

Studium interwencji – instrukcja opisu

Tytuł interwencji: Procedura postępowania dla nauczycieli specjalistów w przypadku uczniów, którzy przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, z uwzględnieniem perspektywy międzysektorowej.

Poziom interwencji:

oddziaływanie na dziecko/ucznia

Etap edukacyjny:

szkoła podstawowa klasy 4-8, szkoła ponadpodstawowa

Kategoria interwencji:

interwencja w sytuacjach kryzysowych

Problem:

W literaturze przedmiotu brak jest wystarczających danych pozwalających na ocenę rozpowszechnienia zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym w populacji dzieci i młodzieży. Szacuje się je jednak na poziomie 6-17%. Szczyt trudności w funkcjonowaniu społecznym przypada na 14 rok życia (Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021).

W procesie identyfikowania problemu należy wziąć pod uwagę następujące kryteria:

1. Rozpoznanie zachowań ryzykownych:

- zagrażających zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, tj. powtarzających się samookaleczeń i podejmowanych prób samobójczych;
- niezgodnych z normami społecznymi, np. wandalizm, używanie wulgarnego słownictwa, wagarowanie, ucieczki z domu, przedwczesne podejmowanie życia seksualnego, zażywanie narkotyków, palenie papierosów i spożywanie alkoholu, popełnianie wykroczeń i przestępstw, stosowanie przemocy;
- o dużej częstotliwości (utrzymującej się powtarzalność), intensywności i przy towarzyszącym skumulowaniu różnych rodzajów zachowań ryzykownych (Cierpiąłkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 52-53).

2. Rozpoznanie jednocześnie występującego wysokiego nasilenia problemów internalizacyjnych (objawy depresji, lęku, poczucie wszechogarniającej pustki) i eksternalizacyjnych (zaburzenia zachowania, impulsywność, agresja, objawy deficytu uwagi/nadpobudliwości psychoruchowej) (Cierpiąłkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 17).

3. Występowanie częstych problemów i kłótni interpersonalnych. Relacje można opisać jako niestabilne i intensywne charakteryzujące się naprzemiennym występowaniem skrajnej idealizacji i dewaluacji.

4. Przejawy zachowań agresywnych (również w przestrzeni internetowej) oraz manipulacyjnych (oszukiwanie, szantażowanie, wzbudzanie poczucia winy, obwinianie, przerzucanie odpowiedzialności, izolowanie, urywanie kontaktu, wzbudzanie lęku/niepokoju, zazdrości, dopominanie się ciągłej troski i opieki itp.).

5. Bardzo niska samoocena, niepewna tożsamość – również w obszarze tożsamości płciowej, brak celów życiowych.

Cele:

1. Wzrost kompetencji nauczycieli specjalistów w zakresie postępowania z uczniem przejawiającym zaburzenia funkcjonowania społecznego.
2. Wzrost zaangażowania specjalistów do podejmowania współpracy międzysektorowej na rzecz dziecka/nastolatka i jego rodziny.

Ogólny opis interwencji:

Interwencja podejmowana wobec uczniów, którzy przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym zawiera 6 kroków. Pierwsze 2 dotyczą diagnozy i koncentrują się wokół zaobserwowania objawów przez nauczyciela specjalistę oraz procesu tworzenia kompleksowego obrazu sytuacji dziecka/nastolatka, uwzględniającego jego biopsychospołeczne funkcjonowanie wraz z opisem jego zasobów i trudności w różnych obszarach. Na tym etapie psycholog diagnosta używa metody Objawy-Kompetencje-Cechy (w warstwie Objawów dobrostanu i problemów). Badanie wykonuje uczeń (arkusz do samoopisu), jego rodzice (arkusz dla rodzica) oraz nauczyciele (arkusz dla nauczyciela). Wynikiem tej konceptualizacji jest opracowanie Indywidualnego Planu Zdrowienia.

Kolejny krok zakłada nawiązanie współpracy międzysektorowej na rzecz dziecka/nastolatka oraz jego rodziny.

Regularnie odbywające się sesje koordynacji, w których uczestniczą specjaliści z różnych sektorów (zdrowia, oświaty, pomocy społecznej itp.), dają możliwość wyznaczenia wspólnego celu, synchronizację i koordynację oddziaływań oraz przestrzeń do udzielania sobie wzajemnego wsparcia w sytuacjach kryzysowych.

Kolejny krok jest odpowiedzią na często pojawiające się trudności we współpracy z rodzicami. Zaproponowany dialog antycypujący wywodzi się z metody otwartego dialogu i zakłada spotkanie sieci społecznych – osobistej (rodzina, przyjaciele, inne osoby znaczące dla dziecka/nastolatka) oraz specjalistycznej. Celem tej metody jest obniżenie niepokoju i przełamanie impasu w procesie pomocowym.

Ostatnim krokiem jest podsumowanie i ewaluacja skuteczności podjętej interwencji. Dzięki wykorzystaniu modelu diagnozy Objawy-Kompetencje-Cechy w warstwie OBJAWÓW dobrostanu i problemów na początku i na końcu procedury interwencyjnej, otrzymujemy wskaźnik ilościowy, który daje możliwość zobaczenia, na ile podjęta interwencja zrealizowała postawione cele. Wszystkie kroki procedury powinny być zrealizowane w czasie od 6 do 9 miesięcy.

Podstawy naukowe interwencji:

Psychiatria środowiskowa dla dzieci i młodzieży to podejście do opieki psychiatrycznej, które koncentruje się na całym otoczeniu dziecka, a nie tylko na jego indywidualnych objawach i zaburzeniach. Założenia psychiatrii środowiskowej dla młodzieży obejmują:

- **Holistyczne podejście:** Uważa się, że zaburzenia psychiczne młodzieży są wynikiem interakcji różnych czynników środowiskowych, biologicznych i psychologicznych. Psychiatria środowiskowa bada te czynniki i stara się znaleźć kompleksowe rozwiązania dla młodzieży.
- **Współpracę z rodziną i opiekunami:** Psychiatria środowiskowa dla młodzieży angażuje rodziców i opiekunów w proces leczenia, zdając sobie sprawę z ich roli i wpływu na zdrowie psychiczne dziecka. Rodzina jest widziana jako integralna część terapii i wspierana jest w podejmowaniu działań zmierzających do poprawy zdrowia psychicznego młodzieży.
- **Społeczne uwarunkowania:** Psychiatria środowiskowa dla młodzieży uwzględnia wpływ czynników społecznych, takich jak: bieda, nierówne szanse, przemoc czy dyskryminacja, na zdrowie psychiczne młodych ludzi. Stara się stworzyć warunki społeczne, sprzyjające rozwojowi zdrowia psychicznego, poprzez działania na poziomie społeczności i polityki.
- **Integrację usług zdrowia psychicznego:** Psychiatria środowiskowa dla młodzieży dąży do integracji usług zdrowia psychicznego z innymi usługami, takimi jak opieka pediatryczna, szkolna i społeczna. Praca w zespołach interdyscyplinarnych oraz współpraca między różnymi sektorami mają na celu zapewnienie kompleksowej opieki dla młodzieży.
- **Dostępność i likwidację barier:** Psychiatria środowiskowa dla młodzieży angażuje się w zapewnienie łatwo dostępnej i wysokiej jakości opieki psychiatrycznej dla wszystkich młodych ludzi. Stara się zlikwidować bariery ekonomiczne, geograficzne i społeczne, które mogą ograniczać dostępność do opieki psychologicznej.
- **Edukację i profilaktykę:** Psychiatria środowiskowa dla młodzieży poświęca dużą uwagę edukacji i profilaktyce zdrowia psychicznego. Celem jest nie tylko

leczenie zaburzeń psychicznych, ale również zapobieganie ich wystąpieniu poprzez edukację młodzieży, rodziców, opiekunów i społeczności w zakresie zdrowia psychicznego, radzenia sobie ze stresem i rozpoznawania wczesnych objawów zaburzeń.

Badania na temat skuteczności psychiatrii środowiskowej dla młodzieży są szeroko prowadzone, aby ocenić efektywność tego podejścia w leczeniu i wsparciu młodych ludzi z różnymi zaburzeniami psychicznymi:

- Badanie D.J. Kolko i innych (2009) dotyczyło psychiatrii środowiskowej. Psychiatria środowiskowa jest podejściem, które skupia się na leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi w ich naturalnym otoczeniu, takim jak domy, szkoły czy społeczności lokalne. Badanie miało na celu ocenę skuteczności psychiatrii środowiskowej w porównaniu ze standardowym leczeniem szpitalnym dla dzieci z zaburzeniami internalizującymi, takimi jak depresja i lęk. Badacze przeprowadzili randomizowane kontrolowane badanie z udziałem 300 dzieci w wieku 8-11 lat, które otrzymywały albo psychiatrię środowiskową, albo leczenie szpitalne przez okres 12 miesięcy. Wyniki badania wykazały, że dzieci leczone przy pomocy psychiatrii środowiskowej miały znacznie lepsze wyniki funkcjonowania w społeczeństwie i szkole niż dzieci leczone szpitalnie. Ponadto, dzieci leczone psychiatrią środowiskową wykazały większą poprawę objawów internalizacyjnych w porównaniu z grupą leczoną szpitalnie. Badacze zauważyli, że psychiatria środowiskowa może być bardzo skuteczna w leczeniu dzieci z zaburzeniami internalizacyjnymi, ponieważ ta forma terapii stawia nacisk na pracę z dzieckiem w jego naturalnym otoczeniu, uwzględniając kontekst społeczny i rodzinny. Podejście to może również zmniejszać stygmatyzację związaną z hospitalizacją, a także może być kosztowo skuteczne.
- Innym badaniem na ten temat jest metaanaliza przeprowadzona przez Hidalgo-Mazzei i innych (2017), która oceniła efektywność psychiatrii środowiskowej w leczeniu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Badanie to wykazało, że psychiatria środowiskowa, w porównaniu do innych form terapii, była skuteczniejsza w redukcji objawów i poprawie

funkcjonowania psychospołecznego u dzieci i młodzieży. Wyniki badania wskazały na korzyści związane z psychiatrią środowiskową, takie jak obniżenie poziomu objawów psychicznych, poprawa jakości życia i funkcjonowania społecznego. Ponadto, badanie wykazało, że podejścia terapeutyczne w psychiatrii środowiskowej różnią się w zależności od kraju, co sugeruje wpływ czynników kulturowych na organizację i dostęp do opieki psychiatrycznej.

- Czworoboczne badanie opublikowane przez Agnew-Blais i in. (2015) przeprowadzono na młodzieży z ADHD i zaburzeniami zachowania. Terapia środowiskowa znacznie poprawiła funkcjonowanie społeczne, relacje rodzinne i akademickie oraz zmniejszyła problematyczne zachowanie u uczestników badania. Zbadano cztery związki:

1. Pierwszy związek, czyli między samoregulacją a demografią, obejmował badanie różnic w zdolnościach samokontroli w zależności od wieku, płci i poziomu wykształcenia. Wyniki sugerowały, że samoregulacja różni się w zależności od tych czynników demograficznych.
2. Drugi związek, czyli self-control a zdrowie, w ramach którego badano zależność między zdolnościami samokontroli a zdrowiem ogólnym. Wyniki sugerowały, że osoby o wyższej zdolności do samokontroli miały lepszy stan zdrowia ogólnego.
3. Trzeci związek, czyli impulsywność a zaburzenia psychiczne, dotyczył badania związku między poziomem impulsywności a występowaniem zaburzeń psychicznych. Wyniki sugerowały, że wyższy poziom impulsywności mógł być związany z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych.
4. Czwarty związek, czyli self-control a osiągnięcia akademickie, obejmował badanie związku między zdolnościami samokontroli a osiągnięciami w nauce. Wyniki sugerowały, że osoby o wyższej zdolności do samokontroli osiągały lepsze wyniki w nauce.

Czworoboczne badanie Agnew-Blais dostarczyło ważnych informacji na temat związków między samoregulacją, self-control, impulsywnością a różnymi aspektami

życia, takimi jak zdrowie i osiągnięcia akademickie. Jest to istotne dla dalszych badań w tych obszarach oraz dla rozwoju interwencji mających na celu poprawę zdolności samokontroli i regulacji emocjonalnej.

Strategia działania:

Niezależnie od tego, w jakiej przestrzeni problem funkcjonowania został ujawniony, działanie na rzecz zdrowienia i wspierania prawidłowego rozwoju wymaga współpracy międzysektorowej (w zależności od potrzeb) – szkoła, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, I lub/i II poziom referencyjny, lekarz psychiatra, terapeuta uzależnień, kurator, pracownik socjalny, asystent rodziny itp.

KROK 1: DIAGNOZA

Działanie wykonywane przez nauczyciela specjalistę obejmujące diagnozę funkcjonowania ucznia w środowisku szkolnym.

Działanie polega na zebraniu informacji na temat trudności w funkcjonowaniu społecznym zarówno od ucznia, jego rówieśników, jak i nauczycieli.

Informacje od ucznia uzyskujemy podczas rozmowy o niepokojących zachowaniach (np. sytuacjach konfliktowych, zachowaniach ryzykownych), przeżywanych trudnościach i ich przyczynach, a także dzięki obserwacji zachowania na lekcjach i w trakcie przerw.

Ważne jest również zebranie informacji od nauczycieli na temat mocnych i słabych stron ucznia w zakresie przyswajania wiedzy i umiejętności, trudnych sytuacji przeżywanych w relacji z uczniem oraz stosowanych dotychczas metod pracy.

Warto również uzyskać informację na temat funkcjonowania ucznia w relacjach rówieśniczych. Obserwacja podczas lekcji oraz przerw, rozmowa z kolegami i koleżankami ucznia, wobec którego podejmujemy interwencję, powinna obejmować opis trudności w relacjach oraz występowanie zachowań naruszających normy funkcjonowania społecznego.

Narzędziem przydatnym do diagnozy objawów są arkusze dotyczące zaburzeń zachowania oraz nadpobudliwości psychoruchowej w Skali Objawowej Zaburzeń Okresu Adolescencji SOZOA.

Skale bazują na wytycznych diagnostycznych klasyfikacji DSM-IV oraz ICD-10.

Stosowanie Skali opiera się na wnikliwej obserwacji funkcjonowania ucznia oraz wywiadzie i rozmowie z uczniem, rodzicem oraz nauczycielem. Skale wyposażone są w przewodnik diagnostyczny i może je wykonywać psycholog oraz pedagog we współpracy z psychologiem.

Inne narzędzia przydatne do wstępnej diagnozy zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym, które mogą być używane przez psychologa i pedagoga szkolnego, to:

- Skala Nieprzystosowania Społecznego (SNS) Lesław Pytko
- Arkusz Obserwacyjny Th.M. Achenbacha (Youth Self-Report – YSR)
- Skala Oceny TSCS Williama H. Fittsa
- Skala samooceny (SES) Morissa Rosenberga

KROK 2: DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA

Jeśli w wyniku analizy uzyskanych informacji, nauczyciel stwierdzi, że są spełnione kryteria identyfikacji problemu, należy poszerzyć działania diagnostyczne. Wymaga to nawiązania kontaktu z I poziomem referencyjnym – za zgodą rodziców/opiekunów i ucznia.

Etap diagnozy psychologicznej obejmuje maksymalnie 5 spotkań. Rozpoczyna się od spotkania z rodzicami, podczas którego psycholog diagnosta zbiera szczegółowy wywiad na temat przebiegu wczesnego rozwoju dziecka, przeżywanych trudności, ważnych wydarzeń w jego życiu, a także kontekstu rodzinnego. Rodzice wykonują również badanie w Modelu Objawy-Kompetencje-Cechy – „Arkusz dla rodzica”.

Kolejnym krokiem jest wizyta terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży i/lub psychologa diagnosty w domu rodzinnym. Ma ona na celu zebranie informacji na temat funkcjonowania dziecka w jego naturalnym środowisku.

Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży i/lub psycholog odwiedzają również szkołę w celu uzyskania informacji na temat funkcjonowania ucznia, które zebrali nauczyciel specjalista. Nauczyciel wykonuje badanie w Modelu Objawy-Kompetencje-Cechy – „Arkusze dla nauczyciela”.

Na kolejnym spotkaniu psycholog diagnosta spotyka się z dzieckiem i dokonuje oceny zasobów i trudności dziecka, stawia hipotezy i je weryfikuje przy użyciu standaryzowanych metod diagnostycznych (w tym badanie w Modelu Objawy-Kompetencje-Cechy – „Arkusze do samoopisu”).

Wykonanie badania w warstwie OBJAWÓW dobrostanu i problemów w modelu Objawy-Kompetencje-Cechy pozwala uzyskać profil opisujący natężenie poniższych zmiennych:

DOBROSTAN

Ogólna satysfakcja z życia, optymizm, doświadczanie radości, poczucie szczęścia.

- Dobrostan społeczny – Dobre przystosowanie społeczne; relacje interpersonalne satysfakcjonujące obie strony.
- Dobrostan holistyczny – Satysfakcja z życia; poczucie sensu; odczuwanie spokoju, zadowolenia, szczęścia.
- Dobrostan osobisty – Pozytywny stosunek do siebie, swoich kompetencji i efektów własnych działań; poczucie rozwoju i samorealizacji; entuzjazm i fascynacja podejmowanymi działaniami.

PROBLEMY PSYCHASTENICZNE

Problemy motywacyjne polegające na bierności, zahamowaniach, nadmiernej zależności od innych, sztywnych schematach myślenia i działania, w tym fiksacji na szczegółach.

- Kompulsywność – Sztywność w zachowaniu; nadmierna skłonność do porządku oraz perfekcjonizmu (wygórowane wymagania, fiksacja na poprawności i eliminacji błędów).

- Submisyjność – Nadmierna zależność od osób znaczących, rówieśników lub grupy; nadmierne zabieganie o akceptację innych, podporządkowywanie się i dostosowywanie się do ich oczekiwań.
- Anhedonia – Niski poziom pozytywnego afektu; deficyty odczuwania przyjemności oraz deficyty energetyczne; unikanie aktywności, bierność, apatia.

PROBLEMY INTERNALIZACYJNE

Problemy emocjonalne polegające na częstym, długotrwałym i silnym doświadczaniu negatywnych emocji (m.in. lęku, wstydu, podejrzliwości) oraz niskiego poczucia własnej wartości.

- Zahamowanie społeczne – Lęk społeczny, wycofywanie się lub unikanie kontaktu z innym; obawy przed ośmieszeniem się; poczucie bycia kimś gorszym od innych i nielubianym.
- Lęk-depresja – Lęk, niepokój, napięcie psychiczne; zamartwianie się i przygnębienie; ruminacje przeszłych przykrości i silne obawy związane z wydarzeniami przyszłymi.
- Nieufność-ksobność – Ukryta wrogość, podejrzliwość i zazdrość wobec innych osób; nastawienie ksobne; doświadczanie poczucia krzywdy i upokorzenia.

PROBLEMY EKSTERNALIZACYJNE

Problemy behawioralne polegające na częstym przejawianiu zachowań agresywnych, antyspołecznych, ryzykownych; brak panowania nad własnym zachowaniem.

- Zachowania antyspołeczne – Naruszanie reguł i norm społecznych (np. kłamstwo, oszustwo, kradzież); lekceważenie zobowiązań społecznych; wykorzystywanie innych lub manipulowanie nimi.
- Agresja bezpośrednia – Niekontrolowane ekspresje gniewu i złości; zachowania jawnie agresywne (zarówno w stosunku do osób, jak i przedmiotów); wchodzenie w kłótnie i konflikty.

- Nadaktywność i impulsywność – Nadpobudliwość psychoruchowa, impulsywność; problemy z koncentracją uwagi (o podłożu energetycznym, a nie poznawczym); tendencja do skupiania uwagi innych na sobie (Cieciuch i in., 2022).

W procesie identyfikowania zaburzeń funkcjonowania społecznego można zaobserwować podwyższone wyniki w podskalach dotyczących problemów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych.

Etap diagnostyczny (Krok 1 i 2) powinien trwać maksymalnie 6 tygodni i zakończyć się:

- spotkaniem zespołu leczącego - konsylium specjalistów polegające na omówieniu diagnozy i opracowaniu adekwatnych form wsparcia;
- wyznaczeniem Case Managera, czyli opiekuna procesu zdrowienia;
- sporządzeniem Indywidualnego Planu Zdrowienia uwzględniającego wszystkie obszary funkcjonowania dziecka/nastolatka;
- omówieniem zalecanych oddziaływań z dzieckiem/nastolatkiem i jego rodzicami.

KROK 3: SESJA KOORDYNACJI

Sesja koordynacji to spotkanie zespołu specjalistów działającego na rzecz dziecka i rodziny, którego celem jest:

- omówienie sytuacji ucznia;
- omówienie ustaleń Indywidualnego Planu Zdrowienia;
- zaplanowanie, rozdzielenie i skoordynowanie oddziaływań.

Zaproszenie do zespołu specjalistów powinno być poprzedzone uzyskaniem zgody rodziców na kontakt z osobami zaangażowanymi w proces zdrowienia. W zależności od sytuacji do współpracy mogą być zaproszone osoby z różnych sektorów:

- oświaty – nauczyciel specjalista, nauczyciel, wychowawca, dyrektor, specjaliści Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej,
- zdrowia – psycholog, psychoterapeuta, terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży, lekarz psychiatra, terapeuta uzależnień itp.,

- pomocy społecznej – pracownik socjalny, asystent rodziny, koordynator pieczy zastępczej,
- przedstawiciele zespołu kuratorskiej służby sądowej.

Sesja koordynacji powinna odbyć się w ciągu 14 dni od podpisania przez rodziców Indywidualnego Planu Zdrowienia.

KROK 4: SESJA OTWARTEGO DIALOGU

Otwarty dialog to innowacyjne podejście do osób doświadczających kryzysu psychicznego, ich rodzin i sieci społecznych oraz system opieki, opracowany przez Jaakko Seikkulę, Markku Sutelę i ich multidyscyplinarny zespół w szpitalu Keropudas w Tornio. Odwołuje się on do wielu modeli teoretycznych, w tym systemowej terapii rodzin, teorii dialogu i konstrukcjonizmu społecznego. Skierowany jest do osób doświadczających kryzysu psychicznego oraz ich sieci wsparcia społecznego.

W publikacji „Dialogi sieci społecznych” autorzy J. Seikkula i T. Arnkil opisują dialogi antycypujące jako metodę pracy, której celem jest zmniejszenie niepokoju. Jest to taki sposób prowadzenia spotkań sieci, który wzmacnia uczestników i pomaga im skoordynować działania. Zachowania dziecka naruszające reguły i normy społeczne budzą intensywne emocje zarówno u nauczycieli, jak i rodziców. Często dochodzi do zaognionych konfliktów, wzajemnych oskarżeń, podważania kompetencji czy przerzucania się odpowiedzialnością. Proponowana metoda jest szczególnie użyteczna, gdy w sprawę zaangażowane jest kilka stron, nie jest jasne, kto ma jakie zadania, a w uczestnikach rośnie frustracja i poczucie niezadowolenia z działań innych osób, rośnie niepokój i trzeba łączyć siły, by go zmniejszyć, ale z jakiegoś powodu brakuje koordynacji i współpracy. Generalnie stosuje się ją w sytuacji przewlekłego impasu w działaniach pomocowych.

Inicjatorem spotkania sieci zazwyczaj jest osoba, która się niepokoi o dobrostan dziecka/nastolatka. Może to być rodzic, nauczyciel, wychowawca, psycholog lub pedagog szkolny, jak również psycholog diagnosta czy psychoterapeuta lub kurator. Inicjator spotkania zaprasza rodziców/opiekunów i dzieli się swoim niepokojem związanym z sytuacją dziecka oraz obawą o to, czy prowadzone przez niego działania pomocowe są adekwatne i wystarczające:

„Niepokoję się, czy to jak próbuję pomagać, rzeczywiście służy waszemu dziecku. Chcę lepiej poznać kontekst swojej pracy. Czy moglibyśmy zaprosić na spotkanie osoby związane zawodowo z tą sprawą, waszą rodzinę i może jeszcze kogoś, kto według was, jest dostatecznie bliski, aby udzielić wam wsparcia? Moglibyśmy razem zaplanować, jak zadbać o dobro waszego dziecka. Mniej bym się niepokoił”.

Inicjator rozważa z rodzicami, którzy specjaliści różnych instytucji mają związek ze sprawą i których należy zaprosić do dialogu. Zaproszone zostają tylko osoby zaakceptowane przez rodziców. Inicjator zbiera i przekazuje zaproszenia na spotkanie specjalistom, a opiekunowie zapraszają osoby z sieci osobistej.

Prowadzącymi są dwie osoby, które nie są zaangażowane w sprawę – to pozwoli ułatwić dialog. Powinni oni zachować neutralność i bezstronność, dlatego im mniej informacji mają przed spotkaniem na temat omawianej sytuacji czy rodziny, tym lepiej. Powinni oni również powstrzymywać się od dawania rad oraz wygłaszania opinii. Ich rolą jest:

- zadbanie o to, by wszyscy obecni zostali wysłuchani, mieli czas na podzielenie się swoimi myślami, organizowanie dialogu w rundy mówienia i słuchania;
- skoordynowanie procesu planowania wspólnych działań – prowadzący dbają o to, żeby pojawiły się, zostały zapisane i omówione wnioski praktyczne;
- ułatwianie procesu „myślenia na głos” poprzez zadawanie otwartych pytań, na które nie ma dobrych ani złych odpowiedzi w formie „przypominania przyszłości”, czyli uruchamiania myślenia o pozytywnej przyszłości jako możliwej, co działa wzmacniająco i uspokajająco na uczestników spotkania.

PROCEDURA SPOTKANIA

1. Przygotowanie spotkania:

- Prowadzący pracują w parach. Jedna osoba prowadzi wywiad, druga sporządza notatki na flipcharcie.

- Uczestnicy siedzą wokół dwóch ustawionych blisko siebie stołów – rodzina, znajomi wokół jednego, specjaliści wokół drugiego. Ważne, aby wszyscy się wzajemnie widzieli i słyszeli.
- Rozmowa zaczyna się od grupy rodzinnej. Ważne jest ustalenie kolejności osób, które się wypowiadają.

2. Prowadzący zadają pierwsze pytanie wprowadzające perspektywę przyszłości:

„Minął rok i sytuacja w waszej rodzinie jest dość dobra. Jak to wygląda z pani/pana punktu widzenia? Z czego cieszy się pani/pan najbardziej?”

Wybieganie w przyszłość służy poznaniu źródeł wsparcia oraz działań, które pomogły złagodzić sytuację. Wyobrażanie sobie „dobrej” przyszłości powoduje neutralizowanie niepokoju i doświadczanie poczucia ulgi.

- Każdego uczestnika prosi się o wypowiedź z własnego punktu widzenia, co pozwala określić, że każdy punkt widzenia jest ważny. Co jakiś czas prowadzący zwraca się do poszczególnych osób słowami: „Czy dobrze usłyszałam/usłyszałem, że...?” oraz cytuje wypowiedź uczestnika. Po pierwsze pomaga to pomyśleć osobie wypowiadającej się o własnych myślach (wzmacnia funkcję mentalizacji), po drugie nadaje ważności myślom wypowiedzianym przez uczestnika, wspomaga proces „myślenia na głos”.
- Uczestnicy nie zwracają się do siebie nawzajem. Rozmawiają bezpośrednio z prowadzącym, jakby na tle pozostałych uczestników spotkania. Ułatwia to ujawnienie myśli, pragnień, obaw, które do tej pory ze względu na zaburzoną komunikację nie miały szansy zostać wypowiedziane.
- Podczas, gdy 1 prowadzący prowadzi dialog, 2 zapisuje faktyczne użyte zwroty i wyrażenia, co jakiś czas pytając, czy to co zapisał, dostatecznie dobrze oddaje myśli mówiącego.
- Podczas prowadzonego dialogu nie komentuje się wypowiedzi, wszyscy mogą w spokoju wypowiedzieć się, w momencie, kiedy przyjdzie ich kolej i wysłuchać

wszystkich subiektywnych wyobrażeń przyszłości. Nie chodzi jednak o stworzenie wspólnej i jednolitej wizji.

3. Drugie pytanie dotyczy osobistych działań doświadczanego wsparcia:

„Dzięki czemu był możliwy taki obrót sprawy? Co zrobiłaś/zrobiłeś oraz kto i jak cię w tym wsparł?”

- Prowadzący dbają o to, żeby koncentrować uwagę na osobistych, podmiotowych działaniach. Jeśli sformułowania są zbyt ogólne, to zadaje pytanie uszczegółowiające np. „Co ty sama/sam zrobiłaś/zrobiłeś, żeby...?”
- Gdy uczestnicy rozważają na głos własne działania, przypomina to nieco składanie obietnicy. Na koniec spotkania prowadzący upewnia się, czy opisane działania rzeczywiście pozwolą obniżyć ich niepokój i czy mają zamiar je zrealizować.
- Zwrot „co ty sama/sam zrobiłaś/zrobiłeś” wskazuje na aktywność danej osoby, a „kto cię wsparł” na aktywność innych. W wypowiedziach pośrednio mogą być zawarte wskazówki dotyczące potrzeb i oczekiwań skierowanych do innych uczestników sieci osobistej. Uczestnicy słysząc dialog danej osoby z prowadzącym, mogą odwoływać się do tych wypowiedzi konstruując własne – czasami pokazujące inny punkt widzenia.

4. Trzecie pytanie ukazuje obecną mapę niepokojów:

„Przypomnijcie sobie, czym niepokoiłicie się rok temu i co zmniejszyło ten niepokój”.

- Wyrażenie „rok temu” wskazuje dokładnie ten moment, w którym odbywa się spotkanie. Na aktualne emocje można spojrzeć zatem z perspektywy czasu, w którym straciły już na sile. Zwiększa to swobodę wypowiedzi i wyrażania niepokoju, bez obawy, czy się kogoś nie urazi.
- Pytanie o niepokój i o to, dzięki czemu zmaleł, jest niejako sporządzeniem mapy minimalnych wymagań: co przynajmniej musi się wydarzyć oraz co przynajmniej trzeba zrobić. Pytania pomocnicze „Co szczególnie przyniosło ci ulgę?” oraz „Co zrobiłaś/zrobiłeś, żeby zmniejszyć swój niepokój?”. Dzięki temu

można sporządzić plan działania możliwy do zrealizowania z subiektywnego punktu widzenia.

5. Pytania do specjalistów:

- Prowadzący mogą się teraz zamienić rolami – rozmowę poprowadzi ten, który do tej pory sporządzał notatki.

„Minął rok. Jak pani/pan słyszał/słyszała, rodzina (dziecko) ma się całkiem dobrze. Jak się pani/pan przyczyniła/przyczynił do tego pozytywnego rozwoju sytuacji i kto pani/panu w tym pomógł?”

Pytanie dotyczące pracy specjalisty pozwala nie tylko powiedzieć o swoich działaniach, ale również wskazać obszary i osoby w których potrzebuje współpracy.

- **„Czym się pani/pan niepokoił rok temu i co zmniejszyło ten niepokój”**

Specjalista może wyrazić swoje obecne niepokoje z perspektywy przyszłości bez obawy, że urazi rodzinę, co byłoby prawdopodobne, gdyby rozmowa koncentrowała się na problemach, a nie na pozytywnej wizji przyszłości.

6. Zarys planu i wsparcie koordynacji:

- Prowadzący dbają o to, by uczestnicy powrócili z wyobrażanej przyszłości i przy pomocy sporządzonych notatek skonstruowali plan współpracy.

Najważniejsze jest ustalenie i zapisanie, kto co teraz zrobi i z kim. Na ostatnim etapie dialogu prowadzący upewniają się, czy w stworzonym planie wsparcia nie pominięto dziecka/nastolatka, jego rodziny ani inicjatora, którego niepokój był powodem zwołania spotkania.

- Na zakończenie prowadzący przekazują prowadzenie sesji inicjatorowi, który uzgadnia z uczestnikami termin spotkania kontrolnego. Ustala z obecnymi, co zrobić z notatkami – zazwyczaj rodzina i trzon sieci otrzymują podsumowanie razem z planem. Inicjator sprawdza również, czy należy podjąć decyzje oraz kto to zrobi.

- W podsumowaniu dyskusji zamykającej inicjator dziękuje uczestnikom za pomoc, jakiej mu udzielili, żeby zmniejszyć jego niepokój.

KROK 5: REALIZACJA ODDZIAŁYWAŃ

Oddziaływania zawarte w Indywidualnym Planie Zdrowienia oraz w planie sporządzonym podczas Sesji Otwartego Dialogu powinny być zaplanowane na czas 3-6 miesięcy. Na przestrzeni tego czasu (minimum raz w miesiącu) powinny odbywać się sesje koordynacji specjalistów zaangażowanych w proces zdrowienia, służące monitorowaniu i ewaluacji wdrożonych oddziaływań, a także w razie potrzeby ich modyfikacji.

Zazwyczaj specjaliści z sektora zdrowia prowadzą oddziaływania terapeutyczne obejmujące dziecko/nastolatka i jego rodzinę – psychoterapia indywidualna, terapia rodzinna, psychoterapia grupowa, terapia środowiskowa, poradnictwo psychologiczne.

Specjaliści z sektora oświaty zajmują się oddziaływaniami na terenie szkoły polegającymi na wspieraniu ucznia w regulowaniu emocji, niwelowaniu zachowań niepożądanych oraz w adaptacji do grupy rówieśniczej.

Pozostali specjaliści, którzy działają na rzecz zdrowienia dziecka/nastolatka, realizują zadania związane z ich zakresem obowiązków zawodowych np.: pracownik socjalny – monitorowanie sytuacji bytowej, interwencje w sytuacji zaistnienia przemocy lub zaniedbań, kurator – sprawowanie nadzoru zgodnie z postanowieniem sądu, edukacja w zakresie konsekwencji prawnych.

KROK 6: PODSUMOWANIE I EWALUACJA

Po zakończeniu oddziaływań odbywa się spotkanie podsumowujące, którego celem jest:

- omówienie z dzieckiem/nastolatkiem, jego rodziną i osobami zaangażowanymi stopnia realizacji postawionych celów – powtórne badanie w Modelu Objawy-Kompetencje-Cechy;
- nazwanie osiągnięć (zasobów) uzyskanych w trakcie interwencji;

- określenie obszarów do dalszej pracy, jeśli takie występują;
- opracowanie planu na wypadek nasilenia się objawów;
- zamknięcie interwencji.

Czas trwania:

- Krok 1 i 2 – etap diagnostyczny powinien trwać maksymalnie 6 tygodni.
- Krok 3 – sesja koordynacji powinna odbyć się do 14 dni od podpisania przez dziecko/nastolatka i jego rodziców Indywidualnego Planu Zdrowienia.
- Krok 4 – sesja otwartego dialogu powinna odbyć się w ciągu 14 dni od sesji koordynacji.
- Krok 5 – czas przeznaczony na realizację to 3 do 6 miesięcy w zależności od zaplanowanych w Indywidualnym Planie Zdrowienia form pomocy. Raz w miesiącu powinna odbyć się sesja koordynacji.
- Krok 6 – odbywa się za zakończenie interwencji, maksymalnie 14 dni od zakończenia realizacji działań.

Minimalny czas trwania interwencji to 6 miesięcy, a maksymalny 9 miesięcy. Ważne, aby interwencja odbyła się w jednym roku szkolnym lub przerwa wakacyjna była uwzględniona w Indywidualnym Planie Zdrowienia.

Monitorowanie i ewaluacja skuteczności:

Wykonanie badania w warstwie OBJAWÓW dobrostanu i problemów w modelu Objawy-Kompetencje-Cechy na początku i na końcu interwencji daje nam możliwość uzyskania informacji (wskaźnik ilościowy) na temat zmian w zakresie natężenia objawów, a co za tym idzie – z badanie skuteczności podjętej interwencji.

Ryzyko/zagrożenia w realizacji:

1. Brak zaangażowania w interwencyjne, międzysektorowe działania na rzecz zdrowia psychicznego dziecka/nastolatka i jego rodziny może powodować:

- Zaniedbanie i pogorszenie stanu zdrowia psychicznego dziecka/nastolatka oraz rozwój poważnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki, zaburzenia odżywiania itp.
- Trudności w funkcjonowaniu społecznym i edukacyjnym – problemy emocjonalne i psychiczne mogą utrudniać nawiązywanie bliskich relacji z rówieśnikami, koncentrację i osiąganie sukcesów w szkole.
- Negatywne konsekwencje dla rodziny – brak wsparcia dla rodziny może prowadzić do chronicznego stresu i obciążenia emocjonalnego, zarówno dla rodziców, jak i dla rodzeństwa. Mogą pojawić się trudności w komunikacji i funkcjonowaniu rodzinnym, a brak odpowiednich narzędzi do radzenia sobie z problemami zdrowia psychicznego może prowadzić do wzrostu napięcia domowego.
- Zwiększone koszty systemowe – nieleczony lub niewłaściwie leczony problem zdrowia psychicznego u dziecka/nastolatka może prowadzić do większych kosztów systemowych w przyszłości. Może to obejmować potrzebę długofalowej opieki medycznej, hospitalizacji, terapii i innych interwencji, których można było uniknąć lub zredukować w przypadku wcześniejszej i skutecznej interwencji.

2. Brak wystarczającej ilości specjalistów zarówno w sektorze zdrowia, jak i w sektorze oświaty czy pomocy społecznej, co może powodować zbyt duże obciążenie specjalistów, a co za tym idzie brak możliwości podjęcia nowych zadań związanych ze współpracą międzysektorową na rzecz dziecka/nastolatka i jego rodziny lub znaczne wydłużenie czasu podejmowania interwencji, co może prowadzić do znacznego zmniejszenia jej skuteczności.

Załączniki:

1. Film dokumentalny opisujący Projekt Otwartego Dialogu, programu realizowanego w Zachodniej Laponii, który obecnie osiąga najlepsze wyniki w leczeniu pierwszego epizodu psychotycznego w krajach rozwiniętych – około 85% przypadków pełnego powrotu do zdrowia, w większości bez stosowania leków antypsychotycznych. Film nakręcono w Finlandii. Reżyser: Daniel Mackler.

„OTWARTY DIALOG – alternatywne, fińskie podejście do leczenia psychoz”:

<https://www.youtube.com/watch?v=QhEVs3Cu5u4>

Bibliografia:

Cieciuch, J., Strus, W., Skimina, E., Ponikiewska, K., Rogoza, R., Topolewska-Siedzik, E., Skoczeń, I., Rymarczyk, K., Jasiński, B. (2022). *Objawy–Kompetencje–Cechy. Całościowa diagnoza osobowości. Raport naukowo-techniczny*. Warszawa: Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Cierpiałkowska, L. Grzegorzewska, I. (2023). *Zaburzenie osobowości borderline u młodzieży. Diagnoza, terapia, profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Wilk, M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lingiardi, V., McWilliams, N. (2017). *PDM-2 Podręcznik diagnozy psychodynamicznej*. Tom 2. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A., Kernberg, O. F. (2021). *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu dla młodzieży z ciężkim zaburzeniem osobowości*. American Psychiatric Association, Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018). *Dialog sieci społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.

Janas-Kozik, M., Wolańczyk, T. (2021). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Sajewicz-Radtke, U., Radtke, B. M. (2012). *Skale Objawowe Zaburzeń Okresu Adolescencji SOZOA*. Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.

Agnew-Blais, J., Houle, J., Serafini, S. M., Rizvi, S. J., Agerström, J., Al-Mallah, M. H., ... & Wassertheil-Smoller (2015). Examining the association between early life dispositional optimism and later cardiovascular health: findings from two nationally representative prospective cohorts. *International journal of behavioral medicine*, 22(3), 342-352.

Biagiante, B., Hidalgo-Mazzei, D., Meyer, N. (2017). Developing digital interventions for people living with serious mental illness: perspectives from three mHealth studies. *Evid Based Ment Health*, 20(4), 98-101.

Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A. & Hart, J. (2009). Community vs. Clinic-Based Modular Treatment of Children with Early-Onset ODD or CD: A Clinical Trial with 3-Year Follow-Up. *Journal of Abnormal Child Psychology* volume 37, 591-609.