

Model EZRA – opieka środowiskowa w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego

Kamila Lenkiewicz

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży,
Warszawa-Bielany; Instytut Psychologii UKSW

Artykuł jest próbą przedstawienia wstępnych wyników testowania modelu wsparcia dzieci i rodzin w ramach projektu Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawy, który jest realizowany w ramach Projektu Operacyjnego Wiedza–Edukacja–Rozwój, Działanie 4.1. Innowacje społeczne. W projekcie Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie powołał podmiot leczniczy EZRA UKSW, który testuje rozwiązania związane z koordynacją i współpracą instytucjonalną dotyczącą leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Innowacją wdrożoną w prezentowanym podejściu do organizacji opieki nad niepełnoletnim i jego rodziną jest systemowa praca z siecią oparcia społecznego oraz konsekwentne szukanie zasobów we wspieraniu procesów zdrowienia.

SŁOWA KLUCZOWE:

MODEL OPIEKI EZRA, DIALOG OTWARTY, SIECI WSPARCIA SPOŁECZNEGO, ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY

Zgodnie z dostępnymi statystykami rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego prognozuje się, że 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży wykazuje zaburzenia psychiczne na poziomie wymagającym pomocy profesjonalistów, co pozwala przypuszczać, że w Polsce około 650 tys. osób w wieku rozwojowym potrzebuje opieki specjalistycznej (Janas-Kozik, 2017). Na przestrzeni

ostatnich lat w populacji będącej w wieku rozwojowym obserwuje się wzrost występowania następujących zaburzeń psychicznych: zaburzeń neurorozwojowych, szczególnie całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń nastroju, samookaleceń bez tendencji samobójczych, zaburzeń osobowości, zwłaszcza borderline, i zachowań samobójczych (Janas-Kozik, 2017; Lenkiewicz, Racicka, Bryńska, 2017; Lenkiewicz, Srebnicki, Bryńska, 2015). W większości zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży postępowaniem pierwszego wyboru jest psychoterapia i socjoterapia oraz interwencje w środowisku rówieśniczym, szkolnym i rodzinnym (APA, 2020; NICE, 2020), czego nie uwzględnia zinstytucjonalizowany system opieki psychologiczno-psychiatrycznej w Polsce. Ponadto duża fragmentaryzacja oraz brak międzysektorowej koordynacji powodują, że system wsparcia rodziny i dziecka jest nieefektywny ekonomicznie. Obecne trudności z dostępnością lekarzy specjalistów i psychoterapeutów pracujących z dziećmi i młodzieżą zarówno w publicznej ochronie zdrowia, jak i w usługach komercyjnych przekładają się na rosnącą liczbę osób potrzebujących hospitalizacji całodobowej (Kozik-Janas, 2017).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia (Dz.U. 2017 poz. 458), wskazywał na konieczność zapewnienia wielostronnej opieki obejmującej oddziaływania terapeutyczne uwzględniające naturalne otoczenie osoby chorującej, upowszechnienie różnych form pomocy i wsparcia społecznego, skoordynowanie dostępnych już form pomocy oraz wsparcie psychologiczno-pedagogiczne uczniów, rodziców i nauczycieli. Ponadto podkreślał istotną rolę profilaktyki zaburzeń psychicznych oraz zapobieganie stygmatyzacji i dyskryminacji. Pomijane wydają się natomiast rozwiązania systemowe w opiece psychiatryczno-psychologicznej kierowanej do osób w wieku rozwojowym. Program skupia się głównie na konieczności powstawania Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych i związanej z tym aktywizacji zawodowej dorosłych.

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (ŚCZP dim) Warszawa-Bielany jest odpowiedzią na potrzeby społeczności lokalnej i odwołuje się do misji społecznej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Ponadto wpisuje się w założenia ogólne Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Centrum jest swego rodzaju pilotażem reformy w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Model opieki EZRA odwołuje się do dwóch kluczowych wektorów (celów) zdrowienia wśród dzieci i młodzieży oraz ich rodzin:

1. tworzenia warunków do rozwoju lub odbudowy relacji interpersonalnych między rówieśnikami oraz między dziećmi i dorosłymi (bliskości i empatii);

2. tworzenia warunków do rozwoju potencjału dzieci i nastolatków z uwzględnieniem ich wieku (eksploracji i kształtowania własnej tożsamości i stopniowego zdobywania samodzielności; Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014).

MODEL OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ - UZASADNIENIE TEORETYCZNE I RYS HISTORYCZNY

W mechanizmach powstawania zaburzeń psychicznych znaczącą rolę przypisuje się czynnikom biologicznym (genetycznym) i psychospołecznym oraz zachodzącej między nimi interakcji, co wynika z rozumienia człowieka jako istoty biologicznej i społecznej żyjącej oraz funkcjonującej w mikro- i makrosystemach (APA, 2013; Orwid, 2011). Jako mikrosystem rozumiana jest rodzina nuklearna definiowana z uwzględnieniem kontekstu międzypokoleniowego, a makrosystem stanowią przede wszystkim kultura i okres cywilizacyjny, w którym żyjemy (Orwid, 2011). Kultura rozumiana jest jako system społeczno-ekonomiczny, polityczny, stosunek do religii, filozofii, historii i sztuki oraz przynależność do określonej grupy społecznej lub społeczności lokalnej (Orwid, 2011). Oba te systemy powinny być uwzględnione w procesie zdrowienia dziecka lub nastolatka.

Uwzględnianie istotnej roli rodziny w procesie leczenia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi rozpoczęło się w latach 50. ubiegłego stulecia i było wynikiem poszukiwań przyczyn oraz mechanizmów występowania u młodych osób nawrotów epizodów psychotycznych, które następowały w dość krótkim czasie po wypisie do domu. Zaobserwowano wówczas pewną powtarzalność w zachowaniach interakcyjnych rodzin tych pacjentów i stwierdzono, że poprawę stanu psychicznego można ustabilizować, przerywając lub zmieniając wzorce interakcji zachodzących między poszczególnymi członkami rodziny (Kurt, 2020). Obserwacja ta nie dawała się wytłumaczyć za pomocą założeń teoretycznych skoncentrowanych na dziecku, co przyczyniło się do zmiany myślenia o jednostce i roli systemów społecznych, w których ona żyje.

Pierwotnie nowe podejście znajdowało swój wyraz w rozszerzaniu *settingu*, czyli uzupełnieniu pracy z jednostką o jej system rodzinny i akcentowaniu mechanizmów patologicznych istniejących w procesach międzyludzkich. Rodzina była rozumiana jako otwarty system społeczny, który tworzy siatkę reguł zachowania, za pomocą których utrzymuje wewnętrzną równowagę – homeostazę rodzinną. Takie rozumienie mechanizmów powstawania psychopatologii skłaniało do podejmowania przez specjalistę interwencji odnoszących się w głównej mierze do struktury (Haley, 1976; Minuchin, 1974). Podejście to sprawdzało się w leczeniu zaburzeń psychotycznych i psychosomatycznych, ale nie było pomocne w terapii m.in. zaburzeń odżywiania,

dlatego zaczęto szukać nowego rozumienia zaburzeń psychicznych i roli rodziny jako ważnego czynnika w procesie chorowania i zdrowienia jednego z jej członków. Zwrócono wówczas uwagę zarówno na rolę komunikacji w utrzymywaniu *status quo* w systemie rodzinnym (Selvini-Palazzoil, Boscolo, Cechinem, 1975, za: Kurt, 2020), jak i na znaczenie języka w tworzeniu się systemów społecznych, w tym systemów organizujących się wokół problemu (Gregen, Davis, 1985; Maturana, 1988), a także na ich umiejętność autopezy, czyli samostanowienia i samoodtwarzania się (Gregen, Davis 1985; Kurt, 2020; Luchmann, 2007; Maturana, Varela, Frenk, 1972, Maturana, 1988, 2004). Za Maturaną (1972, 1988), Maturaną i Poerksenem (2004), Luhmannem (2007) oraz Kurtem (2020) przyjmuje się, że system powstający wokół problemu – tak jak każdy system społeczny – jest samoorganizujący się i nie musi być tożsamy z systemem rodzinnym. Często w jego skład wchodzi przedstawiciele innych instytucji uczestniczących w życiu rodziny. Konstytuują go granice i relacje zachodzące między poszczególnymi jego elementami, które w głównej mierze oparte są na komunikacji.

Głównym narzędziem, komunikacji jest język, dający człowiekowi zdolność meta-poznania i konstruowania własnej rzeczywistości przez odgrywanie ról na poziomach osobistym i społecznym. Dzięki niemu człowiek tworzy rzeczywistość poprzez dialogi, jakie prowadzi z innymi, będące źródłem zarówno wiedzy, jak i opisu rzeczywistości (Maturana, 1988). Ważnym źródłem wpływu na system jest również otoczenie, gdyż stanowi źródło informacji wpływających na struktury poznawcze jednostki, wywołując u niej adaptacyjne relacje zmieniające zarówno system, jak i otoczenie, w którym funkcjonuje. Systemy problemowe – tak jak każde inne – są uporządkowaną całością i składają się z elementów pozostających w dynamicznej równowadze. Kluczowym aspektem, który je tworzy i utrzymuje, jest komunikacja między ich elementami, która przebiega wzdłuż granicy sensu. Oznacza to, że każde zachowanie w systemie ma sens, nawet to, które zewnętrznemu obserwatorowi wydaje się być go pozbawione (Maturana, 1988, Luhmann, 2007). Można zatem przyjąć, iż system, w którym powstał problem, nosi w sobie jego rozwiązanie (Deissler, 1998).

Podjęciem terapeutycznym, uwzględniającym rolę systemu społecznego organizującego się wokół problemu i pracę z nim, jest Dialog Otwarty (ODA; Seikkula, Arnkil, 2018a, 2018b). Opracowany został w latach 80. ubiegłego wieku w Finlandii przez profesorów Seikkule i Alakare oraz ich zespół jako odpowiedź na potrzeby pacjentów doświadczających kryzysu psychicznego. Pierwotne założenia oparte były na podejściu „dostosowanym do potrzeb” Alanena i wsp. i zakładającym szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu psychicznego przy wykorzystaniu różnych metod oddziaływania terapeutycznego oraz na doświadczeniach Andersena

związanych z tworzeniem zespołów reflektujących w leczeniu zaburzeń psychicznych (Andersen, 1987).

Na przestrzeni kilkunastu lat i w wyniku wielu badań klinicznych wyodrębniono siedem głównych zasad odnoszących się do formy leczenia opartej na rodzinie i sieci społecznej, której głównym celem było odnalezienie nowego zrozumienia podczas dialogu wszystkich osób zaangażowanych w sytuację kryzysową.

Pierwszą z zasad jest *natychmiastowa pomoc*, co przekłada się na zorganizowanie pierwszego spotkania sieci w ciągu 24 godzin od powzięcia informacji o kryzysie psychicznym, niezależnie kim była osoba zgłaszająca. Tak szybka reakcja pozwala na stworzenie przestrzeni do rozmowy o trudnych doświadczeniach, które były albo niezauważone, albo nieakceptowane przez rodzinę. Drugą zasadą jest *włączenie sieci społecznej* – na pierwsze spotkanie oprócz osoby doświadczającej kryzysu zaprasza się jego rodzinę i kluczowych członków sieci wsparcia społecznego, czyli osoby, których dotyczy ta sytuacja i które mogłyby w jakiś sposób pomóc w zrozumieniu problemu lub być wsparciem dla pacjenta. Kolejna zasada dotyczy *elastyczności i mobilności*. Leczenie powinno odpowiadać na konkretne i zmieniające się potrzeby pacjenta i jego rodziny. Formy psychoterapii powinny uwzględniać specyfikę problemu i – jeśli to możliwe – odbywać się w domu pacjenta, gdzie zasoby rodzinne są najdostępniejsze. Czwartą zasadą jest *odpowiedzialność*, która łączy się piątą – *zachowaniem ciągłości opieki psychologicznej*. Odpowiedzialność ma wymiar jednostkowy i zespołowy. Osoba, która nawiązała pierwszy kontakt, jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania i zapewnienie rodziny, że otrzyma potrzebną pomoc. Zespół jest natomiast odpowiedzialny za konceptualizację i razem z głównymi zainteresowanymi za zaplanowanie procesu leczenia. Zachowanie ciągłości opieki psychologicznej bezpośrednio łączy się z odpowiedzialnością zespołu leczącego za cały proces zdrowienia, przy uwzględnieniu uczestniczenia w nim specjalistów z różnych dziedzin. Dwoma ostatnimi zasadami są *tolerancja niepewności* i *dialogowość*. Potrzeba *tolerancji niepewności* wynika z postawy specjalisty, którą można określić mianem postawy „niewiedzy” oraz oddaniem kontroli nad procesem rodzinie i pacjentowi. Nie wyklucza to włączenia farmakoterapii, jeśli jest taka konieczność, choć pierwszeństwo przyznaje się terapeutycznym formom oddziaływania. Największy nacisk w całym podejściu kładzie się na dialog, który staje się narzędziem odzyskania wpływu na swoje życie poprzez otwarte omówienie problemu w procesie komunikacji i nadanie mu innego, adaptacyjnego sensu.

DOŚWIADCZENIA ANGLOSASKIE W ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY W KONTEKŚCIE POLSKIEJ REFORMY PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

W Kornwalii zespół ekspertów poszukujący idealnego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wydał raport (KPMG Consulting, 2001), w którym – bazując na doświadczeniach pracy z dzieckiem i jego rodziną – określił trzy podstawowe elementy pracy środowiskowej z osobami niepełnoletnimi i ich opiekunami:

1. wejście do systemu odbywa się poprzez kontakt z zespołem świadczącym podstawową opiekę psychologiczną ukierunkowaną na jednostkę, czy to w ramach infolinii, czy też spotkań konsultacyjnych;
2. oferowanie usług nakierowanych na środowisko dziecka/nastolatka;
3. jeśli to konieczne, włączenie w system opieki usług specjalistycznych, obejmujących m.in. hostel lub szpital całodobowy.

Model ten posłużył do opracowania w 2015 r. standardów opieki świadczenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (NHS Cornwall Foundation Trust, 2015) opierających się na czterech poziomach świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego. Poziom I obejmuje podstawową opiekę zdrowotną, edukacyjną i pomoc społeczną, czyli opiera się na specjalistach sieci wsparcia, w której funkcjonują rodzina i dziecko. Poziom II stanowi zespół podstawowej opieki zdrowia psychicznego skoncentrowany na pracy psychoterapeutycznej z udziałem rodziny i środowiska wychowawczego, np. szkoły lub przedszkola. Lekarz psychiatra, psycholog kliniczny i psychoterapeuta obejmujący swoimi oddziaływaniami dzieci lub nastolatków z poważnymi zaburzeniami psychicznymi – tj. epizodami psychotycznymi, zaburzeniami odżywiania, samookaleczeniami, zaburzeniami neurorozwojowymi – tworzą zespół specjalistycznej opieki zdrowia psychicznego poziomu III, a zespół całodobowej opieki psychiatrycznej – poziomu IV.

Rodzaje opieki z poziomów II i III i IV systemu anglosaskiego mają swoje odzwierciedlenie w poziomach referencyjnych w reformie psychiatrii dzieci i młodzieży (Dz.U. 2017 poz.458):

1. poziom I referencyjności odpowiada Środowiskowym Ośrodkom Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, których zadaniem jest nie tylko pomoc dzieciom, nastolatkom i ich rodzinom, ale również działania profilaktyczne dotyczące problemów zdrowia psychicznego przeznaczona dla pracowników instytucji z sektora oświaty i pomocy społecznej;

2. poziom II referencyjności odpowiada Środowiskowemu Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, które obejmuje wsparciem dzieci i nastolatki potrzebujące bardziej złożonych oddziaływań (np. usługi dzienne lub całodobowe nieszpitalne) poza terapią środowiskową;
3. poziom III referencyjności odpowiada Ośrodkowi Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej, w skład którego wchodzi izby przyjęć i oddziały całodobowej opieki psychiatrycznej.

MODEL OPIEKI EZRA W ŚRODOWISKOWYM CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY WARSZAWA-BIELANY

Opierając się na opisanych założeniach teoretycznych, model EZRA zakłada pracę nie tylko z dzieckiem i jego rodziną, ale również z ich siecią społeczną. Przy czym praca z siecią społeczną oparta jest głównie na założeniach dialogu otwartego (Seikkula, Arnkil, 2018a, 2018b), a praca z dzieckiem i rodziną uwzględnia zarówno kliniczny model opieki psychologiczno-psychiatrycznej, jak i teorię terapii systemowej. Wsparcie adresowane jest również do instytucji obecnych w środowisku lokalnym dziecka i jego rodziny. Obejmuje ono:

1. cykliczne spotkania ze specjalistami z placówek oświatowych i pomocowych w celu budowania współpracy w sieci ŚCZP dim oraz wymiany wiedzy i doświadczenia;
2. wykłady dla kadry instytucji w otoczeniu rodziny dotyczące mechanizmów zaburzeń wieku rozwojowego;
3. indywidualne konsultacje dla przedstawicieli instytucji pedagogicznych, pomocowych lub sądowych w kontekście konkretnego dziecka/nastolatka;
4. supervizje merytoryczne;
5. prowadzenie zajęć profilaktycznych dla uczniów i ich rodziców;
6. oddziaływania terapeutyczne w klasie ucznia będącego pod opieką ŚCZP dim.

W modelu EZRA testowane są angielskie poziomy II i III co odpowiada I i II poziomowi referencyjności w polskiej reformie psychiatrii dzieci i młodzieży, a standard wsparcia procesu zdrowienia dzieci, młodzieży oraz rodziny został opracowany na podstawie: *Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) Standard Operating Procedure (2015)*, *An Ideal Model for Children's Mental Health Services in South West Region (2001)*, założeń Dialogu Otwartego (Seikkula, Arnkil, 2018a, 2018b) oraz standardów Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) w Wielkiej Brytanii (2020) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2020). Model ten stanowi próbę dostosowania podejście otwartego dialogu

(ODA) do warunków pracy z niepełnoletnimi, w której tzw. trzecia strona, tj. opiekunowie prawni i prawny obowiązek edukacyjny, odgrywa kluczową rolę.

Wejście do systemu odbywa się poprzez zgłoszenie opiekunów prawnych lub – za ich zgodą – instytucji oświatowych dziecka potrzebującego wsparcia. Proces leczenia oparty jest na indywidualnym planie zdrowienia, który uwzględnia nasilenie, dotkliwość i uporczywość trudności, ryzyko wtórnej niepełnosprawności lub zagrożenia rozwoju, obecność/brak czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz obecność/brak stresu społecznego lub doświadczenia urazowego. W nagłych przypadkach pomoc udzielana jest w ciągu 24 godzin, a w trybie normalnym – do ośmiu tygodni. Pomoc zaczyna się od konsultacji rodzinnych w środowisku domowym. W modelu EZRA nie ma możliwości wyboru przez dziecko lub jego rodzica bądź opiekuna prawnego jednej z form oddziaływań, np. tylko opieki lekarskiej lub psychologicznej. Obowiązuje zasada *wszystko albo nic*, która wynika z wcześniejszych doświadczeń pracy z pacjentami będącymi jednocześnie pod opieką specjalistów niemających możliwości uwspólniania rozumienia problemu i tym samym wypracowania wspólnych interwencji terapeutycznych. Metodami wykorzystywanymi w pracy przez członków zespołu są wizyty w naturalnym środowisku dziecka i rodziny, w tym wizyty w domu i szkole/przedszkolu, konsultacje z innymi specjalistami spoza ŚCZP dim, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, a także spotkania prowadzone w duchu dialogu otwartego uwzględniające sieć wsparcia społecznego oraz innych specjalistów obecnych w życiu dziecka i rodziny.

Model EZRA oparty jest na pięciu filarach:

1. *Pierwszy kontakt* podzielony jest na dwa etapy:

- a) kontakt telefoniczny podczas zgłoszenia się do ŚCZP, którego głównym celem jest przyjęcie zgłoszenia i poznanie specyfiki trudności w celu ustalenia pilności i rodzaju podejmowanych działań;
- b) wizyta w domu mająca na celu zapewnienie dziecku/nastolatki i jego rodzinie bezpiecznych warunków do mówienia o trudnościach, z którymi się zgłosili. Z reguły składa się ona z dwóch części, czyli wspólnej rozmowy wszystkich domowników i krótkich rozmów rodziców i dziecka/nastolatka ze specjalistami na temat kontekstu zgłoszenia oraz historii problemu. Podczas wizyty domowej zawsze obecnych jest dwóch specjalistów.

2. *Konceptualizacja* – Indywidualny Plan Zdrowienia (patrz niżej) poprzedzony jest konceptualizacją przeprowadzoną zgodnie z modelem biopsychospołecznym. Obejmuje ona wywiad rozwojowy i rodzinny, obserwację dziecka w jego naturalnym środowisku, diagnozę środowiska rówieśniczego oraz – jeśli jest konieczna – diagnozę psychologiczną i psychiatryczną. Działania podejmowane na tym

etapie mają za zadanie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego dziecko/nastolatek ma takie problemy i jakie są czynniki ochronne (zasoby), które można wykorzystać w procesie leczenia? Za ten etap odpowiedzialny jest specjalista pełniący funkcję *case managera*, czyli osoba, której głównym zadaniem jest nadzór nad procesem zdrowienia, praca z rodziną i przedstawicielami innych instytucji w środowisku na rzecz dziecka/nastolatka oraz nadzór nad zespołem leczącym w ŚCZP dim. *Case manager* intensywnie współpracuje ze szkołą. Uczestniczy w obserwacji dziecka w jego naturalnym środowisku lub kontaktuje się z wychowawcą / psychologiem szkolnym / pedagogiem, w celu poznania ich opinii na temat funkcjonowania dziecka przed kryzysem psychicznym.

3. *Indywidualny Plan Zdrowienia (IPZ)* jest wynikiem procesu konceptualizacji i jest oparty na *Międzynarodowej Kwalifikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (WHO, 2009), która przy użyciu języka uniwersalnego, zrozumiałego i wspólnego dla każdego specjalisty, pozwala wyznaczyć obszary zasobowe oraz wymagające wsparcia. Jest on ustalany w porozumieniu z dzieckiem/nastolatkiem i jego opiekunami prawnymi. Zawiera cel całego procesu zdrowienia i formy oddziaływań, które pomogą go osiągnąć. Stanowi on swoisty rodzaj kontraktu zawartego między ŚCZP dim, dzieckiem/nastolatkiem i jego rodzicami, w którym każda ze stron bierze odpowiedzialność za osiągnięcie celu. Formuła ta przyczynia się do upodmiotowienia w procesie leczenia dziecka/nastolatka i jego rodziny. Warto pamiętać, że proces realizacji IPZ nie przebiega linearnie, a raczej cyklicznie, co wynika z konieczności powrotu na wcześniejsze etapy lub pominięcia niektórych elementów planowanego wsparcia.
4. *Psychoterapia, terapia środowiskowa lub farmakoterapia.* Kolejnym filarem procesu zdrowienia zawartego w modelu EZRA jest psychoterapia, która obejmuje oddziaływania indywidualne, grupowe, rodzinne prowadzone zgodnie z głównymi modalnościami psychoterapeutycznymi, a także terapię środowiskową, która jest nakierowana na środowisko klienta i na niego w tym środowisku. Oddziaływania nakierowane na środowisko pacjenta obejmują jego szkołę/przedszkole i klasę / grupę rówieśniczą. Przybierają formę zajęć warsztatowych w klasie, indywidualnych konsultacji dla kadry pedagogicznej oraz spotkań prowadzonych w duchu dialogu antycypacyjnego, w których uczestniczy dziecko/nastolatek, jego rodzina i specjaliści obecni w ich życiu – wychowawca, psycholog szkolny, pedagog, asystent rodzinny, kurator i zespół leczący. Oddziaływania te mogą być prowadzone w ramach wizyt ambulatoryjnych lub pobytu w oddziale dziennym.

Farmakoterapia natomiast włączana jest w ramach opieki lekarskiej i tylko w sytuacjach, kiedy jest ona niezbędna. Ponadto nastolatki powyżej 16 r.ż., którzy

z różnych powodów nie mogą przebywać w domu rodzinnym, ale nie mają wskazań do zabierania ich ze szkoły lub hospitalizacji całodobowej mogą przebywać w hostelu, co każdorazowo jest połączone z intensywnymi oddziaływaniami prowadzonymi w ramach oddziału dziennego.

5. *Ewaluacja*. Ostatni etap procesu wsparcia skupiony na podsumowaniu procesu zdrowienia i realizacji IPZ, a także na zaplanowaniu oraz omówieniu działań mających na celu zapobiegania nawrotom.

W modelu EZRA ważną rolę odgrywają terapeuci środowiskowi dzieci i młodzieży, których uwaga nakierowana jest na pracę w środowisku i ze środowiskiem. Wspierają oni proces konceptualizacji przez swoją obecność w szkołach/przed-szkolach i uczestniczenie w obserwacjach dziecka w jego naturalnym środowisku. Koordynują instytucje zaangażowane w życie rodziny i dziecka, tworząc dla nich swoistą przestrzeń do wypracowania wspólnych celów w kontekście konkretnego dziecka i współpracy na rzecz jego realizacji. Ponadto prowadzą grupy socjoterapeutyczne i grupy podwórkowe, warsztaty dla rodziców i grupy samopomocowe oraz pracują indywidualnie z nauczycielami i innymi specjalistami w ramach realizacji IPZ. Wspomagają ponadto proces terapeutyczny, towarzysząc małoletniemu klientowi podczas ćwiczenia nowych umiejętności lub utrwalania nowego zachowania w jego naturalnym środowisku, a także pracę z grupą rówieśniczą, w której dziecko przebywa. Ponadto koordynują zasoby instytucjonalne na obszarze oddziaływań I poziomu referencyjnego.

Model EZRA zakłada odwrócenie ciężkości opieki nad pacjentem/klientem. Z racji niedoborów specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz długiego czasu oczekiwania na konsultację psychiatryczną w modelu założono, że pierwszym specjalistą, który bierze odpowiedzialność za proces zdrowienia, jest psycholog lub psychoterapeuta. Lekarz w zespole leczącym jest obecny tylko wtedy, gdy konieczne jest rozpoczęcie farmakoterapii lub ustalenie diagnozy nozologicznej.

KONKLUZJA

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Warszawa-Bielany przez 1,5 roku przyjęło 880 rodzin, z czego tylko 30% dzieci i nastolatków potrzebowało konsultacji u lekarza psychiatri, a 40% z nich wymagało wsparcia farmakologicznego.

W pierwszym półroczu działalności wyzwaniem było:

1. Zbudowanie zespołu gotowego do pracy środowiskowej i zespołowej, ponieważ większość specjalistów było (i jest) przyzwyczajonych do pracy indywidualnej w zaciszu swojego gabinetu.
2. Odpowiedzenie w krótkim czasie na wszystkie potrzeby dzieci i nastolatków oraz ich rodzin zgłaszających się do nas, ponieważ w tym okresie średnio dziennie przyjmowaliśmy 15 nowych zgłoszeń wymagających pilnej interwencji, na co nie byliśmy przygotowani kadrowo.
3. Budowanie relacji ze szkołami, przedszkolami, domami dziecka, kuratorami i policją, którzy w początkowym okresie byli w stosunku do nas nieufni.

Naszymi zasobami w tamtym czasie było:

1. Doświadczenie kliniczne kadry zarządzającej, która stanowiła wsparcie dla zespołu.
2. Zaplecze merytoryczne Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
3. Zespół specjalistów gotowych podjąć wyzwanie pracy w nowych warunkach i cechujących się dużą tolerancją niepewności.
4. Współpraca z Burmistrzem dzielnicy Warszawa-Bielany Panem Grzegorzem Pietruczkiem i Ośrodkiem Pomocy Społecznej m.st. Warszawa-Bielany, szczególnie z asystentami rodzinnymi.
5. Możliwość korzystania z doświadczenia John Jenkinsa, który w Wielkiej Brytanii w latach 80. ubiegłego wieku tworzył Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Obecnie zakończyliśmy wsparcie w 40% przypadków. Średni czas opieki w Centrum wyniósł 7,5 miesiąca. Objęliśmy wsparciem 38 szkół z dzielnicy Bielany m.st. Warszawy oraz współpracowaliśmy z nauczycielami, pedagogami, psychologami szkolnymi i asystentami rodzinnymi, którzy byli bardzo zaangażowani w proces zdrowienia ich klientów, a także z kuratorami, koordynatorami pieczy zastępczej oraz pracownikami poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Po roku działalności zaczęliśmy obserwować zgłoszenia dzieci i rodzin będących w początkowej fazie rozwoju kryzysu psychicznego lub w celu oceny przebiegu rozwoju dziecka, co pozwala wnioskować, że oferta Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego odpowiedziała na te najpilniejsze potrzeby społeczności lokalnej w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ponadto nasze doświadczenia potwierdzają, że szybka interwencja w momencie wystąpienia kryzysu psychicznego, łatwość dostępu do usług psychologicznych oraz włączenie do pracy na rzecz zdrowienia sieci wsparcia społecznego dziecka i rodziny, a także całościowy model opieki

psychologiczno-psychiatrycznej zmniejsza ryzyko konieczności hospitalizacji całonocnej, skraca czas leczenia oraz zmniejsza koszty emocjonalne ponoszone przez rodzinę i dziecko.

E-mail autorki: kamila.lenkiewicz@ezrauksw.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family process*, 26(4), 415–428.
- APA. (2013). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- APA. (2020). *APA Professional Practice Guidelines*. Pobrane z: <https://www.apa.org/practice/guidelines/>.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Nowy Jork, NJ: Ballantine.
- Deissler, K. G. (1998). *Terapia systemowa jako dialog: odkrywanie samego siebie?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gergen, K. J., Davis, K. M. (1985). *The Social Construction of the Person*. Nowy Jork, NJ: Springer.
- Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Janas-Kozik, M. (2017). Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku: Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Psychiatria*, 14(1), 61–63.
- KPMG Consulting. (2001). *An Ideal Model for Children's Mental Health Services in South West Region*. Pobrane z: https://www.cmho.org/documents/Res_Ideal_Model_Final.pdf.
- Kurt, L. (2020). Terapia systemowa- przełożenie myślenia systemowego na praktykę. W: A. Gulczyńska, A., I. Rotberg, I. (red.), *Ponowoczesne modele pomagania. Przykłady koncepcji i zastosowania* (s. 61–90). Warszawa: Difin SA.
- Lenkiewicz, K., Racicka, E., Bryńska, A. (2017). Self-injury – Placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatria Polska*, 51(2), 323–334.
- Lenkiewicz, K., Srebnicki, T., Bryńska, A. (2015). Personality disorders in adolescence. *Psychiatria Polska*, 49(4), 757–764.
- Luhmann, N. (2007). *Systemy społeczne. Zarys ogólnej teorii*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Maturana, H. R., Varela, F. G., & Frenk, S. G. (1972). Size constancy and the problem of perceptual spaces. *Cognition*, 1(1), 97–104.

- Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish journal of psychology*, 9(1), 25-82
- Maturana, H. R., Poerksen, B. (2004) The view of the systemicist: a conversation. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 269-279
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- NHS Cornwall Foundation Trust. (2015). *Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) Standard Operating Procedure*. Pobrane z: www.cornwallfoundationtrust.nhs.uk.
- NICE. (2020). *NICE Guidance 2020*. Pobrane z: <https://www.nice.org.uk/>.
- Orwid, M. (2011). Czynniki psychospołeczne w psychiatrii dzieci i młodzieży. W: I. Namysłowska, I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 41-52). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dziennik Ustaw (2017). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, (Dz.U. 2017 poz. 458).
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018a). *Otwarte Dialogi. Antycypacje, szanowanie inności. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018b). *Dialog sieci społecznej*. Warszawa: Paradygmat.
- Strus, W., Ciecuch, J. (2017). Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits. *Journal of Research in Personality*, 66, 70-95.
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014). The circumplex of personality metatraits: A synthesizing model of personality based on the big five. *Review of General Psychology*, 18(4), 273-286.
- The Ministry of Community and Social Services (MCSS) South West (SW) Region. (2001). *An Ideal Model for Children's Mental Health Services in South West Region*.
- WHO. (2009). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

EZRA MODEL: COMMUNITY CARE IN THE TREATMENT OF DEVELOPMENTAL MENTAL DISORDERS

The article is an attempt to present the preliminary results of testing the model of support for children and families in the framework of the project 'Deinstitutionalisation as a chance for good change - integrated project. Bielany District of the Capital

City of Warsaw', which is part of the 'Operational Project Knowledge – Education – Development, Measure 4. 1. Social innovation'. In the project, Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw established a therapeutic entity EZRA UKSW, which tests solutions related to coordination and institutional cooperation in the treatment of mental disorders of children and young people. The innovation implemented in the presented approach to the organization of care for a minor and his family is the systematic work with the social support network and consistent search for resources in supporting the processes of health.

KEYWORDS

CARE MODEL EZRA, OPEN DIALOGUE APPROACH, SOCIAL SUPPORT NETWORKS, MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

Cytowanie:

Lenkiewicz, K. (2020). Model EZRA – opieka środowiskowa w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 155–168.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości