

Dorota Solecka¹, Maciej Pilecki², Anna Łachowska¹, Katarzyna Wanat¹,
Paulina Cofór-Pinkowska³, Krzysztof Szwejca²

PROGRAM WSPARCIA ROZWOJU — W POSZUKIWANIU MODELU OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ NAD DZIEĆMI MŁODSZYMI

DEVELOPMENT SUPPORT PROGRAM — LOOKING FOR A MODEL OF COMMUNITY CARE FOR YOUNGER CHILDREN

¹ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży,
Poradnia dla Dzieci i Młodzieży

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii, Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

**pedagogical therapy
community care
psychotherapy**

Streszczenie

Oddziaływania o charakterze środowiskowym stanowią jeden z najistotniejszych aspektów opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi. W doniesieniu przedstawione zostały doświadczenia zespołu terapii środowiskowej oferującego pomoc dzieciom w wieku wczesnoszkolnym. Przedstawiony model opieki obejmuje konsultacje psychologiczne, terapię pedagogiczną odbywającą się w szkole oraz w ramach wyjść do instytucji kultury, terapię rodzin, grupy wielorodzinne oraz terapię indywidualną. W zakresie działań zespołu są również konsultacje dla nauczycieli i pedagogów szkolnych. W proponowanym modelu w związku z reformą psychiatrii dzieci i młodzieży doszło do zasadniczej zmiany związanej ze zmianą formuły konsultacji psychiatrycznych z obligatoryjnych na wynikające z indywidualnych wskazań.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie doświadczeń współpracy związanej z opieką środowiskową w szkole. Wśród pracowników szkół, z którymi współpracuje zespół, przeprowadzono ankietę dotyczącą oceny oferty zespołu skierowanej do szkół. Wyniki badania wskazują na pozytywną ocenę współpracy zespołu ze szkołą pod względem dostępności, elastyczności i kontaktu ze specjalistami. Opieka środowiskowa nad dziećmi w tak skonstruowanym modelu jest korzystna pod wieloma względami.

Summary

Environmental interactions are one of the most important aspects of psychiatric care for children and adolescents with mental disorders. The report presents the experiences of the community therapy team offering community support to early school age children. The presented model of care includes

psychological consultations, pedagogical therapy at school and as part of visits to cultural institutions, family therapy, multi-family groups and individual therapy. The team's activities also include consultations for teachers and school educators. In the proposed model, in connection with the reform of psychiatry of children and adolescents, there was a fundamental change related to the change in the formula of psychiatric consultations from obligatory to one resulting from individual indications. The aim of this paper is to present the experiences of cooperation related to community care at school. Among the employees of the schools the team cooperates with, a survey was conducted to evaluate the team's offer addressed to schools. The results of the study indicate a positive assessment of the team's cooperation with the school in terms of accessibility, flexibility and contact with specialists. Community care for children in such a model is beneficial in many respects.

Wstęp

Oddziaływania środowiskowe odgrywają kluczową rolę w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, a terapia środowiskowa stała się podstawą wdrażanej obecnie reformy psychiatrii dzieci i młodzieży. Wraz z powstałymi wiosną 2020 r. pierwszymi ośrodkami środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I stopień referencyjny) i pojawiającymi się po raz pierwszy na masową skalę możliwościami pracy „poza gabinetem” rodzą się pytania o optymalny model takiej pracy i dobre praktyki. Odmienność problematyki psychiatrii dzieci i młodzieży uniemożliwia prostą ekstrapolację wzorów z psychiatrii środowiskowej dorosłych, a niewielkie tradycje pracy środowiskowej w Polsce winny mobilizować do pracy koncepcyjnej i badań [1–3].

Krakowska Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży UJ CM ma najdłuższą w Polsce tradycję pracy środowiskowej, a począwszy od końca lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku przyjęła model środowiskowy jako podstawę leczenia. Artykuł skrótowo odniesie się do tych znaczących faktów, skupiając się na specyfice pracy jednej z agend środowiskowych kliniki — Zespołu Wsparcia Rozwoju Dzieci.

Specyfiką okresu dziecięco-młodzieżowego jest znaczenie szkoły jako miejsca socjalizacji w grupie rówieśniczej, przestrzeni, w której problemowe zachowania w największym stopniu mogą się ujawnić, wreszcie miejsca, którego jakość funkcjonowania wpływa bezpośrednio na zdrowie psychiczne uczniów. Artykuł ten umiejscawia szkołę w centrum zainteresowania, bada nastawienia szkolnych profesjonalistów do współpracy ze specjalistami zdrowia psychicznego. Warto pamiętać, że jego struktura nie odzwierciedla holistycznego myślenia zespołu, w którym szkoła jest znaczącym, ale nie jedynym punktem odniesienia — obok szkoły jest rodzina, poszerzona rodzina, sąsiedztwo, pozaszkolne znaczące grupy rówieśnicze, świat wirtualny i inne znaczące dla dziecka konteksty.

Krakowska Klinika kojarzona jest szczególnie z pracą z problematyką adolescencji, okresu niosącego ze sobą specyficzne i poważne wyzwania rozwojowe [4], ale zajmowała się także innymi grupami pacjentów, z czasem w coraz większym zakresie, czego wyrazem jest wyodrębnienie w 2017 r. z istniejących wcześniej agend dwóch specjalistycznych zespołów, poprzedzone pracami koncepcyjnymi. Były to programy:

- Terapii więzi rodzic – niemowlę (dzieci w przedziale 0–2. roku życia);
- Wsparcia Rozwoju Dzieci (dzieci w wieku wczesnoszkolnym).

Celem niniejszego doniesienia jest przedstawienie wyników pracy Zespołu Wsparcia Rozwoju Dzieci i dylematów związanych z tą formą pomocy. Organizacja pracy pozostałych zespołów jest przedmiotem osobnych opracowań.

Rys historyczny terapii środowiskowej w Krakowie

Prehistorii polskiego leczenia środowiskowego możemy poszukiwać w inicjatywach dr Aurelii Sikorskiej, która w roku 1916 została pierwszą asystentką prof. Piltza w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej w Krakowie [5]. Doktor Sikorska, nazywana pionierką psychiatrii dziecięcej, zwracała uwagę na profilaktykę w grupie dzieci do 3. roku życia, podkreślała specyfikę psychoterapii dzieci, a także znaczenie oddziaływań pedagogicznych [6]. Powojenna tradycja opieki środowiskowej nad dziećmi i młodzieżą w krakowskiej Klinice Psychiatrii wiąże się z dr Wandą Półtawską, która od 1954 roku prowadziła opiekę środowiskową nad dziewczętami z problemami wychowawczymi w ramach kierowanej przez prof. Marię Einhorn-Susułowską Poradni Wychowawczo-Lecniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego [7–9]. Pierwszy oddział dzienny dla dzieci został utworzony w roku 1963 przez dr hab. Eugenię Kwiatkowską.

Równolegle w krakowskiej klinice psychiatrii trwał twórczy ferment, inspirowany przez prof. Antoniego Kępińskiego, którego owocem były przełomowe dla psychiatrii polskiej inicjatywy, takie jak: społeczność terapeutyczna, psychoterapia grupowa, klub pacjentów, badania nad przewlekłym wpływem traumy wojennej (badania oświęcimskie), koedukacja i otwarte drzwi, wreszcie psychoterapeutyczny model leczenia, a także pierwszy w kraju oddział psychiatrii młodzieżowej (1965 r.). Szybko został poszerzony o oddziaływania ambulatoryjne, w których z regularnej terapii korzystała prawie połowa hospitalizowanych pacjentów [10].

Jednak rewolucja środowiskowa dokonała się w latach 80. XX wieku pod kierunkiem prof. Marii Orwid, pionierki terapii rodzin w Polsce, twórczyni krakowskiej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży [11]. Rozbudowano ambulatorium przyklinikalne, ograniczono hospitalizacje psychiatryczne. W 1983 r. Barbara Józefik utworzyła Ambulatorium Terapii Rodzin [12, 13], z terapią rodzinną jako podstawą oddziaływań, w 1988 r. Ryszard Izdebski — Zespół Hospitalizacji Domowej, którego podstawą działania była terapia rodzinna prowadzona na terenie domu pacjenta [14–16]. W tym samym roku pod kierunkiem Ewy Domagalskiej-Kurdziel powstało Liceum Przyklinikalne, które z czasem rozrastało się o kolejne oddziały szkolne, a także stało się podstawą Oddziału Dziennego. W 1989 r. prof. Orwid, bezprecedensową decyzją zlikwidowała duży oddział szpitalny, pozostawiając w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży zaledwie dwadzieścia łóżek [17]. W piśmie do rektora Akademii Medycznej z 1987 r., uzasadniając planowaną reformę, pisała, że zmiana ta „zgodna jest ze sposobami pracy stosowanymi w coraz większym stopniu w naszej Klinice, a także kierunkami rozwoju współczesnej psychiatrii” [18].

Tak zwane alternatywne formy leczenia rozwijały się w obrębie Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, z utworzonym z inicjatywy prof. Jacka Bomby przez dr hab. Renatę Modrzejewską młodzieżowym Oddziałem Dziennym na czele (2000 r.). Tworzone były one również poza kliniką, ale w bezpośrednim z nią związku i pod jej merytoryczną opieką.

Były to: Oddział Sanatoryjno-Rehabilitacyjny w Rabce-Zdroju (1999 r.) czy kilka ośrodków środowiskowych na terenie Krakowa, które prowadziły leczenie w oparciu o kontrakty z miastem, poza systemem ochrony zdrowia (2002 r.). W efekcie wokół kliniki powstała sieć instytucji, które prowadziły terapię środowiskową, korzystając z rekordowego w skali kraju wsparcia miasta Krakowa (w latach 2012–2017 miasto opłacało około 10 000 terapii rocznie) [19].

Wreszcie w 2017 r. z inicjatywy dr. hab. Macieja Pileckiego Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych Dzieci i Młodzieży (OKPDDiM, nazwa obowiązująca od roku 2012) rozpoczął jako jeden z trzech zespołów w Polsce prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży w oparciu o kontrakt na opiekę środowiskową. W jego ramach wyłoniono cztery programy, z czego pierwsze dwa zostały utworzone de novo. Były to programy:

- Terapii więzi rodzic – niemowlę (dzieci w przedziale 0–2 lata);
- Wsparcia Rozwoju Dzieci (dzieci w wieku wczesnoszkolnym);
- Ambulatorium Terapii Rodzin (pacjenci wymagający wysoko kwalifikowanej terapii rodzin);
- Zespół Hospitalizacji Domowej (pacjenci w poważnym ryzyku hospitalizacji, szczególnie w ryzyku samobójczym lub po wypisie z Młodzieżowego Oddziału Stacjonarnego).

Krakowski model psychiatrii środowiskowej

Różnorodne doświadczenia krakowskiej Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży i związanych z nią środowisk wydają się mieć kilka cech wspólnych:

- holistyczne, systemowe, wieloaspektowe rozumienie objawów psychopatologicznych i życia pacjenta;
- mniej paradygmatu medycznego, więcej psychospołecznego;
- psychoterapeutyczny model pracy z uznaniem znaczenia terapii rodzinnej, ale zarazem eklektyzm psychoterapeutyczny;
- uznanie za kluczową prewencyjnej roli terapii dziecięco-młodzieżowej;
- nastawienie na rozwój kompetencji społecznych pacjenta dziecięco-młodzieżowego;
- znaczenie realności w życiu dziecka, współpraca z innymi elementami systemu wsparcia dziecka i rodziny celem stworzenia efektywnego systemu wsparcia;
- docenienie znaczenia doświadczeń traumatycznych w życiu człowieka i praca z traumą;
- leczenie na terenie domu (głównie w formie terapii rodzinnej);
- zabieganie o pacjenta, który nie poszukuje dla siebie leczenia, uczenie się pracy z rodzinami słabo zmotywowanymi, niechętnymi terapii;
- ograniczenie do niezbędnej konieczności leczenia całodobowego i liczne, różnorodnie funkcjonujące (i dające różnorodną ofertę) zespoły współpracujące ze sobą;

- praca w zespołach wieloprofesjonalnych z częściową płynnością ról zawodowych;
- nacisk na superwizowanie pracy klinicznej i relacji w zespole [19].

Założenia te stały się podstawą modelu leczenia przyjętego w Zespole Wsparcia Rozwoju Dzieci.

Model pracy środowiskowej prowadzonej w ramach Zespołu Wsparcia Rozwoju Dzieci

Zespół Wsparcia Rozwoju Dzieci czerpie inspiracje z Zespołu Hospitalizacji Domowej, z którego wyewoluował. Korzysta ponadto z doświadczeń zatrudnionych w nim terapeutek środowiskowych w grupowo-treningowych metodach pracy wzmacniającej kompetencje społeczno-emocjonalne dzieci (praca na zasobach). Zespół korzysta także z pracy warsztatowej i wielorodzinnej skoncentrowanej na wzmacnianiu zasobów rodzicielskich, prowadzonej w paradygmacie terapii dialektyczno-behawioralnej. Zespół konstruuje eklektyczny, wieloskładnikowy model pracy.

Tworzą go osoby o różnym wykształceniu, modalnościach terapeutycznych i doświadczeniach zawodowych (zespół wielospecjalistyczny). Efektywne wykorzystanie potencjału takiego różnorodnego zespołu wymaga sprawnej koordynacji, integracji oddziaływań, superwizji, zebrań klinicznych, a także zebrań interdyscyplinarnych z innymi profesjonalistami pracującymi z dzieckiem i rodziną. Takie narzędzia pozwalają na wieloosiową diagnozę i leczenie dostosowane do potrzeb. Oferujemy: psychoterapię indywidualną i terapię rodzin, terapię wielorodzinną, leczenie psychiatryczne, terapię pedagogiczną grupową i indywidualną, terapię logopedyczną, terapię przez sztukę, psychoedukację, warsztaty rodzicielskie, spotkania interdyscyplinarne, konsultacje z pracownikami szkoły (wychowawcy, pedagogzy szkolni, pracownicy świetlic szkolnych) i poradni psychologiczno-pedagogicznych, szkolenia dla nauczycieli. Na terenie domu, szkoły, a także w gabinecie na terenie OKPiPDiM. Wszystkie te oddziaływania mają służyć uaktywnieniu zasobów w środowisku dziecka, celem zapobieżeniu wypadnięcia z ról w środowisku szkolnym czy grupie rówieśniczej. Takie intensywne i wielomodalne oddziaływanie minimalizuje także prawdopodobieństwo hospitalizacji psychiatrycznej dziecka.

Leczenie środowiskowe jest dobrowolne, odbywa się za zgodą rodziców dziecka (pacjenci tej agendy są poniżej 16. roku życia). W sytuacji intensywnej współpracy ze szkołami, znaczna część skierowań pochodzi od pedagogów szkolnych i wychowawców. Część z nich związana jest z mniej lub bardziej wyraźną presją na rodzinę, aby poddała swoje dziecko terapii. Jednak rodziny, które podjęły kontakt z zespołem w większości są zmotywowane do poszukiwania pomocy, w stanie kryzysu, przeciążone stresem, zwykle z kumulacją problemów dziecka w domu, w szkole lub przedszkolu. Powtarzają się również trudności w relacji między rodzicem czy rodzicami a dzieckiem.

Pierwsze spotkania z psychologiem w zespole mają charakter konsultacyjno-diagnostyczny. Ich celem jest wstępna ocena funkcjonowania dziecka oraz jego kontekstu bio-psycho-społecznego. Konsultacje te służą sformułowaniu celów pomocy i zaplanowaniu

oddziaływań. Czasami związane są z motywowaniem rodziny do przyjęcia proponowanej oferty, na przykład terapii rodzinnej. Decyzja o zakwalifikowaniu do leczenia dokonywana jest przez diagnostów we współpracy z zespołem terapeutycznym w czasie wspólnych zebrań klinicznych. W przypadku konieczności specjalistycznej diagnozy lub terapii dzieci są kierowane do instytucji wyspecjalizowanych w leczeniu danego problemu.

Dużą wagę przykładamy do pracy z rodziną, prowadząc nie tylko tradycyjną, systemowo zorientowaną terapię rodzin, ale także wymienione wyżej oddziaływania treningowo-warsztatowe. W sytuacjach, które tego wymagają, inicjujemy także działania pomocy społecznej czy sądu rodzinnego.

Ewentualne leczenie psychiatryczne odbywa się na terenie ośrodka, w gabinecie dostosowanym do potrzeb dziecka albo na terenie szkoły. Przy uznaniu zasadności farmakoterapii, możliwe jest precyzyjne monitorowanie zmian funkcjonowania dziecka, w oparciu o kontakt ze specjalistami ze szkoły oraz zebrania zespołu, z udziałem terapeutów zaangażowanych we wsparcie dziecka. Program leczenia jest elastyczny i pragmatyczny, modyfikowany w zależności od zmieniającej się sytuacji dziecka i rodziny.

Pedagodzy specjalni z zespołu są w kontakcie z nauczycielami oraz pracownikami poradni psychologiczno-pedagogicznych. Współpraca szkół z systemami opieki zdrowotnej staje się najbardziej powszechnym modelem na świecie [20]. Terapia pedagogiczna prowadzona przez pedagogów specjalnych odbywa się na terenie szkoły w sposób regularny, stanowiąc część planu lekcji. Porozumienie z Wydziałem Edukacji Urzędu Miasta Krakowa umożliwia realizację spotkań terapeutycznych w salach udostępnianych przez szkoły. Zajęcia odbywają się w małych grupach, w sposób regularny. W formie dostosowanej do wieku dzieci nabywają wiedzy i umiejętności w zakresie radzenia sobie z emocjami i komunikowania swoich stanów emocjonalnych oraz ćwiczą kompetencje społeczne.

Wydaje się, że w sytuacji rodzinnych oporów wobec leczenia psychiatrycznego dzieci, skutkujących opóźnieniami w rozpoczęciu leczenia, stosowanie przynajmniej części oddziaływań na terenie szkoły czyni wsparcie z zakresu zdrowia psychicznego bardziej akceptowalnym [21]. Dane z literatury przedmiotu wskazują, że oferowanie pomocy w naturalnym środowisku dziecka, jakim jest szkoła, zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania z niej [22]. Dla dzieci jest okazją nabywania i ćwiczenia umiejętności w znanym sobie, naturalnym środowisku. Współpraca zespołu ze szkołami stała się również okazją do edukacji nauczycieli na temat identyfikowania problemów emocjonalnych u dzieci i adekwatnego kierowania ich na konsultacje.

Od 1 kwietnia 2020 roku Zespół Wsparcia Rozwoju oraz część zespołu Hospitalizacji Domowej działa w ramach Środowiskowego Psychologicznego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Początkowo, wymogi formalne czyniły obligatoryjną konsultację psychiatryczną. W nowej strukturze jest proponowana tylko wtedy, kiedy są wskazania. Zmiana ta pozwala włączyć do oddziaływań dzieci, które nie spełniają jeszcze kryteriów zaburzenia psychicznego, ale prezentują problemy emocjonalne i behawioralne. Moment interwencji przypada na wcześniejszy etap rozwijania się trudności. Otwiera to możliwość stosowania szerszej profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Z reguły przyjmuje się trójpoziomy model oddziaływań [23]. Obejmuje on interwencje uniwersalne, ukierunkowane na całą szkołę lub klasę, interwencje kierowane do dzieci

wykazujących objawy kliniczne (tradycyjna domena służby zdrowia) oraz interwencje selektywne ukierunkowane na grupy ryzyka — takie, w których prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych w przyszłości jest znacznie wyższe niż przeciętne. Działania zespołu dotyczą obu ostatnich kategorii, za szczególnie ważne uważamy interwencje selektywne. Szkoły, z którymi podjęliśmy współpracę, motywujemy do wczesnej identyfikacji stosunkowo drobnych problemów funkcjonowania dzieci, proponując im grupowe oddziaływania środowiskowe. W ich ramach zespół współpracuje z instytucjami kultury, między innymi z Działem Oświatowym Zamku Królewskiego na Wawelu i Muzeum Etnograficznym w Krakowie. Pedagodzy specjalni prowadzą zajęcia terapeutyczne w przestrzeni publicznej, co umożliwia dzieciom integrację oraz generalizację zdobywanych kompetencji społeczno-emocjonalnych na różne środowiska.

W związku z nowym modelem pracy zespołu od początku jego działania pojawiły się pytania o ocenę i odbiór tych aktywności przez personel szkolny. W efekcie pod koniec roku szkolnego 2018/2019 zostało przeprowadzone badanie w szkołach na ten temat. Celem badań ankietowych było zebranie opinii dotyczących odbioru realizowanego przez nas programu.

Material i metoda

Badaniem objęto grupę 32 pracowników krakowskich szkół podstawowych, w których od kilku miesięcy prowadzone były zajęcia terapeutyczne dla dzieci pozostających pod opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego (SP nr 3, SP nr 113, SP nr 92, SP nr 95 oraz SP nr 33). Badanie oparto o ustrukturyzowaną ankietę składającą się z ośmiu pytań dotyczących oceny współpracy zespołu ze szkołą. Miały one charakter sześciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza, że współpraca jest bardzo niekorzystna, a 6 — bardzo korzystna oraz dwóch pytań otwartych umożliwiających osobom badanym sformułowanie dodatkowych uwag, a także wskazanie nowych elementów uzupełniających dotychczasową ofertę.

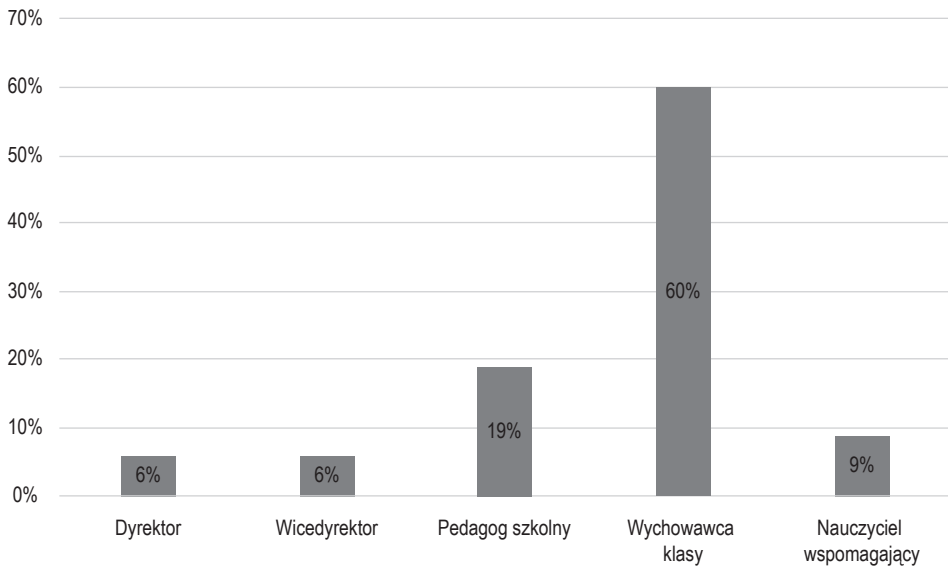
Charakterystykę badanej grupy zawierają wykresy 1, 2, 3.

Wyniki

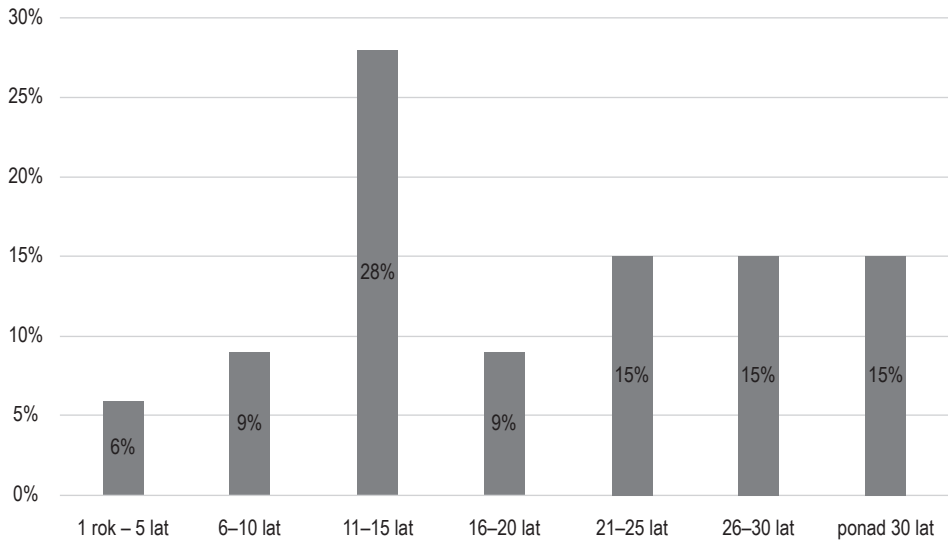
Badani poproszeni o ogólną ocenę współpracy z zespołem, ocenili ją jako bardzo korzystną. Na sześciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza, że współpraca jest bardzo niekorzystna, a 6 — bardzo korzystna, większość osób wybrała ocenę 6 ($n = 24$, $\bar{x} = 5,72$).

Pracowników szkół poproszono również o ocenę poszczególnych elementów współpracy za pomocą skali, gdzie 1 oznaczało, że dany element jest nieistotny, a 6 bardzo istotny. Na wykresie nr 1 przedstawione zostały średnie arytmetyczne ocen dla poszczególnych aspektów współpracy zespołu ze szkołami.

Za najistotniejsze badani uznali możliwość organizowania konsultacji z lekarzem psychiatrą na terenie szkoły ($\bar{x} = 5,78$) oraz systematyczne zajęcia terapeutyczne dla dzieci objętych wsparciem zespołu odbywające się na terenie szkoły ($\bar{x} = 5,78$). Fakt, że to specjaliści wychodzą do pacjentów i realizują świadczenia względem dzieci w środowisku szkolnym spotyka się z bardzo pozytywnym przyjęciem. Z opinii pracowników szkoły

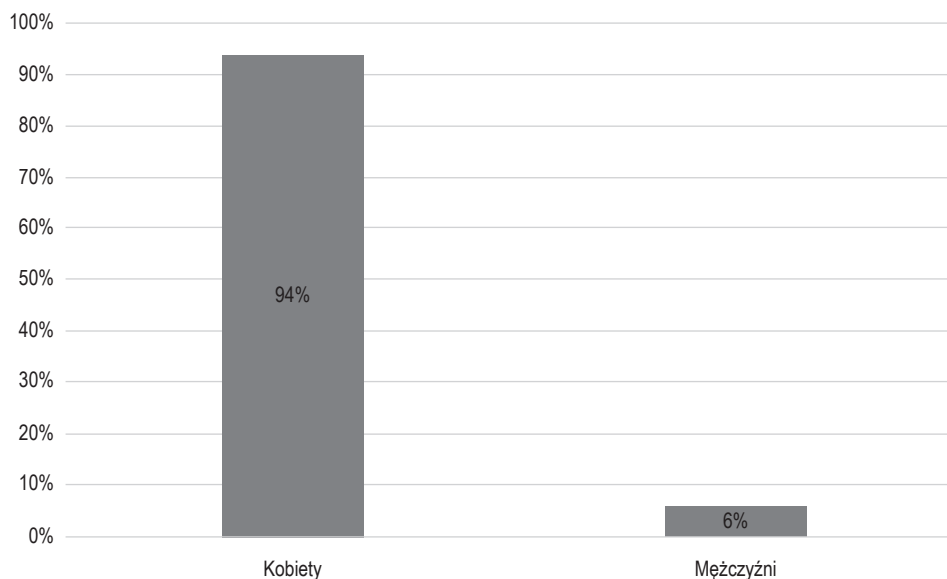


Wykres 1. Charakterystyka badanych ze względu na pełnioną w szkole funkcję

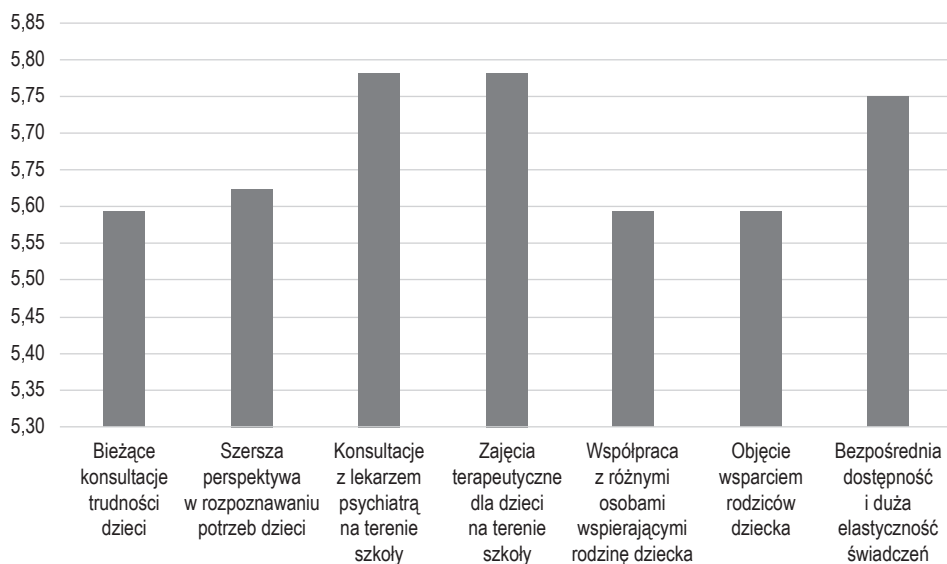


Wykres 2. Charakterystyka badanych ze względu na staż pracy

wynika, że dzięki temu więcej dzieci może skorzystać z pomocy, która byłaby często niemożliwa ze względu na konieczność dotarcia do obcego miejsca.



Wykres 3. Charakterystyka badanych ze względu na płeć



Wykres 4. Ocena współpracy Zespołu Leczenia Środowiskowego ze szkołami

Doceniona została również dostępność i duża elastyczność w zakresie wspólnego ustalania terminów konsultacji i zajęć terapeutycznych oraz krótkich terminów oczekiwania ($\bar{x} = 5,75$).

Za niemal równie istotną ($\bar{x} = 5,59$) uznana została możliwość konsultowania na bieżąco na terenie szkoły trudności dzieci objętych opieką zespołu z pedagogami specjalnymi, którzy, prowadząc zajęcia terapeutyczne, dobrze orientują się w bieżących trudnościach pojawiających się u dzieci. Nauczyciele podkreślali duże znaczenie wsparcia w swoich działaniach edukacyjnych i wychowawczych, jakie uzyskują dzięki takim konsultacjom. Łączy się to ściśle z możliwością poszerzenia perspektywy w rozpoznawaniu potrzeb dzieci objętych opieką zespołu, ocenioną także jako bardzo istotną ($\bar{x} = 5,63$).

Jako bardzo ważne ocenione zostały również: objęcie wsparciem rodziców dzieci w formie konsultacji lub terapii ($\bar{x} = 5,59$) oraz możliwość współpracy zespołu i szkoły z różnymi osobami wspierającymi rodzinę dziecka, np. kuratorem sądowym, asystentem rodziny, specjalistami z poradni psychologiczno-pedagogicznej itp. ($\bar{x} = 5,47$).

Podsumowując, wszystkie elementy współpracy zespołu ze szkołami zostały określone jako bardzo istotne. Ocena nie była zależna od płci badanych osób, pełnionej w szkole funkcji ani stażu pracy. W ramach dodatkowych uwag badani wyrażali swoje przekonanie o znaczeniu tego typu działań:

Współpraca niezwykle potrzebna, owocna. Najcenniejsza: fachowość i dostępność prowadzących oraz miejsce — bezpośrednio w szkole. Szczególnie ważne to jest dla rodziców — konsultacje specjalistyczne bez konieczności wędrowania po instytucjach.

„Współpraca bardzo efektywna, bardzo pomocna dla uczniów i nauczycieli, panie terapeutki posiadają rzetelną wiedzę i doświadczenie, dzieci lubią zajęcia z nimi. Nauczyciele zawsze otrzymują wsparcie i pomysły na trudności z zachowaniami uczniów”.

„Współpraca przebiega bardzo dobrze, daje ogromną pomoc specjalistyczną. Profesjonalne wsparcie w naszej pracy z uczniami i pomoc w rozwiązywaniu pojawiających się trudności. Życzliwość i zaangażowanie ze strony pracowników Szpitala Uniwersyteckiego”.

Konsekwentnie zdecydowana większość badanych (94%) widzi potrzebę kontynuowania współpracy, tylko dwie osoby (4%) zaznaczyły odpowiedź „nie wiem”.

Pracownicy szkoły zapytani o nowe elementy współpracy wymieniali m.in. objęcie opieką i wsparciem terapeutycznym większej liczby dzieci, zorganizowanie szkoleń dla nauczycieli, warsztatów dla całych klas, w których uczestniczą uczniowie objęci opieką przez zespół.

Dyskusja

Fundamentalne znaczenie szkoły dla funkcjonowania dzieci i młodzieży jest oczywiste. Zagadnienia z nią związane wnosi w trakcie konsultacji psychiatrycznych nawet 70% dzieci [24]. Stąd podnoszona od dawna rola szkolenia nauczycieli i poszerzania przez nich rozumienia zagadnień wspierających dobrostan uczniów. Zaprezentowane wyniki ukazują wręcz entuzjastyczną reakcję pracowników szkoły na zaproponowany program. Ważniejsze pozostaje pytanie, czy podobnych odpowiedzi udzieliliby nasi pacjenci i ich rodzice? Pragmatyczne korzyści związane z brakiem potrzeby dojazdu dziecka do siedziby zespołu, mniejsze ryzyko nieobecności czy spóźnień na sesje terapeutyczne, mniejsze obciążenie rodzica w sytuacji, kiedy terapia dziecka „wpisana” jest w plan lekcji dziecka — wszystko to wydaje się oczywiste. Zakładamy również, że tak realizowane wsparcie daje pacjentom

poczucie bezpieczeństwa i ułatwia generalizację realizowanych celów terapeutycznych na codzienne funkcjonowanie w przestrzeni edukacji. Ale czy na pewno?

Szkoła, w przeżyciu dzieci z niepowodzeniami szkolnymi i ich rodzin, może być doświadczana jako wroga i opresyjna. Umiejscowienie terapii poza miejscem intensywnego sporu sprzyja dostrzeganiu jej autonomii i odrębności. Terapia na terenie szkoły bezpośrednio wpisuje się w konflikt. Kluczowe staje się pytanie — jak specjaliści zdrowia psychicznego mogą uniknąć konieczności opowiedzenia się po którejś ze stron? Jak promować cyrkularne, nieoskarżające myślenie o wszystkich uczestnikach systemu?

Część pacjentów i ich rodzin może źle przeżywać wejście specjalistów zdrowia psychicznego na teren szkoły. Dzieci z zaburzeniami psychicznymi są stygmatyzowane w większym stopniu niż dzieci z chorobami somatycznymi czy trudnościami w uczeniu się, a lęk przed stygmatyzacją jest jedną z przyczyn niskiej gotowości do korzystania ze wsparcia systemu ochrony zdrowia psychicznego [25]. Wsparcie, którego dziecko doświadcza na oczach rówieśników z klasy i szkoły, może wywoływać wstyd i przewidywanie odrzucenia, szczególnie w grupie osób, które uwewnętrzniają negatywne stereotypy i doświadczają autostygmatyzacji. Lęk przed brakiem kontroli nad etykietą „chorego psychicznie” i lęk przed odrzuceniem rówieśniczym, mogą być poważną przeszkodą, a przy tym groźba odrzucenia tak „naznaczonych” dzieci wydaje się realna. Tym bardziej że, jak wynika z badań, identyfikacja dziecka jako cierpiącego na zaburzenia psychiczne zwiększa dystans społeczny [26]. Równoległe zachodzić może proces opisywany w literaturze jako „wtórne korzyści z choroby” ze szczególną pozycją dziecka, które dostaje dodatkowe aktywności, często atrakcyjne zajęcia niedostępne dla innych, wreszcie — wzmożoną uwagę ważnych dorosłych w szkole. Taka szczególna pozycja również może ewokować odrzucenie rówieśnicze. Pytania o reakcje dzieci nie objętych opieką wydają się w tej sytuacji kluczowe. Ważne dylematy dotyczą także poufności kontaktu terapeutycznego — zarówno w wymiarze profesjonalnym (czy w toku konsultacji dotyczących dziecka nie dochodzi do nieintencjonalnego ujawnienia tajemnicy), jak i dziecięcych lęków i fantazji o możliwych przekroczeniach związanych z kontaktem terapeutów z nauczycielami czy innymi pracownikami szkoły.

Wszystko to może wpływać negatywnie na budowanie relacji terapeutycznej z dzieckiem. Jesteśmy uważni na te potencjalnie niebezpieczne procesy. Pacjenci nie informują nas o tego typu doświadczeniu terapii. Rzecz wymaga jednak dalszej analizy.

Dane empiryczne podkreślają znaczenie technicznych ułatwień dostępu do terapii i konieczność aktywnego zabiegania o dziecięco-młodzieżowego pacjenta w przypadku rodzin słabo zmotywowanych, ubogich, wieloproblemowych [27]. Jest prawdopodobne, że część rodzin w innej sytuacji nie zgłosiłaby się do instytucji psychiatrycznych po pomoc dla swojego dziecka. Czy należy traktować to jako ułatwienie dostępu do pomocy czy jako nową opresję systemu szkolnego? Czy czynienie terapii dziecka tak technicznie łatwą i „niezobowiązującą” dla rodzica zawsze jest optymalnym rozwiązaniem? Czy nie zwiększa ryzyka przerzucenia odpowiedzialności za dziecko na zewnątrz, na szkołę i terapeutów? Czy wraz z występującym w niektórych rodzinach zaangażowaniem wielu specjalistów — kuratora sądowego, asystenta rodziny, innych pracowników pomocy społecznej itp. — nie zwiększa ryzyka jej ubezwłasnowolnienia? Jednym z fundamentalnych zadań terapii dzieci i młodzieży jest zwiększanie mocy i poczucia sprawstwa rodziny.

Z tej perspektywy podejmujemy wiele działań, aby wsparcie dla naszych pacjentów nie ograniczało się tylko do oddziaływań na terenie szkoły, ale angażowało również rodzinę. Gotowość rodzin do przyjęcia tej oferty jest różna.

Z perspektywy zespołu szkoła jest „tylko” jednym z miejsc, gdzie przebywa dziecko, bycie uczniem to jedna z pełnionych przez niego ról, a sfera poznawcza niekoniecznie jest najważniejsza dla życia dziecka. Perspektywa pracowników szkoły jest oczywiście inna. Ta różnica tworzy nieusuwalne napięcie w relacjach między systemem edukacji i ochrony zdrowia psychicznego, a żywy, regularny kontakt umieszcza tę różnicę w centrum uwagi. Jesteśmy skazani na nieustanny dialog, poznawanie i lepsze rozumienie swoich perspektyw, negocjowanie postaw i oddziaływań. Koncentracja szkoły na rolach związanych z edukacją sprzyja identyfikacji przede wszystkim dzieci, które szczególnie zakłócają proces uczenia, a więc prezentujących zaburzenia eksternalizujące, z ryzykiem pomijania uczniów wycofanych, lękowych, internalizujących. Wydaje się jednak, że wraz z rozwijającą się współpracą zwiększa się precyzja i adekwatność wskazywania przez szkołę dzieci potrzebujących pomocy.

Ważne pytania dotyczą możliwości uogólnienia optymistycznych wyników naszych badań. Projekt prowadzony przez ośrodek akademicki przy udziale doświadczonej i gruntownie wyszkolonej kadry z jednej strony oraz pracowników dobrych szkół podstawowych z centrum Krakowa z drugiej, niekoniecznie będzie łatwo replikowalny w innych okolicznościach — w bardziej konserwatywnych społecznościach mniejszych ośrodków, w szkołach ponadpodstawowych, gdzie można oczekiwać znacznie większych napięć wokół ryzyka stygmatyzacji uczniów kierowanych do terapii na terenie szkoły. Większość badań wskazuje na narastanie zjawiska stygmatyzacji wraz z wiekiem; z tej perspektywy praca na terenie szkoły podstawowej, z młodszymi dziećmi, wydaje się bardziej bezpieczna [28]. Argumentem przemawiającym za działaniami na terenie szkoły jest również udział mniej doświadczonej kadry świeżo tworzonych ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej.

Badanie prowadzone było przed wyłączeniem z zespołu psychiatry dzieci i młodzieży. Czy brak wstępnej konsultacji psychiatrycznej będącej warunkiem włączenia do opieki nie zmieniłyby nastawienia badanych? Kwestia ta pozostaje otwarta. Przeprowadzenie badania przed okresem transformacji daje możliwość badań porównawczych.

Namysł nad charakterem współpracy opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą ze szkołami jest wciąż konieczny. Podobnie jak badania empiryczne dotyczące nastawień dzieci i ich rodziców do takiej formy oddziaływań.

Refleksje nad opieką środowiskową w okresie pandemii

Pandemia COVID-19 nie zmieniła sposobu funkcjonowania zespołu w sposób zasadniczy i wydaje się, że zespół odnalazł się w nowej rzeczywistości. Jednak w pewnym sensie nowa i obecnie bardzo często stosowana forma kontaktu zdalnego wiąże się ze specyficznymi wyzwaniem. Na początku pandemii świadczenie terapii online było traktowane jako sposób podtrzymania kontaktu, zapewnienia ciągłości leczenia, a także udzielenia wsparcia w kryzysie związanym z pandemią. W ostatnich miesiącach kontakt online stał się „nową normalnością”,

która — ze wszystkimi wadami i zaletami — dominuje formę pracy z pacjentami. Przejście na tryb audio-wideo wymaga nie tylko organizacji od strony technicznej, ale też ustalenia nowych zasad terapii i ustalenia granic w kontakcie. Pociąga to za sobą pytania o charakterze etycznym w pracy terapeuty. Obszary te wymagają ciągłej refleksji i stosownych działań.

Wnioski

Proponowany model stanowi nowatorski, choć osadzony w wieloletniej tradycji, koncept organizacji opieki środowiskowej dla dzieci i młodzieży. Diagnoza, konsultacje specjalistyczne i leczenie odbywają się w szeroko rozumianym środowisku, w szkole, domu, w instytucjach kultury, adekwatnie do rozpoznanych potrzeb i problemów dziecka. Model ten cechuje wrażliwość na kontekst życia dziecka i wspiera integrację oddziaływań. Współdziałanie członków zespołu z kadłą szkolną tworzy sieć wsparcia dla dziecka i jego rodziców. Komunikacja między członkami zespołu a innymi specjalistami, nauczycielami, pracownikami świetlic, pedagogami szkolnymi, personelem poradni psychologiczno-pedagogicznych pozwala na szerokie rozumienie kontekstu życia dziecka i koordynację oddziaływań oraz koncentrację na wspieraniu jego rozwoju. Model spotkał się z powszechną aprobatą ankietowanych pracowników szkoły.

Konflikt interesów. Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do niej.

Piśmiennictwo

1. Chorpita BF. Nowe obszary praktyki opartej na dowodach. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: WUJ; 2006.
2. Stanton J. Debate: The role of inpatient units is to support community care. *Child Adolesc. Ment. Health* 2021; 26: 184–185.
3. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *Am. Psychol.* 2006; 61(7): 671–689.
4. Orwid M red.: *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL, 1981.
5. Bautsch A: Wspomnienie pośmiertne. Dr med. Aurelia Sikorska. *Psychiatr. Pol.* 1970; 4(5): 501–506.
6. Mikułowski W: O prostocie serca — dr Aurelia Sikorska (Wspomnienie o pionierce psychiatrii dziecięcej w Polsce). *Przegl. Lek.* 1971; 27(2): 240–244.
7. Biogram prof. Marii Einhorn-Susułowskiej dla UJ. <https://in-memoriam.uj.edu.pl>
8. Biogram Wandy Półtawskiej. https://www.kul.pl/zyciorys-dr-wandy-poltawskiej,art_12047.html
9. Półtawska W. *Psychoterapia obiektywizująca jako metoda leczenia młodzieży społecznie niedostosowanej*. Praca doktorska. Promotor: K. Spett. Kraków: Akademia Medyczna; 1964.
10. Szwajca K: Z biegiem lat, z biegiem dni... szkice z dziejów psychiatrii dziecięco-młodzieżowej w Krakowie. W: Szwajca K, red.: *Konferencyjna Gazeta Jubileuszowa XXX Ogólnopolska Konferencja Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP*. Kraków: PTP; 2018: 23–29.

11. Bomba J. Maria Orwid 23 lipca 1930 — 9 lutego 2009 r. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2009; 1: 79.
12. Józefik B, Ułasińska R, Wolska M. Model pracy Ambulatorium Terapii Rodziny Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Krakowie. *Psychoter.* 1991; 4(79): 41–51.
13. Józefik B, Nogas N, Pilecki M, Ułasińska R, Wolska M: Podejście systemowe w ambulatoryjnej terapii rodzin. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994; 3: 455–459.
14. Modrzejewska R, Izdebski R, Markiewicz-Zajac B. Opis pracy zespołu leczenia domowego dla dzieci i młodzieży. *Postępy Psychiatr. Neurol.* 1994; 3: 461–463.
15. Szaszkiwicz W, Izdebski R: Idea domu rodzinnego i jej wartość w psychoterapii. *Psychoter.* 1998; 4 (107): 95–101.
16. Izdebski R: Systemowa terapia rodzin na terenie domu i jej uwarunkowania. W: Rajwa E, Marynowicz S, red. *Współczesna rodzina: funkcjonowanie, zagrożenia, terapia.* Kraków: Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli; 2002.
17. Orwid M, Zimmerer K, Sz wajca K: *Przeżyć... i co dalej.* Kraków: Wyd. Literackie; 2006.
18. Orwid M. Pismo do Rektora AM. Maszynopis. *Archiwum Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM*, 1987.
19. Sz wajca K: 40 lat psychiatrii środowiskowej dla dzieci i młodzieży w Małopolsce. Konferencja: *Różne oblicza psychiatrii środowiskowej dla dzieci i młodzieży.* Kraków, 2019.
20. Rowling L, Weist MD: Promoting the growth, improvement, and sustainability of school mental health programs worldwide. *Int. J. Mental Health Promotion* 2004; 6(2): 3–11.
21. Weist MD: Challenges and opportunities in expanded school mental health. *Clin. Psychol. Rev.* 1999; 19: 131–135.
22. Stephan SH, Weist M, Kataoka S, Adelsheim S, Mills C: Transformation of children’s mental health services: the role of school mental health. *Psychiatr. Serv.* 2007; 58 (10): 1330–1338.
23. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T: Mental health interventions in schools 1. Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry* 2014; 1(5): 377–387.
24. Marcelli D: *Psychopatologia wieku dziecięcego.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013.
25. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M: The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2016; 30: 469–494.
26. Dixon C, Craig M, Daiches A. A qualitative exploration into young children’s perspectives and understandings of emotional difficulties in other children. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2013; 18: 72–90.
27. Sz wajca K: *Terapie niewolontaryjne.* W: Zalewski B, Pinkowska-Zielinska H, red. *Diagnoza w psychoterapii par.* Tom 2. Warszawa: PWN; 2022 [w druku].
28. McKeague L, Hennessy E, O’Driscoll C, Heary C. Retrospective accounts of self-stigma experienced by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or depression. *Psychiatr. Rehab. J.* 2015; 38(2): 158–163.

Adres: maciej.pilecki@uj.edu.pl