ośrodka miało miejsce to zdarzenie?**

**I.3. Czas trwania zdarzenia?**

**I.4. Czy coś zapowiadało wystąpienie tego zdarzenia?**

**II.1. Zdarzenie to spowodowało u Pana** (*zakreślić właściwe*):

A. Problemy zdrowotne (somatyczne)	tak	nie
B. problemy finansowe	tak	nie

C. brak miejsca zamieszkania (noclegowego)	tak	nie
D. zagrożenie ze strony pewnej osoby (osób)	tak	nie
E. brak żywności	tak	nie
F. problemy prawne lub urzędowe	tak	nie
G. poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły	tak	nie
H. pogorszenie samopoczucia psychicznego (objawy utrudniające codzienne funkcjonowanie)		
zach. samobójcze, hospitalizacja, farmakoterapia, inne (zwrócić uwagę czy wystąpiły):.....	tak	nie
.....		
I. przekonanie o własnej bezwartościowości	tak	nie
J. załamanie się przekonań na temat siebie	tak	nie
K. zerwanie relacji z bliską osobą (osobami)	tak	nie
L. pogorszenie relacji z bliską osobą (osobami)	tak	nie
Ł. pogorszenie stosunków w obrębie rodziny	tak	nie
M. pogorszenie związków z przyjaciółmi	tak	nie
N. pogorszenie stosunków w pracy , w dalszym otoczeniu,	tak	nie
O. utrata poczucia sensu własnego życia	tak	nie
P. załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata	tak	nie
R. zmiana przekonań duchowo-religijnych,	tak	nie

Inne (wypisać): .....

.....

**II.2. Proszę ocenić nasilenie kryzysu, który Pan/i wtedy przeżywał na skali od 1 do 5, gdzie 1 – oznacza bardzo małe nasilenie kryzysu, 2 – oznacza małe nasilenie, 3 – średnie, 4 – duże, a 5 – bardzo duże nasilenie:**

Ocena:.....

**II.3. Jaka była reakcja otoczenia na Pana/i kryzys:**

- nikt o nim nie wiedział, bo ukrywałem(am) go,
- niektóre osoby:.....pomogły mi,
- wszyscy mi pomagali,
- nie miałam do kogo się zwrócić.

**III. Wróćmy teraz do problemów wywołanych przez ten kryzys (dotyczy II.1 oznaczonych pozytywnie) i proszę ocenić na skali od 1 do 5 stopień rozwiązania tych problemów z dzisiejszej perspektywy w następujący sposób:**

- 1 - gdy problem w ogóle nie został rozwiązany,
- 2 - gdy problem został rozwiązany częściowo, powiedzmy w 25 %
- 3 - gdy problem został rozwiązany w połowie, tzn. w 50 %,
- 4 - gdy większa część problemu została rozwiązana, powiedzmy 75 %,
- 5 - gdy został całkowicie, w 100 % rozwiązany

(ocenę zapisać przy zaznaczonych problemach II.1)

**IV.1. Co Panu/i najbardziej pomogło w rozwiązaniu tych problemów (zapisać co lub kto): .....**



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

**IV.2. Czy szukała Pan/i pomocy w innych instytucjach:**

- przed zgłoszeniem do OIK (*jeśli tak – wymienić*):.....  
.....
- po zgłoszeniu do OIK (*jeśli tak – wymienić*):.....  
.....

**IV.3. Czy szukała Pan/i pomocy u innych osób:**

- przed zgłoszeniem do OIK (*wymienić*):.....
- po zgłoszeniu do OIK (*wymienić*): .....

**V.1. Jakiego rodzaju pomocy oczekiwał Pan/i, gdy skontaktował się wtedy z OIK (*pytanie otwarte, zapisać odpowiedź*):**

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

**Czy oczekiwał Pan/i (*przeczytać i poprosić o wybranie - wybór podkreślić*):**

Wysłuchania i wsparcia, wskazówek i pokierowania jak wyjść z sytuacji, wizyty domowej, schronienia na krótki czas, ochrony przed zagrożeniem ze strony innych, terapii lub mediacji w konflikcie, porady prawnej,

Inne: .....

**V.2. Czy dzięki pomocy OIK uzyskał Pan/i (*podkreślić*):**

- uważne wysłuchanie, zrozumienie, zainteresowanie, życzliwość,
- „wygadanie się”, „wyrzucenie z siebie”, poczucie bezpieczeństwa,
- informacja „jak załatwić” i „gdzie pójść” (skierowanie do właściwych osób i instytucji),
- pomoc w realizowaniu planu, załatwianiu spraw,
- porada prawna, lekarska,
- pobyt w poczekalni, hostelu,
- wizyta domowa lub w innej instytucji kogoś z OIK,
- włączenie bliskich, ważnych osób w spotkania w OIK,
- pomoc w zrozumieniu siebie i zmianie.
- inne: .....

**V.3. Czy pamięta Pan/i ile odbyło się spotkań w Ośrodku ?**

.....

Czy ta liczba spotkań była planowana? (*chodzi o ewentualne przerwanie kontaktu*):

**Tak    Nie**

**V.4. Czego brakowało w pomocy OIK, co trzeba by zmienić w sposobie Pomagania (*zapisać*)?**

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

**V.5. Jak Pan/i sądzi, jaka pomoc jest najbardziej potrzebna osobom, które ucierpiały w wyniku przestępstwa / traumatycznego wydarzenia (zapisać)?**

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

**VI.1. Czy w Pana/i życiu miały miejsce następujące wydarzenia ? (zaznaczyć właściwe i wpisać także orientacyjnie jaki czas temu).**

**Czy któreś z nich miało miejsce po zakończeniu kontaktu z OIK ?  
(zasadnicza sprawa !)**

- Śmierć współmałżonka, dziecka, rodzica (kiedy: )
- Śmierć innego członka rodziny lub przyjaciela (kiedy: )
- Próba samobójcza (kiedy: )
- Próba samobójcza bliskiej osoby (kiedy: )
- Rozwód lub separacja (kiedy: )
- Poważna choroba lub wypadek (kiedy: )
- Poważna choroba lub wypadek kogoś z twoich bliskich (kiedy: )
- Przemoc ze strony bliskiej osoby (kiedy: )
- Gwałt, napad lub pobicie przez obcą osobę (kiedy: )
- Powódź, pożar (kiedy: )
- Wypadek komunikacyjny (kiedy: )
- Zdrada małżeńska (kiedy: )
- Zerwanie stałego związku partnerskiego (kiedy: )
- Poważne problemy małżeńskie (kiedy: )
- Utrata pracy (kiedy: )
- Utrata mieszkania (eksmisja, wypowiedzenie) – (kiedy: )
- Kłopoty w pracy: z szefem, kolegami (kiedy: )
- Poważny kryzys finansowy (kiedy: )
- Problemy z prawem lub poważne problemy urzędowe (kiedy: )
- Kłopoty z bliskim przyjacielem, sąsiadem, krewnym (kiedy: )
- Utrata czegoś ważnego, wartościowego (kiedy: )
- Powiększenie rodziny (kiedy: )
- Odejście z domu dzieci (kiedy: )
- Zmiana pracy (kiedy: )
- Inne : .....(kiedy: )

**VI.2. Czy to zdarzenie (zdarzenia) wywołały u Pana/i kryzys podobny do tego, z jakim zgłosił się Pan/i do Ośrodka?**

*(UWAGA! Chodzi tylko o wydarzenia które miały miejsce po zakończeniu kontaktu z OIK !!!)*

**Tak    Nie**

*(Odtąd wszystkie poniższe pytania, oprócz pytań **IX.4. i IX.5.** dotyczą sytuacji, gdy zdarzenie wywołało kryzys)*

**VI.3. Proszę ocenić nasilenie kryzysu, który Pan/i wtedy przeżywał na skali od 1 do 5, gdzie 1 – oznacza bardzo małe nasilenie kryzysu; 2 – oznacza małe nasilenie; 3 – średnie; 4 – duże; 5 – bardzo duże nasilenie:**

Ocena:.....

**VII.1. (jeśli wywołało kryzys) Zdarzenie (zdarzenia) to spowodowało u Pana/i (podkreślić właściwe):**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| A. Problemy zdrowotne  | tak | nie |
| B. problemy finansowe  | tak | nie |
| C. brak miejsca zamieszkania (noclegowego)   | tak | nie |
| D. zagrożenie ze strony pewnej osoby (osób)  | tak | nie |
| E. brak żywności   | tak | nie |
| F. problemy prawne lub urzędowe  | tak | nie |
| G. poczucie nieudolności i braku wiary we własne siły                                      | tak | nie |
| H. pogorszenie samopoczucia psychicznego (objawy utrudniające codzienne funkcjonowanie)    |     |     |
| zach. samobójcze, hospitalizacja, farmakoterapia, inne(zwrócić uwagę czy wystąpiły): ..... | tak | nie |
| .....  |     |     |
| I. przekonanie o własnej bezwartościowości   | tak | nie |
| J. załamanie się przekonań na temat siebie   | tak | nie |
| K. zerwanie relacji z bliską osobą (osobami)   | tak | nie |
| L. pogorszenie relacji z bliską osobą (osobami)  | tak | nie |
| Ł. pogorszenie stosunków w obrębie rodziny   | tak | nie |
| M. pogorszenie związków z przyjaciółmi   | tak | nie |
| N. pogorszenie stosunków w pracy , w dalszym otoczeniu,                                    | tak | nie |
| O. utrata poczucia sensu własnego życia  | tak | nie |
| P. załamanie przekonań na temat innych ludzi i świata                                      | tak | nie |
| R. zmiana przekonań duchowo-religijnych,   | tak | nie |

Inne (wypisać).....  
.....

**VIII. Wróćmy teraz do problemów wywołanych przez ten kryzys i proszę ocenić na skali od 1 do 5 stopień rozwiązania tych problemów z dzisiejszej perspektywy w następujący sposób:**

- 1 - gdy problem w ogóle nie został rozwiązany,
  - 2 - gdy problem został rozwiązany częściowo, powiedzmy w 25 %
  - 3 - gdy problem został rozwiązany w połowie, tzn. w 50 %,
  - 4 - gdy większa część problemu została rozwiązana, powiedzmy 75 %,
  - 5 - gdy został całkowicie, w 100 % rozwiązany
- (ocenę zapisać przy zaznaczonych problemach)

**IX.1. Co Panu/i najbardziej pomogło w rozwiązaniu tego problemu (zapisać co lub kto):** .....

.....

**IX.2. Czy szukała Pan pomocy w innych instytucjach:**

Nie            Tak (wypisać):.....

.....

**Czy skorzystał Pan/i z pomocy OIK:    Tak            Nie**

**IX.3. Czy szukała Pan/i pomocy u innych osób:**

Nie            Tak (wypisać):.....

.....

UWAGA !!! (pytania poniższe dotyczą każdego badanego)

**IX.4. Czy zauważyła Pan/i zmianę w radzeniu sobie z nowymi problemami w porównaniu do problemów przy „pierwszym” kryzysie?**

*(podkreślić odpowiedź)*

tak, dużo lepiej sobie radzę,  
tak, lepiej sobie radzę  
nie, nie zauważyłam zmiany,  
radzę sobie gorzej,  
radzę sobie dużo gorzej.

**IX.5. Czy zauważyła Pan/i jakieś inne zmiany u siebie, w sytuacji, u innych ?**

### **3. Kwestionariusz Poziomu Zadowolenia Klienta (CSQ-8)**

#### **4. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)**