Metodologia pracy Fundacji Serce Miasta

Holistyczny model wsparcia terapeutycznego i społecznego

Status dokumentu: opis koncepcji oraz propozycje standardów pracy do uzgodnienia przez zespół. Nowe narzędzia i procedury opisane w rozdziałach 7–8 nie stanowią deklaracji, że zostały już wdrożone. Dostępność poszczególnych świadczeń i skład zespołu wymagają aktualizacji operacyjnej.

Rozdziały 1–8 • opracowanie dla zespołu specjalistów • wersja robocza uzupełniona 12 października 2026 r.

Fundacja Serce Miasta rozwija zintegrowany model pracy, w którym pomoc w kryzysie bezdomności obejmuje dostęp do specjalistycznej terapii, pracę z ciałem oraz zmianę warunków życia. Psychoterapia, EMDR, hipnoterapia i terapia uzależnień mają w tym modelu określone miejsce. Ich zadaniem jest praca nad procesami, które utrudniają odzyskiwanie bezpieczeństwa, budowanie relacji i korzystanie z własnych możliwości. Pomoc materialna, socjalna i społecznościowa zapewnia warunki, w których zmiana terapeutyczna może być wykorzystywana w codzienności.

Dokument określa koncepcję pracy i sposób jej przekładania na decyzje specjalistów. Wspólną jednostką pracy jest osoba wraz z jej sytuacją życiową; wspólnym narzędziem integracji jest konceptualizacja przypadku i indywidualny plan wsparcia. Poszczególne metody dobieramy do rozpoznanych mechanizmów trudności, celów uczestniczki lub uczestnika i etapu współpracy.

1 Wprowadzenie

1 1 Misja i wizja Fundacji

Misją Fundacji Serce Miasta jest tworzenie warunków do odzyskiwania bezpieczeństwa, zdrowia i samodzielności przez osoby doświadczające bezdomności oraz wykluczenia. Łączymy pomoc odpowiadającą na aktualny kryzys z procesem terapeutycznym i rozwojowym. Uczestniczka lub uczestnik otrzymuje dostęp do pracy nad tym, co przeżywa, jak reaguje i w jaki sposób może kształtować dalsze życie.

Wizją Fundacji jest model pomocy, w którym specjalistyczna terapia jest dostępna także dla osób pozbawionych zasobów finansowych, stabilnego mieszkania i wspierającego otoczenia. Rozwijamy placówkę umożliwiającą współpracę specjalistów różnych dziedzin oraz ciągłość pomiędzy kontaktem pomocowym, leczeniem i codziennym funkcjonowaniem. Wiedza kliniczna spotyka się tu z wiedzą osoby o jej własnym doświadczeniu.

1 2 Obszar działań i grupy docelowe

Podstawowy obszar działalności obejmuje kobiety w kryzysie bezdomności i zagrożone utratą miejsca zamieszkania. Odrębny obszar wsparcia stanowią młode osoby dorosłe LGBTQ+. W obu obszarach uwzględniamy znaczenie przemocy, utraty więzi, stygmatyzacji, zależności ekonomicznej i ograniczonego dostępu do usług. Orientacja seksualna ani tożsamość płciowa nie są przedmiotem leczenia; praca dotyczy cierpienia, skutków odrzucenia i celów wskazanych przez osobę.

W pracy z kobietami rozpoznajemy również bezdomność ukrytą: przebywanie w przemocowej relacji lub tymczasowo u innych osób z powodu braku bezpiecznej alternatywy. Sytuację mieszkaniową oceniamy przez dostęp do bezpieczeństwa, stabilności i możliwości decydowania o sobie. Uwzględniamy doświadczenie macierzyństwa, rozłąki z dziećmi, utraty opieki i obciążeń związanych z rolami rodzinnymi, jeśli są istotne dla danej osoby.

Punkt dzienny, działania interwencyjne, wsparcie mieszkaniowe i praca gabinetowa tworzą różne miejsca wejścia do procesu pomocy. Osoba zgłaszająca się po posiłek, prysznic czy pomoc w dokumentach może stopniowo korzystać z relacji ze specjalistą. Zgłoszenie potrzeby praktycznej traktujemy jako pełnoprawny początek współpracy.

1 3 Wartości wyznaczające pracę

Godność przekładamy na sposób prowadzenia rozmowy, dostęp do prywatności i prawo do współdecydowania. Dobrowolność oznacza wybór celów i form pracy oraz możliwość wyrażenia sprzeciwu. Sprawczość rozwijamy przez podejmowanie działań, których zakres odpowiada aktualnym możliwościom osoby. Odpowiedzialność jest wzajemna: uczestniczka lub uczestnik podejmuje uzgodnione kroki, a zespół zapewnia adekwatne wsparcie i rozpoznaje bariery utrudniające ich realizację.

Relację opieramy na przewidywalności i szacunku. Nie interpretujemy trudności w zaufaniu, nieobecności ani ambiwalencji automatycznie jako braku motywacji. Badamy ich znaczenie w kontekście objawów, wcześniejszych relacji z instytucjami i bieżących warunków życia. Równocześnie utrzymujemy jasne granice współpracy i bezpieczeństwa.

1 4 Nowatorstwo modelu Serce Miasta

Nowatorstwo modelu polega na włączeniu specjalistycznej pracy terapeutycznej w codzienną pomoc osobom doświadczającym bezdomności oraz na koordynacji metod oddziałujących na różne aspekty funkcjonowania. Hipnoterapia i EMDR są widocznymi elementami koncepcji klinicznej. Praca nad doświadczeniami traumatycznymi, reakcjami emocjonalnymi i wzorcami zachowania pozostaje powiązana z pomocą mieszkaniową, zdrowotną i społeczną.

Rozwijamy autorski sposób organizacji tego procesu: wspólne rozumienie przypadku, ustalanie kolejności interwencji oraz przenoszenie zmiany z sesji do relacji, decyzji i codziennych czynności. Istotny jest dostęp do metod, z których osoby w kryzysie często nie mogą korzystać w komercyjnym systemie pomocy. Tę konfigurację pracy chcemy opisywać, dokumentować i upowszechniać jako wkład Fundacji w rozwój pomocy terapeutycznej w obszarze bezdomności.

Przykłady zagraniczne pokazują możliwość takiego rozszerzania wsparcia. The Basement Project w Wielkiej Brytanii opisał hipnoterapię prowadzoną wewnątrz organizacji wspierającej młode osoby w kryzysie i zagrożone bezdomnością. Dostęp do hipnoterapii wymieniono również w raporcie samorządowym z 2025 roku dotyczącym tej organizacji [1, 2]. Jest to przykład organizacji usług, do którego można odnosić polską praktykę.

2 Założenia metodologiczne

2 1 Holistyczna i systemowa konceptualizacja przypadku

Podejście holistyczne oznacza, że objawy psychiczne, doświadczenie cielesne, relacje i warunki życia ujmujemy we wzajemnych zależnościach. Systemowo analizujemy także dostęp do mieszkania, ochrony zdrowia, świadczeń, zatrudnienia i sieci wsparcia. Konceptualizacja odpowiada na pytanie, jak trudności powstały, co je obecnie podtrzymuje i jakie zasoby pozwalają je zmieniać.

Przyjmujemy biopsychospołeczną ramę rozumienia funkcjonowania oraz perspektywę zdrowienia. Obok nasilenia objawów interesuje nas zdolność do odpoczynku, podejmowania decyzji, nawiązywania relacji i realizowania ważnych dla osoby ról. Tak rozumiane zdrowienie obejmuje także poczucie sensu i

przynależności. WHO wskazuje na potrzebę powiązania środowiskowego wsparcia zdrowia psychicznego z mieszkalnictwem, edukacją, zatrudnieniem i ochroną społeczną [3].

Konceptualizację budujemy na dwóch poziomach. Pierwszy obejmuje mechanizmy kliniczne: m.in. unikanie, reakcje pourazowe, regulację emocji, przekonania o sobie i innych, używanie substancji oraz trudności poznawcze. Drugi obejmuje rzeczywiste warunki funkcjonowania: bezpieczeństwo miejsca pobytu, dochód, relacje, dostęp do transportu i usług. Plan interwencji wynika z ich wspólnej analizy.

2 2 Uzasadnienie holistycznej pracy terapeutycznej

Kryzys bezdomności może wiązać się zarówno z wcześniejszymi doświadczeniami przeciążenia i przemocy, jak i z aktualnym narażeniem na zagrożenie. W pracy klinicznej rozpoznajemy możliwy obieg podtrzymujący trudności: niepewność i zagrożenie nasilają czujność oraz zaburzają odpoczynek; zmęczenie i napięcie utrudniają koncentrację, planowanie i regulację emocji; wycofanie lub konflikty ograniczają dostęp do wsparcia; pogorszenie sytuacji ponownie zwiększa poczucie zagrożenia. Sprawdzamy, które elementy tego obiegu występują u konkretnej osoby.

Z tego powodu realizacja zadań socjalnych może wymagać jednoczesnej pracy nad lękiem, wstydem, reakcjami cielesnymi i przewidywaniem odrzucenia. Osoba może wiedzieć, jak załatwić sprawę, a mimo to unikać działania z powodu silnej reakcji emocjonalnej. W takim przypadku instruktaż administracyjny i interwencja terapeutyczna odpowiadają na różne części tej samej trudności.

Praca terapeutyczna staje się bardziej użyteczna, gdy osoba ma możliwość zastosowania jej efektów w realnym środowisku. Zmniejszenie lęku przed kontaktem z urzędem łączymy z przygotowaniem dokumentów i zaplanowaniem wizyty. Rozwijanie granic w relacjach łączymy z dostępem do bezpiecznego miejsca pobytu. Pracę nad poczuciem wartości wiążemy z doświadczeniem skutecznego działania i odzyskiwaniem ważnych ról.

Holistyczność ma więc uzasadnienie funkcjonalne: zespół oddziałuje na kilka mechanizmów podtrzymujących kryzys, a następnie pomaga wykorzystać zmianę w codziennym życiu. Nie oczekujemy, że psychoterapia usunie bariery mieszkaniowe, ani że samo zapewnienie lokum rozwiąże wszystkie problemy kliniczne. Kierunek integracji określa konkretna potrzeba osoby.

2 3 Trauma jako perspektywa kliniczna

W rozpoznaniu uwzględniamy traumę jednorazową, powtarzającą się przemoc, straty, zaniedbanie i doświadczenia relacyjne. Badamy, czy obecne trudności pozostają związane z określonymi wspomnieniami, bodźcami wyzwalającymi lub utrwalonymi oczekiwaniami dotyczącymi relacji. Uwzględniamy m.in. intruzje, unikanie, pobudzenie, odrętwienie, dysocjację oraz negatywne przekonania o sobie, jeśli występują.

Rozróżniamy reakcję na aktualne zagrożenie od reakcji uruchamianej przez przypomnienie przeszłości. Ta różnica ma znaczenie dla doboru interwencji. Gdy osoba nadal doświadcza przemocy, plan obejmuje rzeczywistą ochronę i zwiększanie możliwości wyboru. Gdy sytuacja jest obecnie bezpieczna, a reakcja zagrożenia utrzymuje się wobec przypomnień, praca terapeutyczna koncentruje się również na tych reakcjach.

Perspektywa traumy pomaga rozumieć funkcję zachowania, ale nie zastępuje diagnozy różnicowej. Objawy oceniamy także w kontekście depresji, lęku, uzależnienia, zaburzeń osobowości, chorób somatycznych i funkcjonowania poznawczego. Nie zakładamy jednolitego profilu klinicznego u wszystkich osób doświadczających bezdomności.

2 4 Filary wsparcia

Filar psychospołeczny obejmuje diagnozę, wsparcie psychologiczne, psychoterapię, EMDR, hipnoterapię, terapię uzależnień i rozwój kompetencji. Praca dotyczy objawów oraz mechanizmów utrudniających funkcjonowanie, a także zasobów pozwalających budować dalsze życie. Dobór metody jest decyzją kliniczną podejmowaną wspólnie z osobą.

Filar materialny i socjalny obejmuje podstawowe potrzeby, dokumenty, świadczenia, sytuację prawną i mieszkaniową. Jego znaczenie terapeutyczne polega na zmniejszaniu rzeczywistego przeciążenia oraz tworzeniu warunków do regularnego kontaktu i wykorzystania efektów pracy.

Filar społecznościowy obejmuje relacje, grupy wsparcia, działania twórcze i wspólne aktywności. Umożliwia doświadczenie przynależności oraz ćwiczenie umiejętności rozwijanych indywidualnie. Osoba może sprawdzać nowe sposoby komunikowania potrzeb, proszenia o pomoc i radzenia sobie z różnicami.

Zdrowie fizyczne uwzględniamy we wszystkich filarach. Ból, ograniczenia ruchowe, zaburzenia snu, odżywianie i choroby przewlekłe wpływają na zdolność uczestniczenia w procesie. Praca z ciałem obejmuje świadomość doznań, regulację napięcia i współpracę z odpowiednimi specjalistami zdrowia.

2 5 Interdyscyplinarność jako sposób podejmowania decyzji

Zespół pracuje na wspólnej konceptualizacji. Psycholog wnosi ocenę funkcjonowania i potrzeb klinicznych; psychoterapeuta określa cele oraz strategię terapii; terapeuta EMDR i hipnoterapeuta ustalają zakres właściwych interwencji; specjalista terapii uzależnień analizuje funkcję używania substancji i proces zdrowienia. Pracownik socjalny i prawnik rozpoznają bariery instytucjonalne, a specjalista pracy z ciałem wnosi ocenę w swoim obszarze kompetencji.

Koordynacja obejmuje pytania o główny cel bieżącego etapu, obciążenie osoby, kolejność metod i sposób przekazywania efektów między specjalistami. Uzgadniamy, kto prowadzi główny proces terapeutyczny oraz jak pozostałe działania go wspierają. Przy kilku metodach pracy nad traumą ustalamy cele poszczególnych interwencji, aby nie prowadzić równolegle nieskoordynowanego przetwarzania tych samych doświadczeń.

Integracja metod zachowuje ich odrębność. EMDR prowadzimy zgodnie z właściwym protokołem, a hipnoterapię w ramach określonego podejścia i celu klinicznego. Wspólna metodologia opisuje związek między metodami, odpowiedzialność za decyzje i sposób oceny zmiany.

3 Model pracy z osobami w kryzysie bezdomności

3 1 Diagnoza potrzeb i potencjału

Diagnoza jest procesem rozłożonym w czasie. Pierwszy kontakt pozwala określić pilne potrzeby i warunki bezpieczeństwa. Kolejne spotkania służą rozpoznaniu funkcjonowania psychicznego, relacji, zdrowia fizycznego, używania substancji i sytuacji społecznej. Wywiad, obserwacja, dokumentacja oraz odpowiednio dobrane narzędzia psychologiczne tworzą wspólny obraz przypadku.

Ocenę organizujemy wokół następujących obszarów:

- Aktualny kryzys i jego przebieg, bezpieczeństwo oraz dostęp do podstawowych potrzeb.
- Objawy i ich wpływ na sen, koncentrację, emocje, zachowanie oraz codzienne zadania.
- Historia doświadczeń istotnych klinicznie, dotychczasowego leczenia i korzystania z pomocy.
- Relacje, sytuacja mieszkaniowa, ekonomiczna, prawna i administracyjna.
- Zasoby, zainteresowania, kompetencje, ważne wartości i wcześniejsze doświadczenia skuteczności.

- Priorytety osoby oraz jej gotowość do konkretnych form pracy.

Odpowiedź „nie wiem” stanowi informację o aktualnej dostępności doświadczenia i możliwości jego opisania. Wracamy do konkretnego zdarzenia, ograniczamy liczbę pytań i korzystamy z obserwacji funkcjonowania między spotkaniami. Rozróżniamy brak danych od braku objawu. Nie wymagamy pełnej opowieści o traumie jako warunku rozpoczęcia pomocy.

Konceptualizacja porządkuje informacje o czynnikach poprzedzających kryzys, wyzwalających go i podtrzymujących oraz o czynnikach ochronnych. Jej wynikiem jest określenie głównych mechanizmów trudności i kierunku pracy. Rozpoznanie obejmuje również to, co osoba już potrafi i co może odbudować przy odpowiednim wsparciu.

3 2 Budowanie relacji i zaufania

Relacja jest warunkiem uzgadniania interwencji i jednym z obszarów zmiany. Uczestniczka lub uczestnik ma możliwość doświadczenia kontaktu, w którym potrzeby są zauważane, granice respektowane, a trudności omawiane bez upokarzania. Zaufanie rozwija się przez powtarzalne doświadczenia dotrzymywania ustaleń i naprawiania nieporozumień.

Pracujemy z ambiwalencją dotyczącą pomocy i zmiany. Pytamy o wcześniejsze doświadczenia, obawy przed zależnością i przewidywane konsekwencje współpracy. Uzgadniamy język celów z osobą. Jeżeli specjalista dostrzega problem, którego osoba nie uznaje za priorytet, omawia znaczenie kliniczne i szuka wspólnego punktu wyjścia.

3 3 Kontakt

Na etapie kontaktu odpowiadamy na aktualne potrzeby, wyjaśniamy dostępne formy wsparcia i ustalamy następny możliwy krok. Rozpoznajemy sytuacje wymagające interwencji kryzysowej lub konsultacji medycznej. Celem jest stworzenie realnej możliwości dalszej współpracy, także wtedy, gdy osoba zgłasza wyłącznie potrzebę praktyczną.

3 4 Stabilizacja

Stabilizacja obejmuje zmianę warunków zewnętrznych oraz zwiększanie zdolności do regulacji. Praca dotyczy bezpieczeństwa, odpoczynku, podstawowych potrzeb, kontaktu z leczeniem i dostępności wsparcia. Terapeutycznie rozwijamy rozpoznawanie sygnałów napięcia, orientowanie się w teraźniejszości, korzystanie z zasobów i odzyskiwanie wpływu na reakcje.

Do tych celów włączamy psychoedukację, interwencje psychologiczne, techniki hipnoterapeutyczne, przygotowanie do EMDR i adekwatną pracę z ciałem. Dobieramy je do tolerancji doświadczenia i preferencji osoby. Efekt sprawdzamy w jej funkcjonowaniu: czy łatwiej odpoczywa, utrzymuje kontakt, rozpoznaje przeciążenie lub korzysta z pomocy.

Stabilizację i pracę nad traumą planujemy elastycznie. Gotowość do przetwarzania oceniamy przez możliwość utrzymania kontaktu z teraźniejszością, regulowania pobudzenia i korzystania ze wsparcia po sesji. Nie wyznaczamy wszystkim takiej samej długości przygotowania.

3 5 Rozwój i praca terapeutyczna

Na tym etapie realizujemy cele wynikające z konceptualizacji: leczenie objawów, pracę nad doświadczeniami traumatycznymi, zmianę utrwalonych wzorców i rozwijanie kompetencji. Hipnoterapia, EMDR, psychoterapia i

terapia uzależnień odpowiadają na określone potrzeby. Ustalamy, co ma się zmienić w doświadczeniu osoby i po czym rozpoznamy tę zmianę w życiu codziennym.

Równolegle pracujemy nad rolami i aktywnościami wybranymi przez osobę: relacjami, zatrudnieniem, edukacją, zdrowiem lub prowadzeniem gospodarstwa domowego. Działanie poza gabinetem dostarcza informacji o efektach terapii i o trudnościach wymagających dalszej pracy.

3 6 Usamodzielnienie i utrwalanie zmiany

Usamodzielnienie rozumiemy jako zwiększanie zdolności do kierowania własnym życiem i korzystania z dostępnych zasobów. Pracujemy nad utrzymaniem mieszkania, organizacją codzienności, siecią relacji i ciągłością leczenia. Wspólnie rozpoznajemy sygnały pogorszenia i sposoby reagowania.

Kończenie intensywnego wsparcia jest procesem uzgodnionym z osobą. Utrwalamy umiejętności, określamy dalsze kontakty i przekazujemy odpowiedzialność w zakresie odpowiadającym jej możliwościom. Powrót do bardziej intensywnej pomocy w kryzysie stanowi część elastycznego modelu pracy.

3 7 Empowerment i trauma informed care

Empowerment realizujemy przez współdecydowanie i stopniowe poszerzanie zakresu samodzielnego działania. Specjalista pomaga rozpoznać dostępne wybory, przygotować krok i ocenić doświadczenie po jego wykonaniu. Przejmuje zadanie wtedy, gdy wymaga tego sytuacja, a następnie pracuje nad zwiększeniem udziału osoby.

Trauma-informed care określa sposób funkcjonowania całej placówki. Bezpieczeństwo, zaufanie, przejrzystość, wsparcie rówieśnicze, współpraca i prawo do wyboru przekładamy na kontakt, organizację zajęć i reakcje na trudności. Uwzględniamy kontekst kulturowy, historyczny i związany z płcią [4]. Praca terapeutyczna z traumą jest specjalistycznym elementem tej szerszej ramy.

Kontrakt rozwojowy przekłada te założenia na współpracę. Wykorzystujemy jego obszary dotyczące przyczyn sytuacji, możliwości osoby i barier środowiskowych. Wybór trzech najważniejszych celów oraz określenie pierwszego kroku, terminu i potrzebnego wsparcia łączy odpowiedzialność uczestniczki lub uczestnika z odpowiedzialnością Fundacji. Kryzys i niepowodzenie prowadzą najpierw do ponownej oceny planu oraz dostępności wsparcia.

4 Metody i narzędzia stosowane w pracy

4 1 Praca w gabinecie z psycholożką, wsparcie psychologiczne i psychoterapia

Wsparcie psychologiczne obejmuje rozpoznanie trudności, pomoc w kryzysie, psychoedukację i pracę nad bieżącym funkcjonowaniem. Psychoterapia podejmuje bardziej utrwalone wzorce emocjonalne, poznawcze, behawioralne i relacyjne. W konceptualizacji określamy funkcję objawu lub zachowania, kontekst jego uruchamiania oraz czynniki podtrzymujące.

Interwencje odnosimy do konkretnych sytuacji. Praca nad wstydem może dotyczyć unikania proszenia o pomoc; praca nad granicami wiąże się z reagowaniem na nacisk; praca nad tolerancją emocji z pozostawaniem w kontakcie podczas konfliktu. Zmianę omawiamy na przykładach z życia osoby.

Praca w gabinecie z psycholożką jest podstawową formą indywidualnego wsparcia psychologicznego w Sercu Miasta. Daje przestrzeń do rozmowy w prywatności, nazwania trudności i wspólnego ustalenia, czego kobieta potrzebuje teraz. Pierwsze spotkanie nie wymaga opowiedzenia całej historii ani szczegółowego relacjonowania przemocy. Tempo i zakres rozmowy uzgadniamy z kobietą.

Psycholożka przygląda się aktualnemu funkcjonowaniu: emocjom, napięciu, odpoczynkowi, relacjom, codziennym trudnościom i sposobom radzenia sobie. Uwzględnia sytuację mieszkaniową, zdrowie, bezpieczeństwo oraz zasoby kobiety. Rozpoznanie potrzeb nie polega na przypisaniu wszystkich trudności bezdomności ani na założeniu, że każda kobieta doświadczyła tej samej traumy.

Wspólnie wybieramy możliwy cel pracy: lepsze rozumienie własnych reakcji, poradzenie sobie z bieżącym kryzysem, komunikowanie potrzeb i granic lub przygotowanie do konkretnego działania. Wsparcie może obejmować rozmowę, psychoedukację i ćwiczenie sposobów radzenia sobie. Sprawdzamy, czy ustalenia pomagają także poza gabinetem i czy cel nadal odpowiada potrzebom kobiety.

Wsparcie psychologiczne i psychoterapia są odrębnymi formami pracy. Psychoterapię, EMDR, terapię uzależnień lub konsultację lekarską proponujemy zgodnie z rozpoznaną potrzebą i kompetencjami osoby prowadzącej. Hipnoterapia może być dodatkowym narzędziem, a nie obowiązkowym kolejnym etapem. Udział w kilku metodach nie jest celem samym w sobie.

Pracę w gabinecie łączymy z pomocą w codziennych sprawach. Gdy lęk utrudnia kontakt z urzędem, wsparcie psychologiczne może iść w parze z pomocą w dokumentach i przygotowaniu wizyty. Jeśli kobieta potrzebuje bezpiecznego miejsca pobytu, sama rozmowa nie zastępuje działań mieszkaniowych. Kolejność działań wynika z jej sytuacji, a nie ze sztywnej listy metod.

Przed współpracą omawiamy zasady kontaktu, poufność i jej granice. Z innymi specjalistkami uzgadniamy tylko informacje potrzebne do organizacji pomocy, z uwzględnieniem zgody kobiety oraz zasad bezpieczeństwa. Kobieta może odmówić rozmowy, zmienić decyzję lub przerwać spotkanie. Dostęp do posiłku, prysznica, odpoczynku i pozostałej pomocy bytowej nie jest uzależniony od pracy w gabinecie.

4 2 Hipnoterapia

Hipnoterapia stanowi element modelu terapeutycznego Serce Miasta. Wykorzystuje skoncentrowaną uwagę, wyobrażenia i sugestie terapeutyczne do pracy z reakcjami emocjonalnymi, sposobem przeżywania oraz dostępem do zasobów. Uzgodniony cel kieruje doborem technik. Osoba pozostaje partnerką lub partnerem procesu i zachowuje prawo do wpływania na jego przebieg.

W naszym modelu hipnoterapia ma miejsce w pracy nad lękiem i napięciem, rozwijaniem zdolności do wyciszenia, wzmacnianiem doświadczenia sprawczości oraz zmianą reakcji i znaczeń związanych z trudnymi sytuacjami. Praca wyobrażeniowa pozwala ćwiczyć sposób reagowania w sytuacji, której osoba dotąd unikała. Rozwijanie zasobów wspiera przygotowanie do podejmowania działań oraz do innych etapów terapii.

Metaanaliza Valentine i współautorów dotycząca lęku wykazała korzystne efekty interwencji hipnotycznych; większe efekty odnotowano przy łączeniu hipnozy z innymi interwencjami psychologicznymi niż przy stosowaniu samodzielnym [5]. Wynik dotyczy badań nad objawami lęku. Nie stanowi bezpośredniego dowodu skuteczności hipnoterapii w wychodzeniu z bezdomności ani oceny całego modelu Serce Miasta. Zastosowanie metody wymaga indywidualnego uzasadnienia, omówienia ograniczeń i monitorowania reakcji.

Sesja obejmuje ustalenie celu, przygotowanie do pracy, zastosowanie wybranych technik oraz omówienie doświadczenia i jego wykorzystania poza gabinetem. W dokumentacji opisujemy cel, przebieg w zakresie potrzebnym do koordynacji oraz reakcję osoby. Uzgadniamy, jakie elementy może samodzielnie ćwiczyć między spotkaniami.

Pracując z treściami autobiograficznymi, odróżniamy znaczenie terapeutyczne obrazu lub przeżycia od ustalania faktów historycznych. Hipnoterapii nie traktujemy jako narzędzia weryfikacji ani odzyskiwania obiektywnie prawdziwych wspomnień. Przy dysocjacji dobór technik wynika z pogłębionej konceptualizacji i kompetencji osoby prowadzącej.

4 3 Terapia EMDR

EMDR jest metodą pracy z doświadczeniami traumatycznymi włączoną do modelu Fundacji. W leczeniu PTSD należy do metod rekomendowanych przez NICE [6]. Pracę organizujemy wokół doświadczeń i reakcji istotnych dla aktualnego problemu klinicznego oraz celów osoby.

Model adaptacyjnego przetwarzania informacji AIP stanowi ramę konceptualizacji EMDR. Zakłada związek między aktualnymi trudnościami a sposobem przechowywania i uruchamiania obciążających doświadczeń. Jest modelem teoretycznym kierującym planowaniem pracy. Uwzględniamy przeszłe doświadczenia, obecne wyzwalacze i przyszłe sytuacje, w których osoba chce reagować inaczej [7].

EMDR obejmuje osiem faz: wywiad i planowanie, przygotowanie, ocenę wspomnienia docelowego, desensytyzację, instalację przekonania pozytywnego, skan ciała, zamknięcie oraz ponowną ocenę [8]. W pracy Fundacji przygotowanie obejmuje także realne warunki po sesji: miejsce powrotu, obciążające kontakty i możliwość uzyskania wsparcia. Przetwarzanie prowadzimy z utrzymaniem kontaktu z teraźniejszością i dostosowaniem tempa do możliwości osoby.

Cel kliniczny wiążemy z celem funkcjonalnym. Praca nad wspomnieniem przemocy może być istotna dla zmniejszenia reakcji na obecne przypomnienia i odzyskiwania swobody działania. Ocenę efektu uzupełniamy obserwacją codziennych sytuacji, których dotyczyła terapia.

4 4 Terapia uzależnień

Używanie substancji analizujemy pod kątem jego przebiegu, konsekwencji i funkcji. Rozpoznajemy związki z napięciem, bólem, snem, traumą, relacjami i środowiskiem. Praca obejmuje motywację, wzorce używania, sytuacje wysokiego ryzyka i rozwijanie innych sposobów radzenia sobie.

Plan uwzględnia cele osoby, ocenę kliniczną, redukcję szkód oraz odpowiednie leczenie uzależnienia. Pomoc medyczna jest potrzebna m.in. przy ryzyku związanym z odstawieniem. Terapię uzależnień i pracę nad traumą koordynujemy, ustalając gotowość do poszczególnych interwencji i sposób reagowania na pogorszenie. Nawrót analizujemy jako informację o czynnikach ryzyka i potrzebach wymagających dalszej pracy.

4 5 Praca z ciałem i refleksologia

Praca z ciałem uwzględnia napięcie, ból, ograniczenia ruchowe, tolerancję kontaktu z doznaniami i zdolność do odpoczynku. Rozwijamy świadomość sygnałów przeciążenia i możliwość wyboru sposobu reagowania. Cele zdrowotne i funkcjonalne realizujemy we współpracy z fizjoterapeutą oraz ochroną zdrowia.

Refleksologia zajmuje miejsce w obszarze pracy z ciałem, komfortem i odpoczynkiem. Cel określamy przez doświadczenie osoby, np. możliwość rozluźnienia i zauważenia własnych potrzeb cielesnych. Dla części uczestniczek i uczestników kontakt oparty na uważności i respektowaniu granic może mieć szczególne znaczenie. Zgodę na dotyk uzgadniamy każdorazowo, a reakcje i granice osoby kierują przebiegiem pracy.

Rozróżniamy cele tej interwencji od leczenia zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych. Jej miejsce w planie wynika z potrzeb i preferencji osoby oraz z obserwowanego wpływu na komfort i funkcjonowanie.

4 6 Coaching i przekładanie celów na działania

Coaching wspiera określanie kierunku zmiany, podejmowanie decyzji i realizację działań. W modelu Fundacji łączy się z pracą terapeutyczną przez przekładanie rozpoznanych zasobów i nowych sposobów reagowania na konkretne kroki. Stosujemy go w zakresie odpowiadającym aktualnej zdolności do planowania i podejmowania zobowiązań.

Kontrakt rozwojowy porządkuje cele, terminy i potrzebne wsparcie. Cel ogólny, np. odzyskanie samodzielności, przekładamy na obserwowalne działanie. Przegląd obejmuje to, co się udało, co utrudniło realizację i czy potrzebna jest zmiana kroku lub interwencji. Gdy przeszkodą jest silny objaw kliniczny, plan uwzględnia pracę nad tym objawem.

4 7 Grupy wsparcia i warsztaty psychoedukacyjne

Grupy wsparcia tworzą przestrzeń do kontaktu z osobami o podobnych doświadczeniach, wymiany sposobów radzenia sobie i odbudowywania przynależności. Praca grupowa pozwala obserwować i rozwijać umiejętności relacyjne. Prowadzący uwzględnia dynamikę grupy, różnice w potrzebach i możliwość uczestniczenia bez ujawniania osobistej historii.

Psychoedukacja pomaga rozumieć objawy i reakcje oraz dobierać sposoby radzenia sobie. Tematy obejmują stres, traumę, emocje, sen, uzależnienia, granice, komunikację i korzystanie ze wsparcia. Warsztat łączy wyjaśnienie z ćwiczeniem na konkretnym przykładzie. Materiał dostosowujemy do możliwości poznawczych i językowych grupy.

4 8 Filmoterapia i arteterapia

Filmoterapia wykorzystuje opowieść filmową jako materiał do refleksji nad relacjami, emocjami, decyzjami i sposobami radzenia sobie. Dystans do historii bohatera pozwala omawiać ważny temat bez konieczności bezpośredniego ujawniania własnego doświadczenia. Prowadzący dobiera film do celu, uprzedza o istotnych treściach i prowadzi rozmowę o tym, co uczestnicy zauważyli oraz jakie znaczenie temu nadają.

Arteterapia rozwija możliwość ekspresji i kontaktu z doświadczeniem poprzez działanie twórcze. Proces obejmuje tworzenie oraz refleksję, której zakres określa uczestniczka lub uczestnik. Nie przypisujemy wytworom gotowych znaczeń diagnostycznych. Rozróżniamy specjalistyczny proces arteterapeutyczny od zajęć twórczych służących aktywności i relacjom.

4 9 Treningi umiejętności życiowych

Trening obejmuje zadania potrzebne do utrzymania stabilności: organizację dnia, budżet, posiłki, higienę, korzystanie z transportu, dokumenty, sprawy mieszkaniowe i poszukiwanie pracy. Ćwiczymy w warunkach możliwie bliskich codzienności. Zakres pomocy zmieniamy od wspólnego wykonania do samodzielnego działania z możliwością konsultacji.

W treningu rozróżniamy brak umiejętności od trudności w jej wykorzystaniu. Jeżeli osoba zna procedurę, ale rezygnuje przy silnym lęku lub wstydzie, trening łączymy z pracą terapeutyczną nad reakcją. Jeżeli przeszkodą jest koszt dojazdu, brak dokumentu lub niedostępność usługi, włączamy wsparcie materialne i socjalne.

4 10 Integracja metod w indywidualnym planie

Plan łączy cel osoby, rozpoznany mechanizm trudności, interwencję i oczekiwaną zmianę w funkcjonowaniu. Dla każdego celu ustalamy osobę prowadzącą oraz udział pozostałych specjalistów. Przegląd kliniczny obejmuje zarówno doświadczenie podczas sesji, jak i to, co dzieje się między spotkaniami.

Przykład ilustracyjny: kobieta unika spraw mieszkaniowych, ponieważ kontakt z instytucją uruchamia silny lęk i przekonanie, że zostanie upokorzona. Pracownik socjalny pomaga uporządkować sprawę i zapewnić dostęp do właściwej usługi. Praca psychologiczna rozpoznaje reakcję i jej kontekst. Hipnoterapia może służyć regulacji oraz wyobrażeniowemu przygotowaniu do kontaktu, a EMDR pracy nad wspomnieniami istotnymi dla problemu, jeśli wynikają z konceptualizacji. Trening obejmuje wykonanie zaplanowanej czynności. Kryterium funkcjonalnym jest możliwość podjęcia kontaktu z mniejszym unikaniem i adekwatnym zakresem wsparcia.

Ten przykład pokazuje logikę modelu, a nie obowiązkową sekwencję metod. Zespół dobiera interwencje do przypadku. Wspólnym celem jest zmiana, którą osoba może rozpoznać i wykorzystać w swoim życiu.

Koordynacja nie oznacza kierowania do wszystkich metod. Ustalamy z kobietą priorytet, możliwy krok i zakres udziału poszczególnych specjalistek. Praca gabinetowa i działania socjalne mogą odbywać się równolegle. Powracamy do planu przy zmianie sytuacji, przeciążeniu, braku korzyści lub nowych potrzebach.

5 Codzienność placówki jako część metodologii

5 1 Bezpieczeństwo i podstawowe potrzeby

Punkt dzienny dla kobiet tworzy możliwość zjedzenia posiłku, skorzystania z łazienki, odpoczynku oraz kontaktu z zespołem. Taką działalność dokumentuje sprawozdanie Fundacji za 2024 rok [9]. Pomoc praktyczna jest pełnoprawną formą wsparcia. Korzystania z niej nie należy uzależniać od zgody na hipnoterapię, EMDR, opowiadanie o przemocy ani publikację własnej historii.

Dla uczestniczki wejściem do współpracy może być prysznic, ubranie lub pomoc w załatwieniu jednej sprawy. Rozmowę dostosowujemy do jej aktualnych możliwości. Nie wymagamy rozbudowanego planu zmiany od osoby, która przede wszystkim potrzebuje odpoczynku. Zasady bezpieczeństwa placówki przedstawiamy prostym językiem, wyjaśniając sposób reagowania na ich naruszenie.

5 2 Przestrzeń kobiet, prywatność i współdecydowanie

Dzienna placówka dla kobiet jest odrębną formą działalności od innych programów Fundacji. Opis grup wsparcia dla młodych dorosłych LGBTQ+ nie oznacza zmiany grupy odbiorczyń punktu dziennego. Sprawozdanie za 2024 rok dokumentuje oba obszary, lecz samo w sobie nie potwierdza aktualnego harmonogramu grup [9].

W publicznym wywiadzie Lusia Żagałkowicz opisuje współtworzenie zasad przez kobiety oraz znaczenie przestrzeni przeznaczonej dla nich [10]. W metodologii przekładamy to na możliwość zgłaszania potrzeb, proponowania zmian i omawiania konfliktów. Udział kobiet powinien mieć rzeczywisty wpływ na codzienność. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo i decyzje organizacyjne pozostaje po stronie zespołu.

Prywatność obejmuje także sposób prowadzenia rozmów, korzystania z łazienki i przechowywania rzeczy. Wyjaśniamy, kiedy członek zespołu potrzebuje wejść do pomieszczenia lub podjąć działanie dotyczące rzeczy osobistych. Nie omawiamy historii uczestniczki przy innych osobach korzystających z pomocy.

5 3 Godność, wybór i zapobieganie utracie mieszkania

Ubranie, higiena i możliwość zadbania o wygląd mogą mieć dla kobiety osobiste znaczenie. Pozostawiamy wybór i pytamy o potrzeby; nie narzucamy estetyki, obowiązku zadbanego wyglądu ani korzystania z zabiegów. Opisujemy te działania jako pomoc w codzienności, komforcie i decydowaniu o sobie, bez przypisywania im skuteczności leczenia traumy.

Pomoc obejmuje także rozpoznanie ryzyka utraty miejsca zamieszkania. W proponowanym planie wsparcia pytamy o bezpieczeństwo pobytu, zaległości, możliwość opłacania podstawowych potrzeb i dostępne rozwiązania. Sam fakt posiadania adresu nie kończy oceny potrzeb. Nie każda trudna sytuacja mieszkaniowa oznacza jednak tę samą kategorię bezdomności.

6 Mieszkalnictwo, inspiracje i przykłady zagraniczne

6 1 Stanowisko Fundacji wobec Housing First

Popieramy rozwiązania mieszkaniowe jako istotny element wychodzenia z bezdomności. Nasze stanowisko jest takie: organizacji programu nie można przenieść między krajami w skali 1:1 bez uwzględnienia prawa, finansowania, dostępności mieszkań, usług i kontekstu kulturowego. Jest to stanowisko Fundacji dotyczące wdrażania, a nie dowód nieskuteczności Housing First.

Housing First opiera się m.in. na prawie do mieszkania, wyborze osoby oraz rozdzieleniu mieszkania od leczenia [11]. Adaptacja organizacyjna powinna zachowywać zasadnicze elementy modelu. Nie przedstawiamy go jako samego przekazania kluczy. Nie utożsamiamy też wsparcia w uzyskaniu lokalu, mieszkania treningowego ani placówki dziennej z prowadzeniem programu Housing First.

6 2 Bliskość podejścia Fundacji po DRUGIE

W ocenie Serca Miasta bliższe naszej codziennej praktyce jest podejście Fundacji po DRUGIE: towarzyszenie osobie, pomoc w podstawowych potrzebach oraz łączenie wsparcia mieszkaniowego i społecznego. po DRUGIE prowadzi działania dla młodych osób doświadczających bezdomności, w tym punkt pomocowy, domy i mieszkania [12]. Różnica grup docelowych wymaga własnych rozwiązań w pracy z kobietami.

Inspiracja nie oznacza tożsamości programów ani formalnego zatwierdzenia niniejszej metodologii przez po DRUGIE. W sprawozdaniu Serca Miasta za 2024 rok opisano wsparcie Domu dla Młodzieży i mieszkań treningowych po DRUGIE, pomoc rzeczową osobom z lokalami komunalnymi oraz remont i doposażenie trzech mieszkań [9]. Są to dane historyczne; nie należy przedstawiać ich jako liczby mieszkań aktualnie prowadzonych przez Serce Miasta.

6 3 St Paul’s Hostel — Worcester, Wielka Brytania

W podsumowaniu działalności z 21 grudnia 2023 roku St Paul’s Hostel wymienia hipnoterapię wśród dodatkowych usług terapeutycznych. Organizacja opisuje pilotaż finansowany przez lokalne służby zdrowia publicznego oraz rozszerzenie pakietu usług na mieszkańców domów wspierających powrót do samodzielności i uczestników Housing First [13].

Źródło dokumentuje sposób organizacji wsparcia w określonym czasie. Pozytywna informacja zwrotna uczestników nie jest kontrolowanym badaniem skuteczności. Nie wynika z niego, że hipnoterapia została uznana za rekomendowaną metodę całego ruchu Housing First ani że każda osoba w tym programie z niej korzysta.

6 4 The Basement Project — Worcestershire, Wielka Brytania

Raport Bromsgrove District Council z 6 stycznia 2025 roku opisuje pomoc młodym osobom do 25. roku życia, w tym zagrożonym bezdomnością. Działania obejmują wsparcie w znalezieniu i utrzymaniu mieszkania, pomoc środowiskową oraz rozwijanie umiejętności codziennych. Punkt 3.11 wymienia dostęp do hipnoterapii i technik relaksacyjnych obok innych form wsparcia [2].

To przykład łączenia pomocy mieszkaniowej ze wsparciem emocjonalnym. Raport nie stanowi badania skuteczności hipnoterapii i nie uzasadnia określania organizacji jako programu Housing First. Przy opisywaniu aktualnej oferty należy potwierdzić jej dostępność bezpośrednio u organizatora.

6 5 Jak komunikujemy własną praktykę

Proponowane sformułowanie publiczne: „W Fundacji Serce Miasta otwarcie opisujemy miejsce hipnoterapii w kompleksowym wsparciu kobiet w kryzysie, także bezdomności. Łączymy ją z pomocą psychologiczną, socjalną i codziennym wsparciem, dobierając metody do potrzeb i decyzji konkretnej kobiety”.

Nie mamy podstaw do deklaracji „pierwsi w Polsce”, „pierwsi, którzy o tym mówią” ani „piąci w Europie”. Lista znalezionych organizacji nie ustala kolejności wdrożeń, a brak wyniku wyszukiwania nie dowodzi braku podobnej praktyki. Przykłady zagraniczne służą porównaniu organizacji usług; nie zastępują badań klinicznych ani ewaluacji Fundacji.

7 Proponowane standardy koordynacji i bezpieczeństwa

7 1 Odpowiedzialność zespołu i zakres kompetencji

Do uzgodnienia przez zespół: wskazywanie osoby koordynującej pomoc, zastępstwa podczas nieobecności oraz sposobu kontaktu z usługami zewnętrznymi. Dla każdej formy wsparcia należy określić, kto ją prowadzi, w jakim zakresie kompetencji i czy jest dostępna na miejscu, czy przez skierowanie. Nie utożsamiamy kwalifikacji hipnoterapeutycznych z uprawnieniami do diagnozowania lub leczenia wszystkich zaburzeń psychicznych.

Wytyczne NICE dotyczące bezdomności wspierają współpracę różnych usług, udział osób z doświadczeniem kryzysu oraz koordynację pomocy [14]. Stanowią punkt odniesienia do projektowania standardów, nie potwierdzenie ich wdrożenia w Fundacji ani polski przepis prawa.

7 2 Świadoma zgoda i granice interwencji

Proponowany standard przed rozpoczęciem metody obejmuje omówienie celu, przebiegu, możliwego dyskomfortu, ograniczeń wiedzy i dostępnych alternatyw. Uczestniczka może odmówić, przerwać ćwiczenie lub zmienić decyzję. Osobno uzgadniamy zgodę na dotyk. Nie wykorzystujemy zależności od pomocy materialnej do uzyskiwania zgody na terapię.

EMDR ma rekomendacje dotyczące określonych wskazań, w tym PTSD [6]. Nie przenosimy ich automatycznie na hipnoterapię ani na cały model integracyjny. Ćwiczenia relaksacyjne, coaching i działania zwiększające komfort opisujemy zgodnie z ich zakresem. Udział w kilku metodach nie jest domyślnie lepszy niż dobrze dobrana pojedyncza interwencja.

7 3 Kryzys i pogorszenie stanu

Zespół powinien przyjąć osobną, zatwierdzoną procedurę reagowania na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia, przemoc i gwałtowne pogorszenie stanu. Procedura ma wskazywać odpowiedzialność, sposób uzyskania pilnej pomocy i dokumentowania zdarzenia. Niniejszy szkic nie zastępuje oceny medycznej ani instrukcji interwencji kryzysowej.

Przed intensywną pracą terapeutyczną specjalista ocenia jej adekwatność i warunki po sesji. Pogorszenie, silne przeciążenie lub brak korzyści są podstawą do ponownej oceny planu i konsultacji. Nie tłumaczymy ich automatycznie „oporem” lub koniecznym etapem zdrowienia.

7 4 Poufność, superwizja i odpowiedzialna komunikacja

Propozycja organizacyjna: ustalić minimalny zakres informacji potrzebnych do koordynacji, uprawnienia dostępu i zasady przechowywania dokumentacji. Informacje terapeutyczne nie powinny trafiać do

ogólnodostępnych notatek organizacyjnych. Szczegóły formalne ochrony danych wymagają odrębnej weryfikacji i zatwierdzenia.

Zaplanować regularne omawianie trudnych sytuacji i superwizję odpowiednią do metod oraz kompetencji zespołu. Oddzielić zgodę na pomoc od zgody na publikację historii lub zdjęcia. W komunikacji nie przedstawiać uczestniczek jako dowodów sukcesu organizacji; chronić tożsamość i prawo do niewystępowania publicznie.

8 Proponowana dokumentacja i ocena efektów

8 1 Krótka karta indywidualnego planu wsparcia

- Priorytet osoby: co jest dla niej obecnie najważniejsze i jak sama opisuje potrzebę.
- Warunki i zasoby: bezpieczeństwo pobytu, podstawowe potrzeby, dostęp do usług oraz to, co już pomaga.
- Uzgodniony krok: konkretne działanie, zakres pomocy i osoba odpowiedzialna.
- Dobór metody: cel, uzasadnienie, alternatywy oraz ustalenia dotyczące zgody.
- Termin przeglądu: kiedy i w jaki sposób wspólnie ocenimy przebieg pomocy.
- Wynik przeglądu: korzyści, trudności, ewentualne pogorszenie i decyzja o dalszym planie.

Karta jest propozycją do pilotażu, nie narzędziem diagnostycznym ani warunkiem otrzymania posiłku. Nie wszystkie pola muszą zostać wypełnione przy pierwszym kontakcie. Opisy powinny rozróżniać relację osoby, obserwację zespołu i hipotezę specjalisty.

8 2 Co warto mierzyć

Proponujemy ocenę w czterech obszarach: dostępność pomocy, realizacja celów wybranych przez uczestniczkę, zmiana warunków życia i jej własna ocena wsparcia. Przykładowe wskaźniki to czas do kontaktu ze specjalistą, wykonanie uzgodnionego kroku, uzyskanie bezpieczniejszego miejsca pobytu oraz deklarowane poczucie wpływu. Zespół powinien ustalić definicje, momenty pomiaru i sposób odnotowania braku danych przed zbieraniem wyników.

Liczbę wizyt, posiłków i sesji opisujemy jako skalę działań. Nie utożsamiamy jej ze skutecznością terapii. Przerwanie kontaktu nie musi oznaczać niepowodzenia, a brak informacji nie jest potwierdzeniem poprawy. W zestawieniach podajemy okres, liczbę osób objętych oceną i liczbę brakujących obserwacji.

8 3 Granice wnioskowania i rozwój metodologii

Poprawa w czasie korzystania z Fundacji może wiązać się jednocześnie ze zmianą warunków mieszkaniowych, relacją, leczeniem i innymi wydarzeniami. Bez odpowiedniego projektu badania nie przypisujemy jej jednej metodzie. Historie osób i ankiety satysfakcji uzupełniają ocenę jakości, lecz nie zastępują dowodów skuteczności klinicznej.

Przed przyjęciem dokumentu zespół powinien potwierdzić aktualną ofertę i kompetencje prowadzących, ustalić odpowiedzialności oraz przetestować proponowaną kartę wsparcia. Kolejne wersje warto oznaczać datą, zakresem zmian i terminem przeglądu. Tak powstaje metodologia możliwa do doskonalenia na podstawie doświadczeń kobiet i zespołu.

Źródła merytoryczne

1. North Worcestershire Basement Projects. Raport roczny 2015/2016, opis usług i pracy hipnoterapeutycznej. https://basementproject.org/wp-content/uploads/2023/05/2016-06-20-AGM-Full-Report-rev-stats.pdf

2. Bromsgrove District Council. Overview and Scrutiny Basement Project, 6 stycznia 2025, punkt 3.11. https://moderngovwebpublic.bromsgrove.gov.uk/documents/s61195/Overview%20and%20Scrutiny%20Basement%20Project%206th%20January%202025.pdf

3. WHO. Guidance on community mental health services Promoting person centred and rights based approaches, 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

4. SAMHSA. Practical Guide for Implementing a Trauma Informed Approach, 2023. https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf

5. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety A Meta Analysis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2019;67(3):336–363. DOI 10.1080/00207144.2019.1613863. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31251710/

6. NICE. Post traumatic stress disorder, NG116, zalecenia dotyczące EMDR. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

7. Shapiro F. EMDR Adaptive Information Processing and Case Conceptualization. Journal of EMDR Practice and Research, 2007;1(2):68–87. https://www.emdria.org/resource/emdr-adaptive-information-processing-and-case-conceptualization/

8. EMDR International Association. The Eight Phases of EMDR Therapy, 2021. https://www.emdria.org/blog/the-eight-phases-of-emdr-therapy/

9. Fundacja Serce Miasta. Sprawozdanie z działalności za rok 2024, część II. https://sercemiasta.waw.pl/wp-content/uploads/2026/01/Sprawozdanie-Serca-2024.pdf

10. Zwierciadło. Kobiety w kryzysie bezdomności — rozmowa z Lusią Żagałkowicz z Fundacji Serce Miasta, 2026. Relacja o praktyce, nie badanie skuteczności. https://zwierciadlo.pl/spotkania/wywiady/556528,1,kobiety-w-kryzysie-bezdomnosci--rozmowa-z-lusia-zagalkowicz-z-fundacji-serce-miasta.read

11. Housing First Europe Hub. What is Housing First. https://housingfirsteurope.eu/what-is-housing-first/

12. Fundacja po DRUGIE. Oficjalny opis działalności. https://podrugie.pl/

13. St Paul's Hostel. St Paul's Twelve Days of Christmas 2023, 21.12.2023. https://stpaulshostel.co.uk/news/12-days-of-christmas-2023/

14. NICE. Integrated health and social care for people experiencing homelessness, NG214, 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng214/chapter/recommendations

Źródła dodane w uzupełnieniu sprawdzono 6 października 2026 r. Daty opisanych działań wskazano w tekście. Nie przeprowadzono systematycznego przeglądu wszystkich organizacji ani pełnego audytu pierwotnej bibliografii.

Źródła opisują podstawy wybranych interwencji i przykłady organizacji usług. Autorskim elementem opracowania jest ich integracja w modelu Serce Miasta; skuteczność całego modelu jest odrębnym przedmiotem oceny.