

## Opis pracy zespołu leczenia domowego dla dzieci i młodzieży

*Home hospitalization team for children and adolescents*

RENATA MODRZEJEWSKA, RYSZARD IZDEBSKI, BEATA MARKIEWICZ-ZAJĄC,  
WANDA SZASZKIEWICZ, ANDRZEJ ŻUŁAWSKI, MARIA BARBARO

*Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ w Krakowie*

**STRESZCZENIE.** Przedstawiono zasady pracy i doświadczenia zespołu leczenia domowego dla dzieci i młodzieży w Krakowie, wykorzystującego w pracy myślenie systemowe. Wskazano na zróżnicowany charakter rozwiązywanych problemów i koniecznych interwencji (red.).

**SUMMARY.** Experiences and principles of functioning of a home hospitalization team for children and adolescents in Cracow are outlined in the paper. Their work is based on the systemic approach. Diversity of encountered problems and of necessary interventions is emphasized (Eds.).

---

**Słowa kluczowe:** leczenie domowe / terapia rodzin / podejście systemowe / dzieci / młodzież

**Key words:** home hospitalization / family therapy / systemic approach / children / adolescents

---

Zespół leczenia domowego dla dzieci i młodzieży powstał 6 lat temu. Jest efektem pracy i przemyśleń pracowników Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży nad całościowym programem leczenia zaburzeń okresu rozwojowego. Inspiracją dla niego były również zespoły leczenia domowego dla dorosłych, przeznaczone głównie dla pacjentów chronicznych, które powstały w Warszawie i Krakowie. Rozwijając ów model staraliśmy się połączyć doświadczenia kolegów pracujących z pacjentami dorosłymi z własnymi, które wynieśliśmy z pracy w oddziale stacjonarym, gdzie myślenie systemowe było obecne od wielu lat. Tworzenie i rozwój zespołu jest poszukiwaniem coraz bardziej efektywnego modelu, w którym byłoby możliwe leczenie dzieci i adolescentów w kontekście rodziny i środowiska. Zespół składa się z lekarza, 3 psychologów i pedagoga-terapeuty. Nasze oddziaływania obejmują psychoterapię w domu i w Klinice (spotkania rodzinne, terapię indywidualną), farmakoterapię, interwencje środowiskowe i naukę w szkole przyklinicznej w razie potrzeby.

Staramy się rozumieć objawy pacjenta w kontekście dynamiki rodziny, a w konsekwencji leczyć dziecko lub adolescenta razem z jego rodziną. Używamy terminu "identyfikowany pacjent", ale rozumiemy, że pomoc będziemy oferować całej rodzinie.

Pacjenci są kierowani do naszego zespołu przez ambulatorium przykliniczne, oddział stacjonarny, przychodnie rejonowe, inne kliniki, pedagogów szkolnych i pogotowia opiekuńcze. Pragniemy zaznaczyć, że nie jest to typowy przykład pracy zespołu zajmującego się problemami dzieci w Krakowie, a nawet w Polsce, gdzie zespół jest jedynym działającym. Został on utworzony na bazie uniwersyteckiego szpitala klinicznego i zespołu opieki zdrowotnej dla jednej z dzielnic Krakowa - Krowodrzy. Nadzór merytoryczny i kierownictwo objęła Klinika, natomiast ZOZ nr 3 "Krowodrza" sfinansował etaty. Liczebność populacji, która została objęta opieką, wynosi 200 tysięcy.

We wstępnych założeniach, głównym celem pracy zespołu miała być opieka nad pacjentami psychotycznymi, która miała prowa-

dzić do: (1) unikania hospitalizacji (szczególnie dotkliwej w przypadku małych dzieci lub (2) skrócenia pobytu na oddziale u tych pacjentów, którzy byli hospitalizowani przymusowo. W okresie działania zespołu zajmowaliśmy się pacjentami z różnorodnymi rozpoznaniem psychiatrycznymi. Początkowo byli to pacjenci psychotyczni, z nerwicami, zaburzeniami zachowania i emocji oraz zaburzeniami rozwoju psychicznego i funkcjonowania społecznego. Dużą grupę stanowili adolescenti po próbach samobójczych przekazywani do dalszego leczenia z Kliniki Toksykologii. Ta ostatnia grupa zmniejszyła się radykalnie w momencie powstania w Krakowie Ośrodka Interwencji Kryzysowej. W ostatnim okresie coraz liczniejszą grupę stanowią dzieci i młodzież z problemami przemocy fizycznej i nadużywania seksualnego.

Pierwsza wizyta w domu pacjenta jest poprzedzona zebraniem "wywiadu" z osobą zgłaszającą problem. Odbywa się to poprzez zgłoszenie telefoniczne, a ostatnio coraz częściej poprzez zaproszenie tej ostatniej do Kliniki, w celu zreferowania problemu. W czasie takiego spotkania zbieramy podstawowe informacje o rodzinie, takie jak: dane demograficzne, informacje o sytuacji poszczególnych członków rodziny (stan zdrowia, zatrudnienie, utrata pracy, inne ważne wydarzenia życiowe), od kiedy istnieje problem, próba jego zdefiniowania, dane dotyczące dotychczasowego leczenia i droga kierowania do instytucji. Często bowiem zdarza się, że jesteśmy kolejnym ogniwem w łańcuchu niepowodzeń terapeutycznych, stąd konsultacja poprzedzająca wizytę w domu nabiera szczególnego znaczenia i pozwala na analizę trudności w aspekcie interakcji pomiędzy innymi systemami włączonymi w dotychczasowe leczenie pacjenta i jego rodziny.

Na podstawie uzyskanych informacji rysujemy genogram i formułujemy wstępną hipotezę dotyczącą objawu i jego funkcjonowania w rodzinie.

Warunkiem niezbędnym do dalszego postępowania jest zgoda rodziny na wizyty te-

rapeutów w domu oraz obecność wszystkich członków rodziny podczas pierwszego spotkania. Następnie zespół terapeutyczny decyduje, jacy terapeuci powinni uczestniczyć w pierwszym spotkaniu, jak szybko powinno się ono odbyć i czy jednym z terapeutów powinien być lekarz. Zasadą jest, że rodzinę odwiedza dwóch terapeutów, staramy się, aby byli oni różnej płci.

Podczas pierwszego spotkania zbieramy bardziej szczegółowe informacje o pacjencie i jego rodzinie, zwykle poprzez wspólne rysowanie genogramu i nanoszenie na niego uzyskanych informacji. Poprzez zadawanie pytań cyrkularnych sprawdzamy postawioną wcześniej wstępną hipotezę, określamy stosunek rodziny do objawów i ich historii. Podejmujemy decyzję o konieczności bardziej szczegółowej diagnozy. Jeżeli taka zachodzi, odbywa się ona w Klinice. Obejmuje badanie psychiatryczne, psychologiczne, diagnozę pedagogiczną, badania dodatkowe, jak badania biochemiczne krwi i moczu, EEG, CT. Na zakończenie spotkania wspólnie z rodziną formułujemy cele terapii wspólne dla całej rodziny i jeżeli jest to uzasadnione, podejmujemy pierwszą interwencję.

Z rodziną negocjujemy odstępy między kolejnymi wizytami domowymi, które są już sesjami terapeutycznymi. Początkowo są one częstsze, a w miarę uzyskiwania poprawy objawowej lub innej zmiany w systemie rodzinnym, stają się rzadsze. Wynoszą one od jednego do sześciu tygodni. Częstszych wizyt wymagają rodziny z poważniejszymi zaburzeniami, np. z pacjentem psychotycznym lub w wypadku nasilonych zaburzeń zachowania.

Nierzadko w rodzinie obok zgłaszanego problemu napotykamy problem alkoholowy, różne formy przemocy oraz choroby innych, niż dziecko lub adolescent, członków rodziny. Zwykle są to: choroba psychiczna, głębokie zaburzenia osobowości, niedorozwój umysłowy, przewlekła choroba somatyczna lub nowotworowa.

W przypadkach pracy z rodzinami z pacjentem psychotycznym w początkowej fazie

terapii nieodzowne jest zastosowanie elementów psychoedukacji, tzn. wyjaśnienia, co jest objawem chorobowym, jak rodzina powinna postępować z pacjentem, informacja o zastosowanej farmakoterapii, możliwości wystąpienia objawów ubocznych i tego, jak im przeciwdziałać.

Ważnym elementem naszego działania jest współpraca ze znajdującymi się w środowisku instytucjami takimi jak szkoły, sądy, pogotowia opiekuńcze. Obok standardowego zbierania informacji i wydawania opinii o pacjencie, czasami wykonujemy konsultacje systemowe w wyżej wymienionych instytucjach.

Zespół leczenia domowego wydaje się być skuteczną strukturą, która stymuluje rodzinę, aby wykorzystwała swoje wewnętrzne i kontekstualne rezerwy. Jesteśmy przekonani, że wielu pacjentów kierowanych do oddziału stacjonarnego może z powodzeniem korzystać z tej formy opieki. Jako taki może on być dodatkowym ogniwem między opieką stacjonarną, półstacjonarną i ambulatoryjną, jak również może być włączony do kontinuum opieki dla ciężko zaburzonych pacjentów.

Nasze doświadczenia kliniczne zmusiły nas do rozszerzenia wstępnych wskazań kwa-

lifikujących do przyjęcia o pacjentów z rodzin asocjalnych i rozbitych oraz do pracy w środowisku z wieloma funkcjonującymi w nim instytucjami. Spowodowaliśmy powstanie szerszego systemu oparcia dla pacjentów, a jednocześnie staliśmy się jednym z jego ogniw.

## PIŚMIENNICTWO

1. Axer A.: Znaczenie badań nad zadowoleniem pacjentów z opieki psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 1982, XVI, 5-6.
2. Burns T. et al.: A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services. I. Clinical and Social Outcome. *British Journal of Psychiatry* 1993, 163, 49-54.
3. Burns T. et al.: A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services. II. Treatment Patterns and Costs. *British Journal of Psychiatry* 1993, 163, 55-61.
4. Ciszewski L.: Psychiatryczne leczenie domowe jako alternatywa hospitalizacji - przegląd programów. *Psychiatr. Pol.* 1988, XXII, 5.
5. Ciszewski L.: Psychiatryczne leczenie domowe jako alternatywa hospitalizacji - przegląd badań. *Psychiatr. Pol.* 1988, XXII, 5.
6. Seelig W., Goldman-Hall B., Jerrell J., In-Home Treatment of Families with Seriously Disturbed Adolescents in Crisis. *Fam. Proc.* 1992, 31, 135-149.

*Adres: Dr Renata Modrzejewska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
Collegium Medicum UJ, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków*