

JOANNA JEZIERSKA

Uniwersytet Gdański

ORCID 0000-0002-0769-3984

## DIAGNOZA W OBSZARZE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

**Streszczenie:** Artykuł ma na celu prezentację czytelnikowi rozumienia zjawiska kryzysu jako pojęcia niejednoznacznego oraz ma na celu zachęcenie czytelnika do wielowymiarowego interpretowania (rozumienia) sytuacji trudnej. Celem artykułu jest podkreślenie roli i znaczenia diagnozy przy ocenie sytuacji kryzysowej oraz przy projektowaniu oddziaływań o charakterze interwencyjnym względem klientów znajdujących się w kryzysach różnego typu. Cel artykułu stanowi przede wszystkim zapoznanie czytelnika z jednym z narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych w obszarze interwencji kryzysowej, czyli TAF (Triage Assessment Form, autorstwa R.A. Myer, R.C. Williams, A.J. Ottens i A.E. Schmidt). Narzędzie to pozwala na dokonanie oceny (diagnozy) sytuacji kryzysowej, w której znalazł się klient w trzech obszarach, czyli w sferze afektywnej, poznawczej oraz behawioralnej.

**Słowa kluczowe:** Interwencja kryzysowa, diagnoza, TAF, kryzys

### WPROWADZENIE

Celem artykułu jest wskazanie znaczenia diagnozy, czyli prawidłowego wykorzystania metod, technik i narzędzi psychologicznych, pedagogicznych dla scalenia sposobu funkcjonowania klienta, poprzez przywrócenie poprzedniego stanu funkcjonowania lub nawet polepszenie funkcjonowania. Celem artykułu jest zapoznanie czytelnika z narzędziem diagnostycznym TAF (Triage Assessment Form, autorstwa R.A. Myer, R.C. Williams, A.J. Ottens i A.E. Schmidt) wykorzystywanym w interwencji kryzysowej.

Prawidłowa diagnoza, a co za tym idzie – prawidłowy dobór metod pracy z klientem ma na celu polepszenie funkcjonowania osoby dotkniętej sytuacją kryzysową. Polepszenie rozumiane jest jako funkcjonowanie na wyższym/lepszym poziomie niż przed wystąpieniem sytuacji kryzysowej. W kontekście prawidłowo

przeprowadzonej diagnozy kryzys może stać się zagrożeniem czy też utrudnieniem w dotychczasowym funkcjonowaniu jednostki oraz zaburzać jej funkcjonowanie, lecz może także w przyszłości stać się szansą i być rozumiany jako szansa na odbudowę funkcjonowania na innym, czasem wyższym poziomie. Podstawę treści zaprezentowanych w artykule stanowi ponad 12-letnia praktyka pracy z osobami znajdującymi się w kryzysach różnego rodzaju.

Prawidłowa diagnoza sytuacji kryzysowej może być ujmowana szeroko jako rodzaj prewencji wtórnej zmierzającej do ograniczenia negatywnych konsekwencji pojawiających się w funkcjonowaniu człowieka w obliczu wystąpienia sytuacji trudnej, sytuacji frustracji, potrzeb różnego typu, np. potrzeby bezpieczeństwa. Sytuacji, w obliczu której stosowane do tej pory środki radzenia sobie stają się niewystarczające.

W szerokim ujęciu kryzys rozumiany jest jako zaburzenie funkcjonowania na wielu płaszczyznach w obliczu sytuacji nowej (nieznanej), uniemożliwiającej adaptację do niej dotychczas znanymi i stosowanymi środkami i metodami radzenia sobie.

Celem artykułu jest wskazanie potencjałów, zasobów drzemących w kliencie, które pozwalają mu na lepsze funkcjonowanie, „zdrowienie”. Zasoby klienta mogą zostać wydobyte poprzez prawidłowo, rzeczowo i dokładnie wykonaną diagnozę osoby klienta i sytuacji kryzysowej.

## KRYZYS JAKO POJĘCIE NIEJEDNOZNACZNE

W trakcie życia ludzie niejednokrotnie napotykać na trudności, sytuacje trudne/kryzysowe, doświadczenia traumatyczne, sytuacje, z którymi sami nie mogą sobie poradzić. Są to sytuacje, które przekraczają możliwości przystosowawcze/adaptacyjne jednostki. Istnieje wiele definicji kryzysu/sytuacji kryzysowej, możemy jednak zaobserwować elementy wspólne we wszystkich ujęciach teoretycznych omawianego pojęcia. Sytuacje kryzysowe rozumiane są jako takie, wobec których człowiek pozostaje bezsilny, bezbronny, w konsekwencji czego potrzebują wsparcia ze strony innych osób, w tym także instytucji świadczących specjalistyczną pomoc, takich jak ośrodki interwencji kryzysowej i inne ośrodki udzielające wsparcia psychologicznego.

Wśród wielu definicji kryzysu każda z nich kładzie nacisk na inny aspekt sytuacji kryzysowej. Jedną z najczęściej przytaczanych definicji kryzysu jest ta, która podkreśla, że ludzie znajdują się w stanie kryzysu w momentach, w których natrafiają na przeszkodę, uniemożliwiającą im realizację celów życiowych, uznanych przez nich za istotne (Caplan 1961, s. 18). Kryzys może pojawić się także

w momentach, w których pojawiają się trudności w sytuacjach wymagających codziennych wyborów oraz życiowych decyzji (Caplan 1961, s. 40). Jedną z najbardziej kompleksowych definicji kryzysu jest ta zaproponowana przez Brammera, w myśl której kryzys definiowany jest jako stan dezorganizacji, w którym człowiek staje w obliczu zniweczenia ważnych celów życiowych lub głębokiego zaburzenia swego cyklu życiowego i metod radzenia sobie z czynnikami stresującymi. Termin kryzys odnosi się zazwyczaj do poczucia lęku, szoku i trudności przeżywanego w związku z zaburzeniem, a nie samego zaburzenia (Brammer 1985, s. 94).

Przywołany powyżej stan dezintegracji dotyczy psychiki. Dezintegracja psychiczna rozumiana jest jako osłabienie lub rozpad wewnętrznej organizacji psychiki, czyli osobowości. Dezintegracja pojawia się w sytuacjach traumatycznych, przy silnych wstrząsach, czyli urazach psychicznych (Ekel, Jaroszyński, Ostaszewska 1965, s. 28).

W obliczu sytuacji trudnej, przekraczającej możliwości przystosowawcze ludzi, możliwe jest przyjęcie jednej z czterech strategii. Pierwsza, świadcząca o wysokich umiejętnościach przystosowawczych jednostki do nowych sytuacji, to samodzielne pokonanie sytuacji trudnej. Druga forma to tzw. „pozorne uporanie się z kryzysem”, wyparcie sytuacji trudnej, skierowanie swojej aktywności na inne działania lub deprecjonowanie przeżytego doświadczenia. Trzeci sposób przezwyciężenia sytuacji trudnej to załamanie psychiczne w wyniku kryzysu jako rezultat nieumiejętności samodzielnego poradzenia sobie z sytuacją trudną. Czwartą formę poradzenia sobie z kryzysem może stanowić umiejętność szukania pomocy, proszenia o pomoc. Ta strategia powiązana jest z kompetencją szukania wsparcia ze strony swojego najbliższego otoczenia/osób bliskich lub szukania wsparcia ze strony instytucji pomocowych, świadczących profesjonalną pomoc.

W obliczu pojęcia kryzysu dodefiniowania wymagają działania podejmowane w ramach szeroko rozumianej interwencji kryzysowej. Dwa podstawowe terminy istotne dla działań o charakterze interwencyjnym to: *dyrektywność* oraz *uczestniczenie* w środowisku zajmującym się poradnictwem. Istotą interwencji kryzysowej stanowi pojęcie zagrożenia i okazji, czy też szansy (James, Gilliland 2010, s. 33–46). Kryzys, np. rozwojowy, jest niczym innym, jak szansą na nowy lepszy rozwój na wyższym poziomie. Obecnie w pracy z klientami/pacjentami koncentrujemy się na elementach funkcjonowania i środowiska społecznego wpływających pozytywnie na rozwój człowieka, jego psychiki, a nie na psychopatologii. W interwencji kryzysowej koncentrujemy się na widzeniu klienta/pacjenta w kategorii jego zasobów, umiejętności, aktywów, a nie pasywów i deficytów. Praca z klientami/pacjentami zmierza w stronę zwiększenia ich wewnątrzsterowności, co powinno zwrotnie przynosić rezultat w postaci wzrostu dobrostanu psychicznego.

Kryzys jest często potocznie określany jako zagrożenie, co od razu konotuje wydarzenie kryzysowe jako negatywne. Z całym zdecydowaniem podkreślić

należy, że zjawisko kryzysu musi być ujmowane jako zjawisko wielowymiarowe, złożone i niejednolite w swojej strukturze i przebiegu. Sytuacja kryzysu może być ujmowana jako zjawisko powodujące rozpad dotychczasowej struktury funkcjonowania klienta/pacjenta, w następstwie czego kryzys może stać się zagrożeniem i utrudnieniem w dotychczasowym funkcjonowaniu jednostki oraz zaburzać jej funkcjonowanie także w przyszłości. Z drugiej zaś strony kryzys może stać się szansą i być rozumiany jako szansa na odbudowę funkcjonowania na innym, czasem wyższym poziomie. Twierdzenie głoszące, że kryzys to szansa, odnajduje swoje odzwierciedlenie w pracy z klientami, m.in. uwikłanymi w przemoc, w tym przemoc domową, w kryzysach rozwojowych, egzystencjalnych, ale także wielu innych. Takie ujmowanie kryzysu kładzie nacisk na odnalezienie zasobów, potencjałów drzemących w jednostkach znajdujących się w sytuacjach kryzysowych oraz ujawnia możliwości leżące w środowisku lokalnym czy też najbliższym otoczeniu jednostki.

Kryzys może być rozumiany jako sytuacja nowa, nieznana, wymagająca przystosowania się do nowych okoliczności. Pojawienie się nieznanej do tej pory w życiu sytuacji/zdarzenia zaburza u ludzi ich dotychczasowy sposób funkcjonowania, burzy równowagę funkcjonowania (zaburza homeostazę). Tak ujmowana sytuacja kryzysowa może doprowadzić, do zachowań autoagresywnych, w tym także doprowadzić do samobójstwa, kiedy człowiek oceni sytuację jako zagrażającą i nie dającą się pokonać. Sytuacja kryzysowa może być utożsamiana również z okazją, przez co przyjmuje się, że nowe wydarzenie może doprowadzić do poszukiwania pomocy, wsparcia, co zwrótnie może doprowadzić do wzrostu funkcjonowania, samorealizacji oraz samorozwoju (James, Gilliland 2010, s. 33). Takie ujmowanie sytuacji kryzysowej zawiera w sobie optymistyczne podejście, że człowiek sam lub przy wsparciu innych osób potrafi pokonać sytuację trudną. Założenie to umożliwia jednocześnie traktowanie trudnego wydarzenia jako wyzwacza dobrego, a nawet lepszego funkcjonowania. W konsekwencji przyjęcia takiego sposobu myślenia sytuacja trudna, a raczej jej pokonanie, powinno doprowadzać do wzrostu wiary w swoje możliwości oraz umiejętności radzenia sobie. Innymi słowy: powinno nastąpić zwiększenia dobrostanu psychicznego danego człowieka.

Za Brammerem przyjmują się, że istnieją trzy rodzaje kryzysów, każdy z nich może stać się potencjalną szansą lub zagrożeniem. Pierwszy rodzaj to kryzysy rozwojowe stanowiące nieodłączną część życia każdego człowieka. Kryzysy tego rodzaju są spodziewane, związane z dojrzewaniem, oczekiwane, wymagają zmiany ról i zadań. Często ta zamiana ról przyjmuje wręcz dramatyczną formę. Kryzysom tego rodzaju towarzyszy zawsze napięcie emocjonalne, lęk oraz niepokój. Druga forma to kryzysy sytuacyjne, stanowiące w przeważającej większości efekt nagłych, niezwykle, rzadkich, nieprzewidywalnych oraz niekontrolowanych i silnie urazowych zdarzeń, stanowiących niebezpieczeństwo. Zdarzenia takie zagrażają

poczuciu tożsamości, a także zdrowiu i życiu. Trzeci rodzaj to kryzysy egzystencjalne, czyli odnoszące się do wewnętrznych konfliktów, poczucia sensu życia lub poczucia jego braku. Związane są z określeniem własnej tożsamości, dotyczą odpowiedzi na pytanie kim jestem, a także kim chce być (Brammer 1985, s. 94–95).

W takim rozumieniu interwencja kryzysowa stanowi metodę systemowego, interdyscyplinarnego, wielowątkowego oddziaływania na osobę znajdującą się w kryzysie. Metoda ta dostarcza wszechstronnego wsparcia i wieloaspektowej pomocy: psychologicznej, materialno-bytowej, prawnej. Jest to sposób pracy dobrany indywidualnie do każdego klienta, zgodny z jego możliwościami, oczekiwaniami oraz posiadaną motywacją. W wypadku klientów immobilnych (nie mogących podejmować działań w swojej sprawie, do tej grupy klientów należą m.in. dzieci), interwencja kryzysowa odznacza się wysokim stopniem dyrektywności. Interwencja kryzysowa koncentruje się wokół szybkiej, wielopłaszczyznowej diagnozy sytuacji problemowej, interwencją w pierwszej kolejności objęty jest najbardziej strauumatyzowany element funkcjonowania człowieka. Działania interwencyjne oparte są na wskazanym wcześniej planie, który każdorazowo jest dobrany indywidualnie. Metody wykorzystywane w interwencji kryzysowej z założenia są szybkie, krótkoterminowe, działania te zakładają ewaluację pracy, która odbywa się poprzez weryfikację sposobu funkcjonowania klienta po pokonaniu kryzysu. Ocena dotyczy tego, czy klient powrócił do sposobu funkcjonowania, który prezentował przed kryzysem (James, Gilliland 2010, s. 33–39).

Program interwencji kryzysowej w społecznościach lokalnych zakłada, że prawdopodobnie każda społeczność dysponuje odpowiednimi środkami, personelem i wiedzą niezbędnymi do opracowania i wdrożenia prewencyjnych programów interwencji kryzysowej. W ramach projektowania oddziaływań postuluje się podejście wielodyscyplinarne. Programy interwencji kryzysowej planowane w społecznościach lokalnych powinny być tworzone przez osoby reprezentujące różne zawody, posiadające odmienne poglądy. Dla stworzenia odpowiednich oddziaływań interwencyjnych w środowiskach lokalnych istotne stają się pojęcia takie jak praca zespołowa, kooperacja w ramach podejmowanych działań, koordynacja i współpraca (James, Gilliland 2010, s. 567).

Za Kubacką-Jasiecką można przyjąć, że interwencja kryzysowa stanowiąca metodę krótkoterminowego oddziaływania psychologicznego, nawiązująca do ruchów na rzecz zdrowia społeczności oraz zmian polityki społecznej, znacznie poszerza swoje zadania i zakres zainteresowań. Interwencja kryzysowa stanowi nie tylko formę pomocy w indywidualnych kryzysach, ale także staje się narzędziem prewencji społecznej (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 542–543).

Inicjatywa i działalność pionierów społecznej prewencji, zainteresowanych lepszym funkcjonowaniem jednostek w systemach społecznych, zmierzała do

utworzenia sieci ośrodków i instytucji wsparcia formalnego zapewniających społecznościom lokalnym różnorodne usługi w zakresie ochrony zdrowia oraz przystosowania. Aktualnie rozwijane modele pracy interwencyjnej, antycypującej występowanie zagrożeń i kryzysów (modele ogólnosystemowej prewencji) podlegają ewolucji. Mamy do czynienia z przejściem od ruchu społecznego inicjowanego przez społeczników/wolontariuszy do działalności instytucji zrzeszających zawodowych specjalistów korzystających ze wsparcia profesjonalistów i wolontariuszy (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 543).

### DIAGNOZA W OBSZARZE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Interwencja kryzysowa rozumiana jako podejmowanie interdyscyplinarnych działań na rzecz polepszenia sytuacji klientów znajdujących się w kryzysach różnego typu łączy w sobie wiedzę z zakresu psychologii (ze szczególnym uwzględnieniem psychopatologii funkcjonowania człowieka), pedagogiki, prawa, pracy socjalnej, medycyny, a także psychiatrii.

Interwencja kryzysowa wywodząca się pierwotnie z praktyki, czyli działalności pracowników socjalnych, zakłada zastosowanie oraz wykorzystanie metod, technik i narzędzi krótkoterminowych. Podstawowe założenie interwencji kryzysowej jest takie, że pierwsze spotkanie z klientem może być zarazem ostatnim, z uwagi na ten fakt szczególnego znaczenia nabiera szybka i sprawna diagnoza sytuacji kryzysowej. Diagnoza obejmująca najbardziej strauumatyzowany element funkcjonowania klienta. Jest to pierwsze i główne rozróżnienie pomiędzy terapią a interwencją kryzysową. Należy zaznaczyć, że szybka i dobrze przeprowadzona diagnoza nie może być utożsamiona z tzw. „szybkim” rozwiązaniem sytuacji klienta, którą ten interpretuje jako trudną. Rozwiązanie problemu leży po stronie klienta, zależy od jego motywacji, gotowości i rzeczywistej chęci do zmiany. Interwencja kryzysowa oparta na indywidualnie dobranych do każdego przypadku metodach, technikach i narzędziach przyjmuje, że z uwagi na osobnicze/indywidualne uwarunkowania/zasoby każdego człowieka, może oznaczać zupełnie coś innego. Sprowadza się to do tezy, że szybko dla jednego klienta oznacza tydzień, a dla innego parę lat.

Podstawę interwencji kryzysowej stanowi umiejętne wykorzystanie tzw. „miękkich narzędzi psychologicznych”, zatem interwencja kryzysowa opiera się na indywidualnych kompetencjach i umiejętnościach interwenientów kryzysowych. Podstawowym narzędziem interwencji kryzysowej jest sama osoba udzielająca wsparcia psychologicznego. W dalszej części artykułu szczegółowo opiszę niezbędne kompetencje osobowe potrzebne do wykonywania działań interwencyjnych opierających się na modelu interwencji kryzysowej.

Cały model interwencji kryzysowej opiera się na pojęciu oceny. Używając terminu ocenianie mam na myśli dokładne, rzetelne oraz wieloaspektowe zdiagnozowanie sytuacji klienta na podstawie zasobów osoby znajdującej się w kryzysie, ale także zasobów środowiskowych i instytucjonalnych. Ocenianie (diagnoza) interpretowana jest jako metoda interwencji i zakłada wykorzystanie przywołanych powyżej miękkich „umiejętności” psychologicznych interwenientów.

Interwencja kryzysowa w ramach diagnozy, czyli w ramach oceniania, posługuje się 6-elementowym modelem interwencji kryzysowej. Model dzielimy na dwa podstawowe podelementy, które decydują o postawie interwenienta względem osoby w kryzysie oraz o wyborze metod, technik i narzędzi interwencyjnych. Na każdym etapie pracy preferowany jest inny rodzaj podejścia do klienta. Pierwszy element to wysłuchanie, drugi – działanie. W interwencji kryzysowej stosujemy tzw. postawę rozumiejącą, co oznacza, że istnieje przewaga wysłuchania nad działaniem. Jako że mamy do czynienia z modelem 6-elementowym, to każdy z przywołanych podelementów dzielimy kolejno na trzy części.

W ramach wysłuchania wyróżniamy etapy: zdefiniowania problemu, zapewnienia bezpieczeństwa oraz wspierania. W odniesieniu do działania wyróżniamy etapy: rozważania możliwości, układania planów oraz uzyskania zobowiązania ze strony klienta (James, Gilliland 2010, s. 49–52).

W każdym z wymienionych etapów mamy do czynienia z wykorzystaniem podstawowych umiejętności terapeutycznych oraz z umiejętnym budowaniu relacji terapeutycznej. Relacja terapeutyczna rozumiana jest jako „(...) wzajemne uczucia i postawy w relacjach klient-terapeuta, a także sposób ich wyrażania” (Gelso, Hayes 2004, s. 17).

Wyniki wielu badań potwierdziły ogromne znaczenie relacji terapeutycznej dla prawidłowego przebiegu procesu pomagania. Relacja terapeutyczna jest fundamentalna, szczególne znaczenie dla prawidłowego budowania relacji ma dynamiczna wymiana myśli pomiędzy pomagaczem a osobą, której udzielana jest pomoc (Patton 1994, s. 310).

Do podstawowych umiejętności terapeutycznych wykorzystywanych przy diagnozie należy umiejętność obserwacji przekazu niewerbalnego, werbalnego oraz umiejętność rozpoznawania zależności pomiędzy przekazem werbalnym i poza werbalnym lub też umiejętność zauważenia braku spójności w tych przekazach. Podkreślenia wymaga fakt, że podczas kontaktu z klientem interwenient musi również obserwować siebie, co oznacza, że powinien weryfikować, w jaki sposób sytuacja klienta oddziałuje na niego. Osoba udzielająca wsparcia i pomocy nade wszystko musi obserwować, czy zachowuje względem klienta postawę neutralną, czyli nieoceniającą. W takim rozumieniu w interwencji kryzysowej wykorzystywana jest zasada obserwacji siebie (Heaton, 2003, s. 15–25). Obserwacja siebie

przez osobę pomagacza, czyli obserwacja swoich osobistych reakcji na klienta, jest diagnostyczna. Można bowiem założyć, że sposób w jaki klient wchodzi w interakcję z interwenientem psychologicznym stanowi odzwierciedlenie jego sposobu wchodzenia w relację/kontakt z innymi osobami. Jedną z korzyści jaką czerpią klienci w kontakcie z interwenientem jest nabycie umiejętności decentracji, czyli umiejętności spojrzenia na sytuację z perspektywy innych osób, co pozwala na rozszerzenie swojej perspektywy. Nabycie tej umiejętności może być pobudzone poprzez informowanie klienta o tym, w jaki sposób jego osoba rezonuje w innych osobach, w tym w osobie pomagacza.

Podczas każdej interwencji, niezależnie od rodzaju kryzysu, diagnozujemy aktualne problemy klienta, jego stan psychiczny oraz ewentualne regulowanie przez niego nastroju substancjami psychoaktywnymi, a także oceniamy rzecz najważniejszą, czyli weryfikujemy, czy klient nie stanowi zagrożenia dla siebie oraz innych osób (Heaton 2003, s. 32). Diagnozowane aktualne problemy to te sytuacje, które klient z różnych powodów traktuje jako najtrudniejsze i najbardziej dezorganizujące jego życie. Są to problemy zaburzające dotychczasową homeostazę funkcjonowania człowieka, są to takie sytuacje jak przemoc domowa, śmierć osoby bliskiej lub napaść seksualna i inne.

Elementy diagnozy przedstawione powyżej zostały zaprezentowane na poziomie ogólnym. W sposób oczywisty rodzi się pytanie: jak je diagnozować? Podstawowym elementem jest rozmowa terapeutyczna, czyli rozmowa twarzą w twarz lub – trudniejsza pod względem wykonania – rozmowa telefoniczna. Szczególnie trudna w kontekście diagnozy pozostaje sytuacja rozmowy z osobą znajdującą się w kryzysie suicydalnym.

Pierwszy element diagnozy w ramach 6-elementowego modelu interwencji kryzysowej to ocena natężenia kryzysu. Jest to subiektywna ocena natężenia sytuacji kryzysowej dokonana przez interwenienta. Wykonana jest na podstawie tego, co pomagacz słyszy od klienta oraz tego, co jest możliwe do zaobserwowania w zachowaniu klienta. Dla pomagacza każdy kryzys klienta jest równoznacznie ważny, wyjście z kryzysu zależy przede wszystkim od zasobów indywidualnych i środowiskowych osoby znajdującej się w sytuacji kryzysowej. W ramach diagnozy obszarów kryzysowych rolą interwenienta jest znalezienie zasobów klienta (uwarunkowania indywidualne) oraz odnalezienie zasobów środowiskowych. Klienci pogrążeni w sytuacji kryzysowej, często nie są w stanie dostrzec swoich potencjałów/zasobów, prawidłowa diagnoza w procesie pomagania polega nie tylko na umiejętnym znalezieniu pasywów, ale i pozytywów w funkcjonowaniu klienta. Innymi słowy w procesie diagnostycznym interwenient musi skoncentrować się na znalezieniu zasobów klienta i umiejętnym pokazaniu klientowi, że je posiada, wraz ze wskazaniem, w jaki sposób mogą one zostać pozytywnie wykorzystane



w rozwiązaniu sytuacji trudnej. Przed przystąpieniem z klientem do szukania jego mocnych stron/zasobów najpierw należy wykonać ocenę natężenia kryzysu.

Ocena natężenia kryzysu odbywa się poprzez diagnozę w 3 obszarach. Pierwszy obszar to sfera afektywna, czyli ocena uczuć lub nastroju emocjonalnego. Drugi obszar to aspekt behawioralny, czyli oceniana zostaje aktywność psychomotoryczna i działania podejmowane przez klienta. Trzeci obszar stanowi ocena w sferze poznawczej, czyli ocena wzorców myślenia klienta (James, Gilliland 2010, s. 53–54).

Jak dokonać oceny w tych obszarach? Oceny dokonujemy poprzez obserwację osoby klienta i poprzez rozmowę. Do przeprowadzenia prawidłowej diagnozy sytuacji kryzysowej wykorzystujemy Formularz oceny selekcyjnej: interwencja kryzysowa autorstwa R.A. Myer, R.C. Williams, A.J. Ottens i A.E. Schmidt (James, Gilliland 2010, s. 56–59). Formularz oceny selekcyjnej określanym jest mianem kwestionariusza TAF, jest to skrót powstały od angielskiej nazwy *Triage Assessment Form*. Formularz oceny pozwala na diagnozę we wszystkich trzech wymienionych obszarach. Pozwala on określić skalę natężenia zaburzeń afektywnych, behawioralnych i poznawczych. Jest to narzędzie bardzo proste w swojej konstrukcji, jednak jego wykorzystanie nastręcza wiele trudności, zwłaszcza młodemu pracownikom. Jego prawidłowe wykorzystanie wymaga dużej wiedzy z obszaru psychologicznego funkcjonowania człowieka oraz wymaga umiejętności syntetycznego myślenia. Opisanie sytuacji kryzysowej klienta na papierze pozwala uporządkować osobie podejmującej interwencję myślenie o kliencie oraz pozwala na szerokie zrozumienie specyfiki objawów, które występują u danego klienta w skutek pojawienia się zdarzenia krytycznego.

Pierwszym elementem w formularzu diagnostycznym jest krótkie i zwarte nazwanie sytuacji kryzysowej. Następnie przechodzimy do diagnozy obszaru afektywnego. W ramach diagnozy emocji oceniamy 3 obszary ze wskazaniem głównej tendencji przeżywania. Emocje oceniamy na wymiarach gniew – wrogość, strach – lęk oraz smutek – melancholia. Oceniamy i wskazujemy główny afekt jako dominujący. Następnie oceniamy pozostałe, z założeniem, że oczywiście któryś ze stanów przeżywania w danej sytuacji może być określony jako niewystępujący. Następnie, na skali od 1–10, oceniamy, czy mamy do czynienia z brakiem zaburzenia, minimalnym zaburzeniem, niewielkim zaburzeniem, umiarkowanym zaburzeniem, znacznym zaburzeniem lub ciężkim zaburzeniem. 1 oznacza brak zaburzenia, 10 oznacza ciężkie zaburzenie. Pozostałe wymiary zaburzenia mają określone po 2 stopnie natężenia. Do każdej skali przypisany jest szczegółowy opis, który pozwala wybrać stopień natężenia.

Drugim elementem formularza jest wymiar behawioralny. Tu oceniamy zachowania klienta w kategoriach: działania chybione, unikanie lub paraliż działania. Tu tak jak w przypadku 1 kategorii formularza, skalujemy w przedziale 1–10.

Mówiąc w sposób uproszczony, skala pozwala nam na podjęcie decyzji, czy klient radzi sobie w sposób adekwatny z przeżywanymi trudnościami. Poprzez analizę wymiaru behawioralnego możemy ocenić, czy dominującym wzorcem zachowania u danego człowieka jest mechanizm walki, czy też mechanizm ucieczki (jako uogólniona strategia funkcjonowania).

Ostatnim elementem jest wymiar poznawczy. Obszar poznawczy dotyczy przekraczania granic, zagrożenia lub utraty w wyniku sytuacji kryzysowej w obszarze fizycznym, psychicznym, obszarze stosunków do innych oraz obszarze moralnym/ duchowym. Wyróżnione zostały cztery obszary i w każdym z nich diagnozujemy, czy nastąpiło przekroczenie granic, zagrożenie lub utrata. Oceniamy tzw. reakcję poznawczą, gdzie 1 oznacza ocenę zasadniczą, 2 – drugorzędą, 3 – trzeciorzędą. Następnie, tak jak w wypadku dwóch pierwszych elementów kwestionariusza, skalujemy sytuację klienta w przedziale od 1–10. W ramach analizy poznawczej szczególnie interesujemy się na mechanizmami koncentracji uwagi klienta, które w sposób oczywisty wywierają wpływ na możliwości podejmowania decyzji oraz kontroli sytuacji, którą klient przeżywa jako trudną. Ocena przebiegu procesów poznawczych pozwala na analizę ewentualnych zniekształceń w percepcji rzeczywistości lub też percepcji swojego wpływu lub jego braku na rozwiązanie sytuacji krytycznej.

Przedziały służące skalowaniu sytuacji klienta znajdują się w granicach od 1 do 10 punktów w każdej z 3 części kwestionariusza i pozwalają one na syntetyczne zobrazowanie najbardziej zaburzonego elementu funkcjonowania klienta.

Finalną część kwestionariusza stanowi podsumowanie skal w każdym z 3 trzech wymiarów (afektywny, poznawczy, behawioralny). Klient uzyskuje również łączny wynik (zsumowanie wszystkich skal); minimalna suma punktów we wszystkich skalach to 3 punkty, maksymalna to 30 punktów. W konsekwencji, po uzyskaniu łącznego wyniku, interwient uzyskuje informację, czy ma do czynienia z klientem w łagodnej, czy też ostrej fazie kryzysu. Zwrotnie pozwala to na przekierowanie klienta do różnych innych specjalistów, np. do lekarza psychiatry (przy dużym zaburzeniu w obszarze afektywnym i poznawczym). Nie zawsze jest to możliwe, jednak zawsze należy podejmować próby, by porównać aktualny stan funkcjonowania klienta ze stanem przedkryzysowym, właśnie przy wykorzystaniu wskazanego narzędzia, czyli kwestionariusza oceny selekcyjnej. Porównanie obecnego stanu funkcjonowania klienta z funkcjonowaniem klienta przed kryzysem pozwoli na określenie mocnych stron klienta (zasobów), jego uogólnionych strategii radzenia sobie z sytuacją trudną, a także pasywów (utrudniających wyjście/rozwiązanie sytuacji kryzysowej). Ocena ta pozwoli na odpowiednie dobranie postawy, którą interwient powinien reprezentować względem klienta przy podejmowaniu interwencji.

Trójelementowe skalowanie należy stosować przy wdrażaniu każdego z 6 elementów modelu interwencji kryzysowej (James, Gilliland 2010, s. 51).

Ostatnim elementem projektowania działań względem klienta jest ocena przez prowadzącego interwencję, na ile może on zastosować względem klienta działania o charakterze niedyrektywnym, a na ile należy – z uwagi na zabezpieczenie życia i zdrowia klienta – zastosować działania dyrektywne. Oznacza to podjęcie decyzji, na ile można zawierzyć klientowi i wejść z nim w kooperację, czyli równomierny podział zadań.

Zaangażowanie interwenienta w rozwiązanie sytuacji klienta może znajdować swoje odzwierciedlenie w każdym z elementów kontinuum dyrektywność – niedyrektywność. Interwenient podejmuje decyzję na podstawie swojej wiedzy, doświadczenia, a także informacji, które posiada na temat klienta. Informacje zdobywamy w oparciu o wywiad/rozmowę terapeutyczną, ale mogą też one pochodzić z innych źródeł, np. od innych instytucji. Model interwencji kryzysowej przyjmuje, że postawę dyrektywną stosujemy zawsze w sytuacji, w której jest zagrożone życie lub zdrowie klienta lub osób z jego otoczenia (bezpośrednie zagrożenie życia), postawę taką zachowujemy również w znacznym stopniu w kontakcie z dziećmi. Zakłada się, że dzieci są tzw. klientami imobilnymi, czyli niemogącymi podejmować decyzji w swojej sprawie i wymagającymi specjalnej ochrony i uważności.

Podkreślić należy, że niezależnie od wybranej strategii pracy, tj. zachowań o charakterze dyrektywnym czy też niedyrektywnym, reprezentowanej przez interwenienta, musi on stosować cały znany mu warsztat pracy. Przez warsztat pracy rozumiem zastosowanie miękkich umiejętności psychologicznych, które zostały opisane we wcześniejszych częściach artykułu. Zasada ta ponownie podkreśla znaczenie diagnozy, gdyż w wypadku interwencji kryzysowej diagnosta staje się jednocześnie realizatorem zadań. Interwenient kryzysowy razem z klientem podejmują pracę nad tym, by poprawić funkcjonowanie oraz sytuację życiową klienta.

## PODSUMOWANIE

W interwencji kryzysowej nie istnieje jeden zbiór metod i działań, które mogłyby zostać podjęte względem wszystkich ludzi i we wszystkich sytuacjach czy też wszystkich rodzajach kryzysu z założeniem, że miałyby przynieść ten sam efekt.

Przedstawiony przeze mnie formularz TAF jest wyjątkowy w kontekście dokonania diagnozy sytuacji kryzysowej, stanowi uniwersalne narzędzie diagnostyczne, które może być wykorzystane przy analizie i ocenie wszystkich sytuacji kryzysowych. Kwestionariusz ten w połączeniu z umiejętnym wykorzystaniem obserwacji zachowania klienta stanowi podstawę diagnozy.

Można powiedzieć, że w kontekście TAF diagnoza stanowi formę profesjonalnej kompetencji osoby pomagacza. Tak rozumiana diagnoza w interwencji kryzysowej

zamyka się w trzech elementach: po pierwsze w samym procesie diagnozowania (wykorzystanie kwestionariusza), po drugie – w efektach tego diagnozowania, co oznacza podjęcie decyzji, czy osoba interwenienta jest wystarczająca by pomóc, czy być może jest potrzebna na tym etapie kryzysu pomoc innych specjalistów, np. lekarza, a po trzecie – diagnoza rozumiana jest jako dziedzina praktyczna, mająca na celu wykorzystanie wiedzy o najbardziej straumatyzowanym elemencie funkcjonowania klienta, jego pasywach i zasobach w kontekście pokonania kryzysu (Stemplewska-Żakowicz 2013, s. 15–16).

W pierwszej części artykułu zwróciłam uwagę czytelnika na fakt, że podstawą interwencji kryzysowej, w tym użycia kwestionariusza TAF, stanowi umiejętne wykorzystanie przez interwenienta praktycznych i interpersonalnych kompetencji w diagnozowaniu, które określiłam mianem miękkich umiejętności psychologicznych. Innymi słowy, mam tu na myśli codzienny warsztat pracy interwenienta kryzysowego, na który składają się dwie kategorie. Pierwsza to kompetencje komunikacyjne, w skład których wchodzi świadome władanie słowami, świadome/efektywne słuchanie oraz druga kategoria – umiejętności techniczne diagnosty, czyli konceptualizacja problemu klienta na podstawie zgromadzonych danych (Stemplewska-Żakowicz 2013, s. 159–193).

Konceptualizacja przypadku oznacza wieloaspektowe zrozumienie sytuacji klienta i koncentrację na wybranym problemie, który klient odbiera jako najtrudniejszy oraz najbardziej dolegliwy. Zadaniem pomagacza jest koncentracja na problemie, który klient zgłasza jako trudność. Konceptualizacja problemu wiąże się z opracowaniem planu działania, czyli opracowaniem krótkoterminowych i długoterminowych celów pracy (Feltham, Horton 2013, s. 223–227). Rola interwencji kryzysowej to koncentrowanie się na celach krótkoterminowych, czyli działaniach mających przynieść ulgę. W kontekście realizacji celów długoterminowych rola interwenienta kryzysowego sprowadza się do mobilizowania klienta do podjęcia terapii długoterminowej wraz ze wskazaniem miejsca jej odbycia.

Prawidłowo postawiona diagnoza stanowi podstawę podjęcia działań interwencyjnych. Diagnoza musi być przeprowadzona szybko, sprawnie, musi być jak najbardziej konkretna. Weryfikacja poprawności postawionej diagnozy, a w jej następstwie ocena prawidłowości podjętych względem klienta działań odbywa się poprzez porównanie funkcjonowania klienta z przed wystąpienia sytuacji kryzysowej do funkcjonowania po zdarzeniu krytycznym.

W interwencji kryzysowej zakłada się, że to klient jest specjalistą od swoich problemów, zatem prawidłowo wypełniony formularz TAF stanowiący podstawę procesu diagnozy, to taki, który jest wypełniany na podstawie danych z wywiadu i obserwacji, czyli rzetelnie zebranych informacji.

Podsumowując, należy stwierdzić, że poprawnie wykonana diagnoza, a następnie działania zaplanowane i podejmowane w jej wyniku mają służyć polepszeniu funkcjonowania klienta. Działania podejmowane w interwencji kryzysowej stawiają sobie za cel zwiększenie kompetencji klienta do rozwiązywania sytuacji trudnych oraz zwiększenia jego przekonania odnośnie tego, że poradzi sobie z innymi przeszkodami (kryzysami), które mogą pojawić się w przyszłości.

## LITERATURA

- Brammer M.L. 1985, *The helping relationship: Process and skills*. New York. Upper Saddle River, NJ: PrenticeHall. [https://scholar.google.pl/scholar?q=Brammer+M.L.+1985,+The+helping+relationship:+Process+and+skills.&hl=pl&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.pl/scholar?q=Brammer+M.L.+1985,+The+helping+relationship:+Process+and+skills.&hl=pl&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Feltham C., Horton I. (red.), 2013, *Psychoterapia i poradnictwo*. Tom 1. Sopot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 223–227.
- Caplan G., 1961, *An approach to community mental health*. New York. 2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon. [https://scholar.google.pl/scholar?q=Caplan+G.+1961,+An+approach+to+community+mental+health.&hl=pl&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.pl/scholar?q=Caplan+G.+1961,+An+approach+to+community+mental+health.&hl=pl&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Ekel J., Jaroszyński J., Ostaszewska J., 1965, *Mały Słownik Psychologiczny*. Warszawa, Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Gelso CH.J., Hayes J.A., 2004, *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heaton J.A. 2003, *Podstawy umiejętności terapeutycznych*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- James R.K., Gilliland B.E., 2010, *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Kubacka-Jasiecka D., 2010, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Patton M.J., 1994, Components of the counseling relationship – An evolving model: comment on gelso and carter. „Journal of Counseling Psychology”, 41, 3, s. 310–312. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=38eb8ca6-489b-4190-a1ca-4e4ffbc9c744%40sdc-v-sessmgr04>].
- Stemplewska-Żakowicz K., 2013, *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Sopot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

## DIAGNOSIS IN THE AREA OF CRISIS INTERVENTION

**Abstract:** The article aims to present the understanding of the phenomenon of crisis as an ambiguous concept and aims to encourage the reader to interpret (understand) a difficult situation (crisis situation) in many dimensions. The purpose of the article is to emphasize the role and importance of diagnosis in assessing a crisis situation and in designing interventions for clients in various crises. The aim of the article is to familiarize the reader with one of the diagnostic tools used in the area of crisis intervention. TAF (Triage Assessment Form, by R. A. Myer, R.C. Williams, A.J. Ottens and A.E. Schmidt). This tool allows you to assess (diagnose) a crisis situation of the client in three areas: sphere of affective, cognitive and behavioral.

**Key words:** Crisis intervention, diagnosis, TAF, crisis