

Organizacja i metody pracy Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Toruniu

Organizational structure and treatment methods of the Child and Adolescent Psychiatry Ward in Toruń.

LIDIA POPEK

*Z Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego
Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu*

STRESZCZENIE. *Autorka opisuje organizację i metody pracy toruńskiego oddziału dziennego dla dzieci w wieku 3-8 lat oraz oddziału stacjonarnego dla młodzieży.*

SUMMARY. *The organization and treatment methods of a day hospital for children aged 3-8 years and of an inpatient ward for adolescents are described in the paper.*

Słowa kluczowe: psychiatria dziecięca / psychiatria młodzieżowa / metody leczenia

Key words: child psychiatry / adolescent psychiatry / treatment methods

Oddział psychiatrii dzieci i młodzieży Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu rozpoczął pracę w październiku 1992 r. Kształt oddziału powstawał w toku dyskusji środowiska psychiatrycznego naszego regionu oraz w czasie wielu rozmów z konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży prof. Hanną Jaklewicz. Celem było utworzenie oddziału rejonowego, który w sposób możliwie kompleksowy z uwzględnieniem potrzeb dzieci i młodzieży zajmowałby się diagnostyką i leczeniem. Podstawy programowe i metody pracy musiały być dostosowane do realiów oddziału rejonowego. Punktem wyjścia było systemowe rozumienie psychiatrii, które szczególnego znaczenia nabiera w psychiatrii okresu rozwojowego (4). W doniesieniu tym pragnę przedstawić organizację i metody pracy oddziału oraz kilka spostrzeżeń wynikających z jego dwuletniego funkcjonowania.

W skład oddziału wchodzi dwa pododdziały: oddział dzienny dla dzieci i stacjonarny oddział młodzieżowy.

ODDZIAŁ DZIENNY DLA DZIECI

Organizacja

Oddział dzienny ma 15 miejsc dla dzieci w wieku od 3 do 8 lat. Główne cele pracy oddziału to: (a) postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne wobec dzieci dotąd nie leczonych, u których występują zaburzenia emocjonalno-adaptacyjne oraz dysharmonie rozwojowe; (b) objęcie terapią dzieci wcześniej leczonych psychiatrycznie, u których w postępowaniu ambulatoryjnym nie uzyskano zadowalającego efektu. Warunki przyjęcia - to wskazania lekarskie i psychologiczne oraz zgoda rodziców na wspólny udział z dzieckiem w zajęciach terapeutycznych. Zespół terapeutyczny tworzą: lekarz, psycholog, pedagog, nauczyciel nauczania początkowego, pielęgniarka, logopeda. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku, w dwóch grupach: dla dzieci młodszych (od 3 do 5 lat) oraz dla dzieci starszych (od 6 do 8 lat) zgodnie z ustalonym planem, który uwzględni różne formy pracy grupowej i indywidualnej oraz pracę z rodziną.

Metoda pracy grupowej

Metoda Dobrego Startu jest metodą stymulowania rozwoju psychomotorycznego i rehabilitacji psychomotorycznej, a jej główną ideą jest powiązanie rozwoju psychicznego dziecka z rozwojem motorycznym (1). Może być stosowana w odniesieniu do dzieci o prawidłowym rozwoju psychomotorycznym (aktywizując ten rozwój) i u dzieci o zaburzonym rozwoju (usprawniając nieprawidłowo rozwijające się funkcje). Metodę tę stosuje się w terapii dzieci z dysleksją, dysgrafią oraz zaburzeniami lateralizacji. Jest również skuteczna w pracy z dziećmi przejawiającymi niewielkie zaburzenia zachowania wynikające z zaburzeń dynamiki procesów nerwowych lub zaburzenia emocjonalne. Metoda Dobrego Startu zawiera syntezę elementów ruchowych, słuchowych i wzrokowych.

Zajęcia prowadzone są przez nauczyciela nauczania początkowego codziennie i trwają godzinę. Ćwiczenia przebiegają zawsze według stałego schematu, w którym mieszczą się ćwiczenia wprowadzające i ćwiczenia właściwe. Ćwiczenia wprowadzające obejmują: ćwiczenia orientacyjno-poznawcze, wysłuchanie przez dzieci piosenki, rozmowę na temat usłyszonej piosenki. W skład zajęć właściwych wchodzić ćwiczenia ruchowe, które mają charakter usprawniający i relaksacyjny. Następnie prowadzone są ćwiczenia ruchowo-słuchowe, które polegają na rytmicznym ćwiczeniu pięści, dłoni i palców. Ostatnim etapem są ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe. Mają one ogromne znaczenie, ponieważ obrazy wzrokowe są wzmocniane doznaniem dotykowymi i ruchem. Ćwiczenia te rozwijają percepcję wzrokową przez analizowanie elementów wzoru i syntetyzowanie ich w czasie oraz odtwarzanie. Kształcą również koordynację wzrokowo-ruchową w czasie odtwarzania wzorów graficznych za pomocą ruchów. Ćwiczą pamięć wzrokową i orientację przestrzenną.

Na podstawie obserwacji sposobu pracy dzieci i analizy ich wytworów można wskazać te, które mają trudności wynikające z zaburzeń

rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych. Można też zaobserwować, które funkcje są zaburzone, a które rozwijają się prawidłowo.

Metoda Veroniki Sherborne ma zastosowanie w stymulowaniu rozwoju dzieci oraz terapii jego zaburzeń, szczególnie w terapii zaburzeń dotyczących kontaktów emocjonalnych między dzieckiem a rodzicami, wynikających z utraty poczucia bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania (2). Odwołuje się do aktywności wynikającej z konieczności zaspokajania potrzeby ruchu i zabawy dziecka z dorosłym. Podstawowe założenia metody - to: stwarzanie sytuacji, w których dziecko ma możliwość rozwijania się przez ruch, świadomości własnego ciała i usprawnienia ruchowego, świadomości przestrzeni i działania w niej, umiejętności dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązania z nimi bliskiego kontaktu. Powyższe korzyści ukazują możliwości stosowania tej metody w pracy z dziećmi z różnego rodzaju zaburzeniami, szczególnie u dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, z problemami w kontaktach emocjonalnych pomiędzy dzieckiem i rodzicami, w których istotnym elementem jest zachwianie poczucia bezpieczeństwa oraz utrata zaufania.

Zajęcia odbywają się w grupach otwartych. Uczestniczą w nich rodzice i ich dzieci. Zajęcia prowadzone są w sali gimnastycznej, na podłodze. Dzieci, rodzice, terapeuci ćwiczą w strojach sportowych. Grupę prowadzi dwie osoby: pedagog i pielęgniarka. Plan poszczególnych zajęć przygotowuje się pod kątem indywidualnych potrzeb poszczególnych dzieci i całej grupy.

Przykładowy zestaw ćwiczeń:

- dzieci i dorośli w pozycji siedzącej przesuwiają się po całej sali, witają się wzrokiem, rękoma, nogami,
- ćwiczenia rozwijające świadomość własnego ciała, np. uderzanie dłońmi o podłogę, o własne ciało, o ciało partnera, uderzanie stopami, pokazywanie różnych części ciała i nazywanie ich,
- ćwiczenia w pozycjach niskich na podłodze i nad podłogą: pełzanie, czołganie, ciągnięcie

- dziecka po podłodze za ręce i nogi, rolowanie po podłodze,
- ćwiczenia nastawione na rozwijanie współdziałania najpierw z jedną osobą w parach, a następnie w trójkach (np. kołysanie dziecka przez dwie osoby dorosłe), na rozwijanie odwagi i zdolności opanowywania lęku oraz na rozwijanie sprawności ruchowej,
 - ćwiczenia relaksujące.
-
-

Metoda Veroniki Sherborne oddziałuje pozytywnie na dzieci i dorosłych. Szczególnie skutecznie wpływa na dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi o takich objawach, jak: wycofywanie się, nieumiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi, zahamowanie psychoruchowe, z zachowaniami agresywnymi. Najlepsze efekty osiąga się, gdy ćwiczenia realizowane są systematycznie, z dużym zaangażowaniem dorosłych. Ćwiczenia tej metody są łatwe, często przenoszone przez dzieci do domu i wykorzystywane w zabawie z rodzeństwem.

Arteterapia - to metoda, w której wykorzystuje się czynności twórcze w leczeniu. Wykorzystuje się tutaj działania plastyczne obejmujące: rysowanie, malowanie, modelowanie (3). Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu, prowadzi je pedagog, trwają godzinę. Proponowane formy to indywidualne, grupowe lub wspólne z rodzicami wykonywanie zadań ściśle sprecyzowanych przez terapeutę albo określonych przez dzieci. W kontekście diagnostycznym, istotny jest proces powstawania pracy - zrozumienie instrukcji, obecność planu, komunikowanie się werbalne i niewerbalne, rodzaj interakcji z innymi, tempo pracy, przebieg procesów poznawczych, dominujący typ zachowania. Drugim istotnym elementem jest sam wytwór - kompozycja całości, przestrzeń, barwa, wielkość, nanoszenie poprawek, dynamika oraz dokładna analiza treści pracy. W aspekcie terapeutycznym, praca ukierunkowana jest na poprawę funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej i w rodzinie, stymulację stanu emocjonalnego, kształtowanie adekwatnej samooceny. Szcze-

gólnie pomocna jest arteterapia w przypadkach dzieci z trudnym kontaktem werbalnym i pozawerbalnym, zahamowaniem psychoruchowym oraz jako forma pracy dziecka z jego rodzicami.

Metody oddziaływań indywidualnych

Indywidualny tryb pracy z dzieckiem jest ustalany po dyskusji w zespole terapeutycznym, na podstawie badania psychiatrycznego, poszerzonego o konieczne konsultacje i badania (np. eeg, TK głowy) oraz oceny psychologicznej, obejmującej obserwację i rozmowę z dzieckiem, diagnostyczne spotkanie z rodzicami, badanie poziomu rozwoju umysłowego. W prowadzeniu indywidualnym wykorzystywane są: (a) częsty indywidualny kontakt dziecka z wyznaczonym terapeutą, (b) program "Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci", (c) procedura terapeutyczna moczenia nocnego u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym.

Częsty indywidualny kontakt z dzieckiem dostosowuje się do wieku dziecka i jego indywidualnych potrzeb. Główne cele - to: nawiązanie kontaktu emocjonalnego, przezwyciężenie lęku i nieufności, rozładowanie napięcia, ćwiczenia prawidłowych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Techniki, z których często korzystają terapeuci, są rysunek i zabawa (5).

Program "Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci" (7). Celem programu jest zmiana jednego, jasno określonego i wyodrębnionego zachowania, a nie zmiana ogólnych zamierzeń, takich jak np. "zmiana charakteru dziecka". Przewodnikami w realizacji programu są "karty wybranego zachowania" i książeczki pomyślane jako materiał edukacyjny dla rodziców dzieci przedszkolnych i młodszych szkolnych, które sprawiają trudności wychowawcze. Celem książeczek jest pomoc w realizacji zaleceń, przekazywanych przez terapeutę. Terapia składa się z ośmiu tygodniowych etapów. Przed każdym z nich wskazane jest: a/ omówienie z rodzicami poprzedniego etapu, b/ zaplanowanie z nimi

zadań na następny tydzień "pracy w domu" (zgodnie z kolejną książeczką), c/ wręczenie kolejnej książeczki z materiałami do następnego etapu.

Podczas pierwszego spotkania z terapeutą rodzice dokonują wyboru tych niepożądanych zachowań dziecka, nad zmianą których chcą pracować i które będą w związku z tym rejestrować w ciągu ośmiu tygodni terapii. Każda "karta wybranego zachowania" służy do cotygodniowego rejestrowania jednego zachowania, które ma być zmienione. W programie chodzi o uzyskanie informacji na temat wybranego zachowania w ciągu kolejnych ośmiu tygodni. Pod koniec cyklu, po przeanalizowaniu jego całości, można zobaczyć, czy uległo ono zmianie i w jaki sposób. Program prowadzi psycholog, pedagog lub lekarz.

Procedura terapeutyczna moczenia nocnego u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym jest oparta o założenia leczenia behawioralnego i farmakologicznego (6). Prowadzi ją psycholog.

Fazy procedury:

- (a) kontakt z rodziną i nawiązanie współpracy - uczestniczą rodzice bez dziecka (rozmowa wprowadzająca do programu),
- (b) nawiązanie kontaktu z dzieckiem - spotkanie kończy się informacją: "następnym razem powiem ci, jak uporany się z tym problemem (moczeniem)",
- (c) wprowadzenie zastępcy i dzienniczka obserwacyjnego - faza odbarczenia dziecka od poczucia winy, lęku i wstydu. Jest to zasadnicza faza procedury. Opiera się przede wszystkim na sugestii i warunkowaniu - stosowaniu wzmocnienia pozytywnego. Spotkanie ma uroczysty charakter. Terapeuta informuje dziecko, że wie o jego trudnościach i od tego spotkania on, a nie dziecko, jest odpowiedzialny za moczenie, a gdy jego nie będzie, wyznacza swojego zastępcę (np. miś). Wręcza również zeszyt i prosi o skrupulatne zaznaczanie "mokrych nocy". Dziecko jest informowane, że zeszyt służy do kontroli pracy zastępcy. Z przebiegiem rozmowy zapoznani są również rodzice, wcześniej już przygotowani do takiej współpracy. Faza ta kończy się, jeżeli przez trzy tygodnie do miesiąca utrzymuje

się poziom jednego, maksimum dwóch zmoczeń tygodniowo.

- (d) "Magiczna tabletką" i końcowy etap procedury. Tabletką tą jest imipramina, którą dziecko powinno brać 3-4 tygodni. Dalszy kontakt z terapeutą ma na celu rozwiązanie dość silnego związku.

Metody pracy z rodziną

Stosowane w oddziale metody można ująć jako różne formy pomocy rodzinie, od wskazania konieczności leczenia innych członków rodziny, przez udzielenie informacji o możliwościach pomocy socjalnej, do terapii rodzinnej prowadzonej w modelu systemowym lub eklektycznym, do którego często jesteśmy zmuszeni ze względu na potrzebę indywidualnego sposobu prowadzenia terapii w odniesieniu do danej rodziny (4).

ODDZIAŁ MŁODZIEŻOWY

Organizacja i metody pracy

Oddział młodzieżowy liczy 10 łóżek dla pacjentów w wieku od 15 lat do ukończenia szkoły średniej. Jest to oddział koedukacyjny. Przyjęcia na oddział odbywają się na powszechnie przyjętych zasadach dla rejonowych szpitali psychiatrycznych. Pacjenci kierowani są przez lekarzy z województw: toruńskiego, bydgoskiego, włocławskiego. Zespół terapeutyczny tworzą: lekarz, psycholog, pedagog, siedem pielęgniarek, trzech nauczycieli i wychowawca. Raz w tygodniu odbywają się zebrania zespołu, które mają charakter informacyjny, dotyczą sytuacji poszczególnych pacjentów oraz wydarzeń na oddziale. Służą one również skoordynowaniu działań terapeutycznych, leczenia farmakologicznego i edukacji pacjentów. Zajęcia w oddziale przebiegają zgodnie z ustalonym tygodniowym planem pracy, jednolitym dla wszystkich pacjentów, który obejmuje: codzienne zebrania społeczności, oddziaływania terapeutyczne grupowe prowadzone od poniedziałku do piątku (arteterapia, muzykoterapia, psychoterapia grupowa), oddziaływania indywidualne dosto-

sowane do potrzeb pacjenta, spotkania z rodzinami, blok zajęć szkolnych.

Spoleczność terapeutyczna oddziału działa w systemie heterotomicznym, jednogrupowym (3). Samorząd pełni swoją funkcję przez tydzień, w swym działaniu opiera się na zasadach przyjętych w regulaminie społeczności i prowadzi kronikę oddziału. Codzienne zebrania społeczności mają charakter przede wszystkim organizacyjny. Zdarza się jednak, że powstałe problemy w relacjach między pacjentami lub między pacjentami i personelem zmieniają typ zebrania. Duże zebrania społeczności odbywają się raz w tygodniu i ich głównym celem jest ocena życia społeczności, uczestniczy w nich cały zespół terapeutyczny. Pielęgniarki biorące udział w zebraniach prowadzą dziennik społeczności, który ma charakter informacyjny dla nieobecnych na zebraniu członków zespołu terapeutycznego.

Psychoterapia grupowa odbywa się dwa razy w tygodniu. Trwa 1,5 - 2 godzin. Grupa ma charakter otwarty, heterogeniczny, spotkaniowy. Zajęcia prowadzi dwóch terapeutów (psycholog i pedagog). Psychoterapia grupowa (3) przebiega w sposób niezaplanowany, spontaniczny, a temat uzależniony jest od potrzeb grupy. Drugą formą pracy jest cykl zaplanowanych spotkań na temat, który proponują pacjenci. Techniki stosowane przez terapeutów to: zajęcia dyskusyjne, psychodrama, psychorysunek, psychozabawa, elementy muzykoterapii. Główne cele spotkań - to: poprawa komunikacji wewnątrz grupy, trening interpersonalny, psychoedukacja, obserwacja pacjentów w grupie jako element diagnozy. Zajęcia muzyczne (3) prowadzone w oddziale nie są czystą formą muzykoterapii, lecz połączeniem dwóch form: muzykoterapii i choreoterapii. Ich przebieg i dynamika uzależnione są od stanu psychicznego pacjentów. Zajęcia prowadzi pedagog, odbywają się raz w tygodniu i trwają godzinę. Zajęcia te nastawione są na: rozładowywanie napięcia, relaksację, odreagowanie emocji, aktywizowanie, a także na

kształtowanie wrażliwości i wzbudzanie zainteresowań.

Arteterapia (3) odbywa się raz w tygodniu i trwa godzinę, jest prowadzona przez pedagoga. W czasie zajęć proponowane są różne techniki plastyczne, tematy są przygotowywane przez terapeutę, uzależnione od struktury grupy. Obok możliwości wyrażania emocji, diagnozowania, zajęcia mają również charakter edukacyjny i uwrażliwiający.

Metody pracy indywidualnej uzależnione są od poziomu zaburzeń psychopatologicznych, poziomu rozwojowego pacjenta, jego możliwości intelektualnych. Częstość spotkań jest określona potrzebami pacjenta. Główne techniki stosowane w pracy, to: wzmocnienie, klaryfikacja, odreagowanie. W rozmowie indywidualnej z pacjentem przedmiotem pracy są nie tylko problemy wynikające z choroby, ale także główne zadania adolescencji - zakończenie procesu separacji /indywidualizacji oraz określenie własnej szeroko pojmowanej tożsamości (4). Tylko pacjentki leczone z powodu jadłowstrętu psychicznego mają ściśle zaplanowany przebieg indywidualnej pracy.

Metody pracy z rodziną. W przypadku każdego pacjenta dążymy do spotkania diagnostycznego z rodziną. Taki kontakt jest traktowany jako bardzo ważne ogniwo w procesie diagnozowania. Jeśli zapada decyzja dalszej terapii rodzinnej, pracujemy z całą rodziną w modelu systemowym lub eklektycznym. Terapia zmierza do rozwiązania tkwiących pod powierzchnią objawową dysfunkcji systemu rodzinnego i uruchomienia rezerw istniejących w rodzinie (4). W sytuacji, gdy rodzina nie podejmuje terapii, staramy się wykorzystywać wszelkie kontakty z jej członkami dla psychoedukacji i wpływu na kształtowanie postaw wobec choroby pacjenta.

Spostrzeżenia i trudności

Od października 1992 r. do listopada 1994 r. w oddziale młodzieżowym leczono 243 pacjentów. Średni czas pobytu w oddziale wyniósł 32 dni.

Charakterystyka kliniczna leczonych pacjentów:

Grupa diagnostyczna	Liczba pacjentów
Zespoły paranoidalne, schizofrenia	65
Zaburzenia zachowania, rozwoju osobowości	77
Nerwice	13
Zespoły depresyjne	16
Zaburzenia jedzenia	23
Kryzys adolescencyjny	11
Inne	38
Łącznie	243

Z 65 osobowej grupy pacjentów leczonych w oddziale z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego lub schizofrenii, 15 osób (23%) było hospitalizowanych dwa lub więcej razy. W pozostałych grupach diagnostycznych ponowna hospitalizacja w oddziale była wskazana w pojedynczych przypadkach.

Obserwacje powyższe dotyczą krótkiego, zaledwie dwuletniego okresu funkcjonowania oddziału.

Aktualnie największym problemem organizacyjnym oddziału jest niewystarczające zaplecze oświatowe. Pacjenci leczeni w oddziale stacjonarnym mają zajęcia szkolne tylko w zakresie trzech przedmiotów. Sytuacja ta powoduje dodatkowe kłopoty w czasie powrotu do swego środowiska i niepotrzebne napięcia w trakcie hospitalizacji. Brak etatów dla nauczycieli spowodował także rezygnację z pracy z dziećmi w wieku od 9 do 14 lat w oddziale dziennym. Tylko ta grupa dzieci, w razie niepowodzenia w leczeniu ambulatoryjnym, jest narażona na hospitalizację w szpitalach odległych od miejsca zamieszkania. Inną trudnością jest brak wychowawców, którzy powinni pełnić dyżury w godzinach popołudniowych i w czasie świąt, aby zaktywizować pobyt pacjentów w oddziale stacjonar-

nym. Ten deficyt starają się wyrównać pielęgniarki. Jednak często zabiegi typowo pielęgniacyjne utrudniają im to. Wspólna lokalizacja oddziału dziennego i stacjonarnego (oddział zajmuje jedno piętro w budynku szpitala psychiatrycznego) oraz sztyld instytucji psychiatrycznej utrudniają często rodzicom podjęcie decyzji leczenia swego dziecka w oddziale dziennym. Sytuacja ta okazuje się jednak dość korzystna dla zespołu terapeutycznego, ze względu na możliwość wzajemnego uzupełniania się w pracy.

Dostrzegamy ogromną różnicę w możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych w realiach oddziału dziennego w porównaniu z naszymi wcześniejszymi doświadczeniami w pracy ambulatoryjnej lub w oddziale stacjonarnym. Widzimy także brak form opieki, które umożliwiłyby kontynuację terapii po ukończeniu leczenia w szpitalu. Problem ten dotyczy pacjentów obu oddziałów. Brakuje też możliwości oddziaływań terapeutycznych i opieki wobec dzieci i młodzieży uzależnionej. Trudnością, która dotyczy przede wszystkim członków zespołu, jest niedostatek superwizji naszych oddziaływań terapeutycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bogdanowicz M.: Metoda Dobrego Startu w pracy z dzieckiem w wieku od 5 do 10 lat. WSiP, Warszawa 1985.
2. Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M.: Metoda Veroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka. WSiP, Warszawa 1992.
3. Kratochvil S.: Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. PWN, Warszawa 1986.
4. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Collegium Medicum UJ, Kraków 1993.
5. Popielarska A.: Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1989.
6. Samson A.: Opis procedury terapeutycznej moczenia nocnego u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym oraz wstępna ocena wyników jej stosowania. Fundacja "Synapsis", Warszawa (maszynopis).
7. Sutton C.: Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci. Fundacja "Synapsis", Warszawa 1992.