

Dorota Surma-Kuś<sup>1</sup>, Łukasz Pilawski<sup>1</sup>, Andrzej Siwiec<sup>1</sup>, Małgorzata Janas-Kozik<sup>1,2</sup>

Received: 14.09.2018

Accepted: 09.10.2018

Published: 09.11.2018

## Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu – modelowy przykład psychiatrii środowiskowej

Mental Health Centre for Children and Adolescents in Sosnowiec – a model example of community psychiatry

<sup>1</sup> Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

<sup>2</sup> Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wzrostu i Rozwoju, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Dorota Surma-Kuś, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: +48 508 141 008,

e-mail: d.surma-kus@centrum-pediatrii.com.pl

### Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na potrzebę utworzenia środowiskowego leczenia dzieci i młodzieży (alternatywnego dla leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego) oraz określenie obszaru działania psychiatrii środowiskowej. Ma on też przedstawić praktyczne implikacje związane z roczną realizacją projektu Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu, finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. Podejmowana tam forma leczenia pozwala na dezinstytucjonalizację opieki zdrowotnej, szybkie dotarcie do osób będących w kryzysie i niesienie im pomocy – na podstawie założeń koncepcji systemowej oraz idei otwartego dialogu. Beneficjentami świadczeń są osoby (oraz ich najbliższe otoczenie) w wieku 14–24 lat, zamieszkujące na terenie Sosnowca lub Dąbrowy Górniczej i narażone na wykluczenie społeczne z powodu choroby psychicznej. Praca wykonywana jest w stałych, trzyosobowych terapeutycznych zespołach mobilnych przez pięć dni w tygodniu, w godzinach 8:00–20:00. Dysponują one takimi narzędziami, jak bezpłatna infolinia, własny środek transportu oraz środki na niezbędne konsultacje medyczne. Nadzór nad tworzeniem indywidualnych planów i przebiegiem interwencji terapeutycznych w miejscu zamieszkania pacjenta pełni lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży. Ważną rolę w procesie zdrowienia odgrywają cyklicznie organizowane zajęcia aktywizujące (kręgle, siatkówka, terapia grupowa) oraz warsztaty – prowadzone także przez uczestników projektu. W artykule przedstawiono zarówno zalety, jak i ograniczenia związane z realizacją programu.

**Słowa kluczowe:** psychiatria środowiskowa, adolescenti, Centrum Zdrowia Psychicznego, otwarty dialog

### Abstract

The paper seeks to highlight the need to establish a system of community psychiatric treatment (alternative to inpatient and outpatient care) for children and adolescents, and to define the area of interest for community psychiatry. An additional goal is to present practical implications involved in the annual implementation of the project for the Mental Health Centre for Children and Adolescents in Sosnowiec with funding from the European Social Fund. The form of treatment provided there promotes the deinstitutionalisation of healthcare, and allows quick access to people in crisis in order to assist them based on the assumptions underlying the systemic concept and the idea of open dialogue. The beneficiaries of the healthcare services are individuals (and their nearest relatives) aged 14 to 24 years, residing in Sosnowiec or Dąbrowa Górnicza, who are exposed to social exclusion because of mental illness. The services are provided by permanent mobile therapeutic teams of three members five days a week from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. They have a range of tools at their disposal, including a free infoline, own means of transport and funds for necessary medical consultations. The development of individual plans and the delivery of therapeutic interventions in the patient's place of residence are supervised by a specialist in child and adolescent psychiatry. An important role in the process of recovery is played by periodically organised engaging activities (bowling, volleyball, group therapy) and workshops – also conducted by project participants. The paper presents both the advantages and limitations associated with the implementation of the programme.

**Keywords:** community psychiatry, adolescents, Mental Health Centre, open dialogue

**WSTĘP****Środowiskowe leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży – zarys**

Sesja panelowa poświęcona psychiatrii wieku rozwojowego na I Kongresie Zdrowia Psychicznego zwróciła uwagę na alarmujące dane dotyczące problemów niepełnoletnich oraz nieadekwatnego do nich systemu opieki (Janik *et al.*, 2018). Ponadto na przestrzeni lat zmienia się obraz epidemiologiczny, co widać w izbach przyjęć i w oddziałach stacjonarnych. System organizacji ochrony zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży nie jest w stanie objąć potrzebujących efektywną pomocą (Uzar *et al.*, 2018). W tym kontekście należy zatem rozważyć dokonanie proponowanych zmian w opiece psychiatrycznej (i psychologicznej) nad najmłodszymi pacjentami oraz ich rodzinami (Janik *et al.*, 2018). Konieczne wydaje się przeniesienie punktu ciężkości (pod względem organizacyjnym oraz finansowym) z leczenia w ośrodkach zamkniętych na leczenie ambulatoryjne i środowiskowe. Prowadzenie terapii pacjenta w jego środowisku domowym pozwala bowiem skorzystać z wielu dostępnych tam zasobów (Szaskiewicz i Izdebski, 1998). Jedyny opisany model takiej pracy z dziećmi i młodzieżą pochodzi sprzed 24 lat i dziś jest już w wielu aspektach nieaktualny (Modrzejewska *et al.*, 1994). W Polsce brakuje praktycznych wzorców postępowania w tym zakresie. Należy więc postawić sobie pytanie: jak – przy ograniczeniach i zaletach naszego aktualnego systemu – powinna i może wyglądać psychiatria środowiskowa dzieci i młodzieży?

W przypadku tej grupy wiekowej możemy zidentyfikować „środowisko” jako miejsce zamieszkania, najbliższą rodzinę, szkołę, kolegów i koleżanki oraz inne instytucje współpracujące z rodziną (np. miejskie ośrodki pomocy społecznej – MOPS, świetlice środowiskowe, poradnie pedagogiczne). Jeśli chodzi o osoby niepełnoletnie, to z zasady w ramach udzielanego wsparcia uwzględnieni są opiekunowie prawni oraz realizatorzy obowiązku szkolnego, czyli tzw. trzecia strona. Jest to kluczowy aspekt różniący psychiatrię dorosłych oraz dzieci i młodzieży.

Przenosząc powyższe na aspekty medyczne, można stwierdzić, że środowiskowa psychiatria dzieci i młodzieży stanowi dziedzinę, w której pomimo iż pacjentem jest z definicji dziecko lub adolescent, to opieką terapeutyczną powinna być objęta także rodzina (rodzice lub opiekunowie, rodzeństwo) (Izdebski, 1992). Proces zdrowienia pacjenta odbywa się w koordynacji z innymi specjalistami oraz przy współpracy ze szkołą i grupą rówieśniczą.

Formy i miejsca leczenia środowiskowego mogą być różne, natomiast powinny być prowadzone jak najbliżej osoby chorej. Oczywiście pacjent nadal musi mieć pełen dostęp do kompleksowej opieki psychiatrycznej – w postaci np. oddziału całodobowego.

W Polsce organizacja leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży opiera się na całodobowych oddziałach stacjonarnych, poradniach zdrowia psychicznego oraz

nielicznych oddziałach dziennych. Leczenie środowiskowe, o którym napisano powyżej, poza jednostkowymi przypadkami nie istnieje. Ze względu na niewielką liczbę państwowych ośrodków oraz ich niedofinansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) pacjenci nie mają żadnego wsparcia w swoim środowisku, a na poradę czy przyjęcie do szpitala oczekują od kilku do kilkunastu miesięcy. Ponadto dość często pacjenta – mimo iż stan jego zdrowia wskazuje na możliwość leczenia ambulatoryjnego – lekarze pierwszego kontaktu kierują bezpośrednio do oddziału stacjonarnego. Nierzadko również opiekunowie osoby chorej (głównie z powodu braku wiedzy medycznej i o możliwościach leczenia) żądają przyjęcia jej do oddziału całodobowego. Szkoły także nie są przygotowane do pracy z uczniem mającym zaburzenia psychiczne, który wraca do edukacji powszechnej po zakończeniu leczenia na oddziale całodobowym. Zespoły pomocy utworzone w tych placówkach zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej – psycholog, pedagog – często nie mają wiedzy na temat postępowania z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi. Nie mogą także liczyć na wsparcie ekspertów, którzy mogliby być dla nich pomocą we włączaniu takich uczniów w życie szkoły (jeśli chodzi zarówno o naukę, jak i o kontakty rówieśnicze).

Niestety taka sytuacja ma decydujący wpływ na efektywność leczenia – zarówno medyczną, jak i ekonomiczną. Ograniczony dostęp do świadczeń medycznych (długie kolejki i mała liczba ośrodków), naciski na leczenie pacjenta w ramach oddziałów stacjonarnych, brak środowiskowych form wsparcia powodują, że pacjent nie jest objęty kompleksowym leczeniem. Skutkiem takiej sytuacji są częste rehospitalizacje, przedłużające się pobyty w szpitalu czy wreszcie tendencja do izolowania młodych pacjentów powracających do edukacji po leczeniu całodobowym (m.in. poprzez nadużywanie form indywidualnego nauczania). Prowadzi to do kształtowania się postawy inwalidyzacji już na poziomie edukacji szkolnej i utrwalania jej na progu dorosłości.

**Środowiskowe leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży – sytuacja obecna**

Powyższa diagnoza była podstawą opracowania projektu integracji psychiatrycznych świadczeń medycznych w regionie Zagłębia Dąbrowskiego z rozwinięciem świadczeń psychiatrii środowiskowej przez pracowników Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. Aby sens tego zamierzenia był w pełni zrozumiały, należy przedstawić kilka faktów o szpitalu.

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. (na potrzeby niniejszej publikacji będą również używane tożsame określenia: „Centrum Pediatrii w Sosnowcu” i „Centrum Pediatrii”) powstało w 1998 roku. W jego skład wchodzi: dziewięć oddziałów stacjonarnych (psychiatrii i psychoterapii wieku rozwojowego, anestezjologii i intensywnej terapii, niemowlęcy, pediatryczny, chirurgiczny, reumatologiczny, gastroenterologiczny, rehabilitacji ogólnej,

rehabilitacji neurologicznej), dwa oddziały dzienne (rehabilitacji psychiatrycznej, wczesnej interwencji rehabilitacyjnej) oraz trzynaście poradni specjalistycznych, w tym poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Od początku funkcjonowania ośrodka skupiano się na kompleksowości działań oraz odpowiedniej koordynacji leczenia. Pojęcie kompleksowego podejścia do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi obejmuje trzy elementy.

Pierwszym z nich było utworzenie w Centrum Pediatrii w Sosnowcu trzech poziomów leczenia:

- leczenie stacjonarne całodobowe w 62-lóżkowym Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego;
- leczenie dzienne (dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–16:00) w 15-osobowym Dziennym Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej;
- leczenie ambulatoryjne w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–20:00).

Przyjęto zasadę, że lekarze psychiatry oraz psycholodzy pracujący w oddziale całodobowym są jednocześnie zatrudnieni w oddziale dziennym i poradni. Dzięki temu mogą oni koordynować ruch pacjentów pomiędzy poszczególnymi poziomami leczenia w zależności od stanu zdrowia w danym momencie.

Drugim elementem kompleksowości świadczeń dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest szeroki zakres usług medycznych oferowanych przez Centrum Pediatrii. Mają oni natychmiastowy dostęp do specjalistycznych konsultacji z wielu zakresów – począwszy od podstawowej pediatrii, po neurologię, gastroenterologię, kardiologię, dermatologię i inne. Należy w tym miejscu podkreślić, że pacjenci z diagnozą zaburzeń psychicznych często borykają się z różnymi nabytymi współistniejącymi schorzeniami ogólnoustrojowymi, a z racji swojej bezradności i wykluczenia nierzadko zaniedbują zarówno proces diagnostyczny, jak i samo właściwe leczenie.

Na przykład podczas farmakologicznego leczenia schizofrenii stosowane neuroleptyki zarówno mają niekorzystny wpływ na metabolizm, jak i znacząco nasilają łaknienie. Skutkuje to często szybkim i znacznym przyrostem masy ciała, prowadzącym do nadwagi i otyłości, a to z kolei staje się źródłem powikłań somatycznych, takich jak nadciśnienie czy nietolerancja glukozy. W takich przypadkach niezbędna jest natychmiastowa konsultacja specjalisty endokrynologa, gastroenterologa, diabetologa, kardiologa. Inna tego typu sytuacja to dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, u których mogą współwystępować padaczka, niedowrażliwości i/lub nadwrażliwości sensoryczne, alergie, nietolerancje pokarmowe. W tych przypadkach również niezbędne są systematyczne kontrole specjalisty alergologa, laryngologa, gastroenterologa.

Ważnym elementem kompleksowości świadczeń oferowanych przez Centrum Pediatrii jest fakt, że w jego strukturach istnieje Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT).

Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów po próbach samobójczych, w ciężkim stanie bezpośrednio zagrażającym życiu, którzy już w OAIIT otrzymują wsparcie lekarza psychiatrii i psychologa.

Trzecim elementem kompleksowości świadczeń jest wprowadzenie w całym ośrodku elektronicznej dokumentacji medycznej. Dzięki temu lekarz psychiatra, psycholog i pielęgniarka (osoby posiadające uprawnienia) mają dostęp do całej dokumentacji pacjenta bez względu na miejsce jego leczenia w Centrum Pediatrii. Dokumentacja ta jest dostępna również dla lekarzy z pozostałych oddziałów i poradni specjalistycznych. Ponadto pacjent, który miał już wykonane badania diagnostyczne w jednej z poradni lub oddziałów, nie musi być im poddany ponownie (oczywiście jeśli nie istnieje taka potrzeba), ponieważ ich wyniki są zeskanowane lub bezpośrednio włączone do systemu informatycznego. Niestety mimo wprowadzonych działań nie został rozwiązany podstawowy problem w pracy z pacjentem mającym zaburzenia psychiczne: po zakończeniu leczenia kontakt z nim zwykle się urywa. Z powodu braku dostępu do ośrodków leczenia środowiskowego – zarówno w Zagłębiu Dąbrowskim, jak i w całym kraju – pacjent opuszczający Centrum Pediatrii nie otrzymuje żadnego wsparcia. Jest to największa bolączka procesu terapeutycznego. W odpowiedzi na ten problem pracownicy przygotowali projekt Centrum Zdrowia Psychicznego.

## METODA – OPIS PROJEKTU

W Centrum Pediatrii od kilku lat poszukiwano możliwości rozszerzenia działalności o psychiatrię środowiskową. Należy tu podkreślić, że pojęcie to zdefiniowano jako terapię w domu i bezpośrednim środowisku pacjenta (szkoła, grupa rówieśnicza, instytucje współpracujące z rodziną). Nie brano w tym przypadku pod uwagę poradni zdrowia psychicznego i dziennego oddziału rehabilitacji psychiatrycznej. Niestety NFZ nie dysponował środkami na realizację takich działań. W 2016 roku województwo śląskie ogłosiło w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego konkurs na dotację z Unii Europejskiej, realizowany w ramach Osi priorytetowej nr 9: Włączenie społeczne, Działania nr 9.2: Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania nr 9.2.2: Rozwój usług społecznych i zdrowotnych. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu opracowało, a następnie zgłosiło do konkursu projekt zorganizowania środowiskowego leczenia psychiatrycznego. W efekcie w 2017 roku uzyskało na swój projekt – o wartości 1526 tys. zł – dofinansowanie w wysokości 1419 tys. zł. Czas realizacji projektu zaplanowano na dwa lata: od 01.09.2017 r. do 31.08.2019 r.

## Cele projektu

Strategicznym celem projektu jest odciążenie stacjonarnych form leczenia poprzez dezinstytucjonalizację oraz ukierunkowanie leczenia psychiatrycznego i oparcia

społecznego na usługi zorganizowane w środowisku życiowym pacjenta. Twórcy programu postawili sobie za zadanie poprawę jakości życia i zdrowia młodzieży (w wieku 14–24 lat) doświadczonej kryzysem psychicznym oraz ich rodzin, poprzez działania podejmowane w pobliżu miejsca ich zamieszkania.

Dzięki temu, że przyjęto innowacyjne rozwiązania organizacyjne (utworzenie terapeutycznych zespołów mobilnych – TZM, bezpłatna infolinia) oraz nowe spojrzenie na pacjenta i rodzinę jako partnerów w relacjach, osoby te uzyskują szansę na osiągnięcie satysfakcjonującego poziomu życia, poczucia własnej autonomii, a przede wszystkim integracji ze środowiskiem.

Projekt zakłada również realizację trzech zadań operacyjnych:

1. podjęcie działań w celu utrzymania osoby z zaburzeniami psychicznymi w środowisku, co zmniejszy liczbę hospitalizacji i rehospitalizacji – dzięki temu skróci się czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału oraz zmniejszą się koszty leczenia (leczenie stacjonarne jest najdroższą jego formą);
2. utrzymanie osób z zaburzeniami psychicznymi w środowisku – co pozwoli na uniknięcie często spotykanego (zwłaszcza wśród młodzieży) napiętnowania, stygmatyzacji jako osoby „psychicznej”, której należy się obawiać;
3. ograniczenie liczby absencji w szkole oraz indywidualnego nauczania w domu, które jedynie potęguje wykluczenie danego ucznia z grona rówieśników; dzięki pozostaniu chorego w środowisku przewiduje się również zmniejszenie liczby dni niezdolności do pracy rodziców (wynikających z konieczności opieki nad dzieckiem).

### Uczestnicy projektu

Do udziału w projekcie są przyjmowane osoby, które zgłosiły się po pomoc do izby przyjęć Centrum Pediatrii lub przebyły hospitalizację w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, a ich stan zdrowia pozwala na kontynuację leczenia we własnym środowisku. Program obejmuje działania osoby w wieku 14–24 lat (powyżej 18. roku życia – tylko osoby uczące się) zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ze względu na chorobę psychiczną i zamieszkałe w Sosnowcu bądź Dąbrowie Górniczej. Powyższe warunki są jedynymi wytycznymi branymi pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o kwalifikacji do programu. Ze względu na wymogi unijne bardzo ważne jest zapobieganie barierom równościowym, w tym promowanie równości szans kobiet i mężczyzn zarówno przy rekrutacji uczestników, jak i w ramach zatrudniania personelu. Płeć pacjentów nie może mieć wpływu na rodzaj i jakość udzielanego wsparcia. Zatrudniony do realizacji projektu personel został poinformowany o obowiązku przestrzegania zasad równości. Należy podkreślić, że uczestnikiem projektu jest również najbliższe otoczenie osoby chorej: rodzina, rówieśnicy, nauczyciele w szkołach.

### Organizacja i funkcjonowanie projektu

W ramach projektu powstały: Centrum Koordynacji (CK), bezpłatna infolinia i dwa TZM.

Pierwszym etapem było utworzenie Centrum Koordynacji w siedzibie udostępnionej przez Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. Jego celem jest koordynowanie świadczeń medycznych i socjalnych oferowanych w projekcie. Pełni ono funkcję miejsca przeznaczonego m.in. do:

1. spotkań personelu TZM z koordynatorem, lekarzem, uczestnikiem projektu i jego rodziną;
2. gromadzenia i przetwarzania informacji o dostępności poszczególnych usług medycznych, społecznych, edukacyjnych (bank informacji);
3. gromadzenia i przetwarzania informacji o uczestniku projektu, na podstawie których tworzony będzie Indywidualny Plan Interwencji (IPI), zwany też Indywidualnym Planem Leczenia/Zdrowienia;
4. koordynowania realizacji poszczególnych punktów IPI (kontakt z lekarzem prowadzącym, ustalanie terminu konsultacji medycznych, kontakt z nauczycielem, pracownikiem socjalnym, kuratorem itp.);
5. realizowania różnych form wsparcia.

Realizacja projektu wymagała poniesienia nakładów w wymienionych niżej obszarach.

1. Użyczono pomieszczenia koniecznego zarówno do pracy członków TZM, jak i do realizacji terapii oraz zorganizowania biura projektu.
2. Kupione zostały urządzenia biurowe (laptopy, urządzenie wielofunkcyjne) oraz program do prowadzenia dokumentacji medycznej. Dwa laptopy (wyposażone w bezprzewodowy internet) dla członków TZM służą do merytorycznej i terapeutycznej pracy z pacjentem, w tym do komunikowania się z lekarzami (głównie w ramach konsultacji), koordynatorem oraz z samymi pacjentami. Ponadto uczestnicy projektu utworzyli wraz z członkami TZM zamkniętą stronę internetową, służącą do komunikowania się, wymiany doświadczeń i wzajemnego wspierania się.
3. Wynajęto w leasingu samochód osobowy, aby TZM mogły dziennie odwiedzić co najmniej 4–5 rodzin, szkół czy instytucji środowiskowych. Należy podkreślić, że w trakcie opracowywania projektu zastanawiano się nad rodzajem środków komunikacji, których będą używać członkowie TZM. Początkowo planowano korzystanie z komunikacji miejskiej jako środka najtańszego. Jednak po dokonaniu analizy efektywności transportu publicznego (autobusy, tramwaje), użytkowania samochodów prywatnych, zakupu samochodu, wynajęcia oraz leasingu okazało się, że optymalnym rozwiązaniem będzie leasing samochodu osobowego. Oczywiście TZM w dużej mierze pracują w systemie planowym, co ułatwia dotarcie do jednego pacjenta i przemieszczanie się do następnego. W sytuacjach kryzysowych, nagłych plany wyjazdów zostają podporządkowane dobru uczestnika programu – oznacza to, że są one

wówczas korygowane i realizowany jest wyjazd do sytuacji kryzysowej. Tylko samochód umożliwia takie szybkie przemieszczanie się i pozwala na dotarcie zarówno do pacjenta w sytuacji nagłej, jak i do osób, które były planowo umówione na dany dzień. Dzięki temu TZM charakteryzują się elastycznością i szybkością reagowania na zmiany planów wyjazdów. Należy jednak podkreślić, że jednostki te nie zastępują ratownictwa medycznego. Do przypadków bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia musi być wezwana karetka pogotowia. Ponadto w TZM wożone są laptop, dokumenty pacjenta (uczestnika projektu) oraz materiały do jego terapii.

4. Uruchomiono infolinię obsługiwaną przez członków TZM. Dzwoniący mogą uzyskać informacje na temat możliwych form pomocy i metod dalszego leczenia. Za jej pomocą można również zgłaszać niepokojące sytuacje lub zdarzenia oraz umówić się na spotkanie z TZM. Osoba odbierająca zgłoszenie jest odpowiedzialna za jego przyjęcie i ustalenie terminu kontaktu bądź konsultacji lub za udzielenie podstawowych informacji na temat postępowania w danej sytuacji. Nie jest to jednak porada medyczna, a tylko informacja o schemacie dalszego postępowania. Infolinia jest dostępna dla pacjentów, ich rodzin i otoczenia. Udostępnia się ją bezpłatnie – całość kosztów zostaje pokryta z funduszy projektu. Jego uczestnikami są bowiem dzieci i młodzież niepracująca, a więc osoby nieposiadające środków finansowych na zapłacenie za rozmowę telefoniczną do terapeuty lub ośrodka. Należy podkreślić, że rozmowy te mogą trwać nawet kilkanaście czy kilkadziesiąt minut. Usunięcie bariery finansowej poprzez uruchomienie bezpłatnej infolinii ma zatem bezpośredni wpływ na kontakty zarówno z pacjentami, jak i z rodzicami czy nauczycielami. Poza uzasadnieniem ekonomicznym – czyli brakiem pieniędzy uczestnika programu, a często też rodzica – ważny jest również efekt psychologiczny. Uczestnik projektu, rodzic czy nauczyciel mają świadomość tego, że w każdej chwili mogą zadzwonić (łatwy numer telefonu do zapamiętania i bezpłatna rozmowa) do kompetentnej osoby, służącej pomocą i wsparciem. Infolinia jest obsługiwana przez jedną z osób TZM w godzinach 8:00–20:00.

5. Zatrudniono koordynatora projektu, lekarza specjalistę psychiatrii dziecięcej oraz członków TZM (psycholodzy). W ramach funkcjonowania Centrum Koordynacji powstaje baza informacji (aktualizowana i uzupełniana przez cały okres realizacji projektu) na temat ośrodków i instytucji wsparcia dla chorego (zarówno medycznego, terapeutycznego, jak i edukacyjnego oraz społecznego) istniejących w miastach objętych działaniem. Dzięki temu rodzic, nauczyciel itd. mogą uzyskać szybką informację na temat dalszego postępowania z pacjentem.

Najważniejszym i kluczowym elementem projektu są TZM. W ich ramach utworzono dwa trzyosobowe zespoły, w skład których wchodzi psycholodzy.

Do zadań TZM należą:

1. opracowanie IPI, obejmujących obszary: leczenia, edukacji, wsparcia rówieśniczego i ze strony pracowników szkoły dla pacjenta oraz rodziny (wychowawcy klasy, wybrani nauczyciele, pedagog, psycholog, koledzy i koleżanki z klasy);
2. współpraca z lekarzem prowadzącym w Poradni Zdrowia Psychicznego, Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego lub Dziennym Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej;
3. ściśle współdziałanie z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi w zakresie pomocy edukacyjnej (tworzenia zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej z możliwością jak najszybszego powrotu do środowiska klasowego) oraz psychoterapeutycznej;
4. psychoedukacja nt. zaburzenia psychicznego występującego u pacjenta, prowadzona dla pracowników oświaty (szkoły, do której wróci pacjent);
5. nawiązanie kontaktu z pracownikami pomocy społecznej i edukowanie ich w celu stworzenia ewentualnego wsparcia socjalnego dla rodziny (pomoc w uzyskaniu wsparcia finansowego itp.);
6. poszukiwanie grup wsparcia poza środowiskiem szkolnym – świetlica terapeutyczna itp.;
7. w razie potrzeby: nawiązanie kontaktu z sądem rodzinnym (w przypadku pacjentów lub rodzin objętych nadzorem sądu) w celu koordynacji nadzoru oraz psychoedukacji nt. zaburzenia psychicznego, na które cierpi pacjent; stworzenie wspólnie optymalnych warunków wspierających pacjenta i rodzinę.

Należy podkreślić, iż współpraca TZM z różnymi środowiskami i koordynacja ich działań są prowadzone na podstawie metody, która zawiera elementy terapii systemowej (Izdebski, 2002) oraz otwartego dialogu (Seikkula i Arnkil, 2018). Prof. Jaakko Seikkula oraz dr Birgitta Alakare są uważani za twórców idei otwartego dialogu. Zaczęli oni stosować tę metodę blisko 30 lat temu w szpitalu Keropudas w Finlandii, w ramach leczenia dorosłych pacjentów chorych na schizofrenię. Jest to system skoncentrowany na rodzinie, który zakłada podjęcie szybkiej interwencji we wczesnej fazie kryzysu, dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz postrzeganie leczenia jako procesu wykorzystującego różne metody terapeutyczne. Jak pokazują badania, efektem przyjęcia takiego podejścia jest znacznie szybszy powrót pacjenta do zdrowia (Seikkula, 2013; Seikkula i Arnkil, 2018; Seikkula *et al.*, 2003, 2006, 2011).

Otwarty dialog został naturalnie zaadaptowany w leczeniu pacjentów niepełnoletnich – w przypadku procesu ich zdrowienia kluczową rolę odgrywają bowiem relacje rodzinne i rówieśnicze (Filipiak i Palej-Cieplińska, 2014; Hopfenbeck, 2015; Mahlke *et al.*, 2014; Repper i Carter, 2011).

Zgodnie z tą ideą w działaniach TZM od samego początku uczestniczą wszyscy mający znaczenie członkowie rodziny i sieci społecznej pacjenta (mogą to być koledzy lub koleżanki, sąsiedzi, pracownicy MOPS, nauczyciele, pedagogzy).

W procesie terapeutycznym podkreśla się przede wszystkim wagę wykorzystywania zasobów psychologicznych pacjenta. Za najlepsze miejsce spotkań uważa się jego dom; jeśli jest to z różnych przyczyn niemożliwe lub niewskazane, spotkania odbywają się na terenie Centrum Koordynacji, utworzonego – jak już wspomniano – w ramach projektu w Centrum Pediatrii.

TZM działają według poniższego schematu.

1. Po uzyskaniu zgłoszenia członków TZM ustala termin spotkania. W trakcie pierwszego kontaktu z pacjentem i jego rodziną (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) są zbierane wymagane informacje. Wstępnie omawia się też możliwości niesienia zindywidualizowanej pomocy dla pacjenta i rodziny w ramach karty Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF, która została stworzona celem ujednoczenia opisu stanów zdrowia pacjentów (ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, 2009). Wsparcie to ma dotyczyć sfery medycznej, edukacyjnej i socjalnej.
2. Następuje spotkanie TZM z koordynatorem oraz lekarzem psychiatrą dzieci i młodzieży pracującym w projekcie, po czym zostaje opracowany IPI, w tym ustala się możliwości zapewnienia koniecznych konsultacji medycznych, wsparcia psychoterapeutycznego itd.
3. Ustala się plan spotkań w środowisku pacjenta i rodziny, obejmujący m.in. spotkanie TZM w szkole z nauczycielami, wychowawcą, pedagogiem szkolnym i psychologiem. Ma to na celu omówienie potrzeb uczącego się pacjenta, kierunków jego zdrowienia i rodzaju działań wspierających leczenie. TZM mają również za zadanie wspierać odbudowę relacji rówieśniczych (na ile jest to możliwe) w klasie czy szkole oraz zidentyfikować w tym środowisku osoby, które mogą wspierać pacjenta w powrocie do edukacji. W szczególnych przypadkach – wymagających

natychmiastowego działania – uczestnicy projektu będą kierowani na odpłatne konsultacje finansowane w ramach projektu, gdyż oczekiwanie na usługę refundowaną przez NFZ mogłoby zniweczyć skutki leczenia (czas oczekiwania na konsultacje z psychiatrii wynosi średnio trzy miesiące).

## MOCNE I SŁABE STRONY PROJEKTU – OMÓWIENIE

Obecnie nie ma wzorców realizacji podobnych projektów – jest on innowacyjny na skalę ogólnopolską. Realizacja psychiatrii środowiskowej odbywa się wyłącznie dla osób dorosłych, i to w niewielkim zakresie. Dlatego konieczne są wypracowywanie nowych sposobów postępowania z młodym pacjentem oraz zaadaptowanie metod stosowanych wśród dorosłych. W związku z powyższym organizatorzy projektu pokusili się o zdefiniowanie jego mocnych i słabych stron, tak aby bez większych przeszkód móc go skutecznie realizować. Stwierdzono, że najważniejszymi czynnikami decydującymi o powodzeniu programu – czyli realizacji celu, jakim jest przesunięcie ciężaru leczenia psychiatrycznego z form stacjonarnych na formy ambulatoryjne i środowiskowe – są:

1. kompetencje osób realizujących projekt;
2. umiejętność określenia przez realizatorów projektu odpowiednich sposobów działań, skoncentrowanych na utrzymaniu pacjenta w jego środowisku.

Tab. 1 obrazuje mocne i słabe strony projektu.

Osoby realizujące projekt (lekarze psychiatry, psychologowie, pielęgniarki) są jednocześnie pracownikami funkcjonujących w Centrum Pediatrii struktur psychiatrycznych. Tym samym nie tylko posiadają one duże doświadczenie kliniczne, lecz także – dzięki pracy w różnych strukturach (oddział stacjonarny, rehabilitacyjny, poradnia) – prezentują różnorodne doświadczenia w prowadzeniu terapii.

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby realizujące projekt (lekarze psychiatry, psychologowie, pielęgniarki) są jednocześnie pracownikami struktur psychiatrycznych funkcjonujących w Centrum Pediatrii – dzięki temu posiadają duże doświadczenie kliniczne</li> <li>• Skoncentrowanie się realizatorów projektu na utrzymaniu pacjenta w środowisku (domu, szkole) – czyli na zdrowieniu psychospołecznym</li> <li>• Indywidualne podejście do pacjentów – każdy z nich jest przypisany do konkretnych psychologów, ma do nich bezpośredni numer telefonu oraz kontakt e-mailowy</li> <li>• Realizacja projektu odbywa się kompleksowo z zasobami Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., tj. z funkcjonowaniem Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Dziennego Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej oraz Poradni Zdrowia Psychicznego</li> <li>• Pacjenci uczestniczący w Projekcie są byłymi pacjentami Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego lub izby przyjęć</li> <li>• Duża mobilność TZM dzięki możliwości wykorzystania specjalnie zakupionego na potrzeby projektu samochodu osobowego</li> <li>• Duża dostępność pracowników realizujących program: 12 godzin dziennie możliwy kontakt osobisty (dojazd TZM do pacjenta), telefoniczny (każdy TZM ma telefon komórkowy lub poprzez infolinię), e-mailowy (każdy TZM ma laptop z dostępem do internetu)</li> <li>• Dostęp do szybkiej konsultacji psychiatrycznej i innych specjalizacji</li> <li>• Stabilne finansowanie z funduszy unijnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zbyt mały obszar działania – tylko powiat sosnowiecki i dąbrowski</li> <li>• Zbyt mała liczba pacjentów – docelowo określona na poziomie 80 osób</li> <li>• Zgodnie z założeniami projektu w miejsce osoby rezygnującej nie można włączyć kolejnego pacjenta</li> <li>• Krótki okres realizacji – 2 lata bez możliwości przedłużenia na kolejne okresy</li> <li>• Uczestnikami projektu mogą być tylko osoby po hospitalizacji w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego lub po poradzie zasięgniętej w izbie przyjęć</li> <li>• Brak w projekcie terapeutów zajęciowych</li> <li>• Brak finansowania terapii polegającej na wspólnym wyjściu pacjentów do kina, teatru, na wycieczki</li> </ul>

410 Tab. 1. Mocne i słabe strony projektu

Dzięki powyższemu jest im łatwiej określić nowe, innowacyjne sposoby pracy związane bezpośrednio ze środowiskiem pacjenta. Należy zaznaczyć, że na rynku nie funkcjonują wzorce postępowania w obszarze psychiatrycznego leczenia środowiskowego – w tym głównie domowego – dzieci i młodzieży. Mocną stroną projektu jest możliwość skupienia wszystkich działań jego realizatorów na środowisku pacjenta. Główny element to wizyty domowe, w szkole i innych instytucjach współpracujących z osobą chorą. Kryteria włączenia pacjenta do programu (pobyt na Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego lub wizyta w izbie przyjęć) powodują, że uczestnik jest już po procesie diagnostycznym, ma włączone leczenie oraz jest znany realizatorom projektu. Dzięki temu mogą oni skoncentrować się tylko na działaniach środowiskowych.

Bardzo ważnym elementem, będącym silną stroną projektu, jest duża mobilność, dostępność i elastyczność działań TZM. Zespoły pracują po 12 godzin dziennie, przy czym dzięki możliwości korzystania z samochodu osobowego mają szansę szybko dojechać do pacjenta (w ramach działań interwencyjnych), ale też zrealizować w ciągu godzin pracy większą liczbę zadań. Niezbędna do realizacji założonych celów jest możliwość komunikacji telefonicznej lub e-mailowej uczestników projektu z przypisanymi do nich terapeutami. Uczestnik przez cały dzień może skontaktować się poprzez infolinię lub bezpośrednio z psychologiem z TZM, co daje mu poczucie oparcia i bezpieczeństwa – wie, że w czasie kryzysu otrzyma profesjonalne wsparcie.

Głównym problemem – słabą stroną projektu – okazały się ograniczenia terytorialne i ilościowe, np. zbyt mały obszar realizacji (tylko osoby z powiatów sosnowieckiego i dąbrowskiego), zbyt mała liczba pacjentów w okresie dwuletnim (łącznie 80 osób). Ponadto owa przyjęta w założeniach programu liczba uczestników obejmuje również te osoby, które chociaż raz otrzymały wsparcie, ale po nim zrezygnowały (w miejsce osoby rezygnującej nie można włączyć kolejnego pacjenta). Największym jednak ograniczeniem jest czas funkcjonowania projektu – tylko dwa lata, co rodzi obawy związane z dalszymi losami uczestników projektu. Nie ma bowiem możliwości ich monitorowania ani wpłynięcia na nie. Jeśli projekt nie zostanie przedłużony, jego uczestnicy wrócą do takich instytucji, jak poradnia zdrowia psychicznego (czas oczekiwania na wizytę: powyżej sześciu miesięcy), psychiatryczny oddział dzienny czy oddział stacjonarny. Należy na koniec podkreślić, że cennym rozwiązaniem byłoby także zdobycie środków finansowych na organizację niestandardowych form wsparcia, takich jak np. wyjście do kina, teatru lub na koncert czy zorganizowanie wycieczek w góry itp.

### **EKSPERT PRZEZ DOŚWIADCZENIE W WARUNKACH PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY – CZY JEST TO MOŻLIWE?**

Z badań i doświadczeń praktycznych wynika, iż efektywną formą pomocy, która potrafi zmobilizować chorego do działania i dać mu wiarę w możliwość poprawy, jest postać

tw. eksperta przez doświadczenie. Mianem tym określa się osobę, która sama chorowała lub choruje nadal, ale jest w remisji objawowej i funkcjonalnej, powróciła do zarzucanych wcześniej aktywności (nauka, praca, hobby) i dzieli się swoimi doświadczeniami z procesu zdrowienia z obecnym chorym. W przypadku pacjenta psychiatrycznego dziecięco-młodzieżowego widoczny jest deficyt takich ekspertów – głównie z uwagi na czas potrzebny na leczenie i powrót do zdrowia. Realizatorzy projektu spróbowali jednak zaadaptować również tę formę pomocy. W ramach tego zorganizowano trzykrotnie (do chwili obecnej, czyli w trakcie pierwszego roku działania projektu) warsztaty terapeutyczne dla uczestników projektu prowadzone przez jego beneficjentów, którzy są obecnie w remisji objawowej i funkcjonalnej. Były to warsztaty kulinarne o profilu wegańskim, dzielenie się doświadczeniami związanymi ze znaczną redukcją masy ciała oraz nauka malowania akwarelami. Zajęcia te cieszyły się dużym zainteresowaniem uczestników, którzy wykazywali też gotowość do ponownego wzięcia udziału w podobnych aktywnościach.

### **PODSUMOWANIE**

Opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży jest procesem złożonym. Musi obejmować nie tylko dziecko czy adolescenta, lecz także jego rodzinę i środowisko. Powinna się odbywać kompleksowo na różnych poziomach w zależności od stanu nasilenia zaburzeń psychicznych, z możliwością włączenia do konsultacji specjalistów z różnych dziedzin (również niemedycznych), którzy będą w stanie pomóc dziecku i rodzinie, jak również – o ile jest to możliwe – eksperta przez doświadczenie.

Przyszłością są centra psychiatrii utworzone na wzór jednostki opisanej powyżej, funkcjonującej w ramach Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. System leczenia dzieci i młodzieży w centrach psychiatrii powinien składać się co najmniej z trzech poziomów: I – środowiskowego leczenia psychologicznego opartego na metodzie albo otwartego dialogu, albo quasi-otwartego dialogu; II – leczenia w poradni psychiatrycznej i oddziale dziennym lub hostelu; III – leczenia w zamkniętych oddziałach stacjonarnych.

Należy przełamać stereotyp, że leczenie powinno odbywać się w szpitalu, i położyć nacisk na I poziom: środowiskowe leczenie psychologiczne. Celem psychiatrii dziecięco-młodzieżowej powinno być bowiem utrzymanie pacjenta w środowisku domowym, szkolnym, grupy rówieśniczej. Niezmiernie ważne jest to, aby w proces leczenia środowiskowego włączone zostało także najbliższe otoczenie chorego: opiekunowie, rodzeństwo, nauczyciele, pedagodzy, koledzy i koleżanki oraz eksperci przez doświadczenie. Należy walczyć z obecnym u wielu osób stereotypowym myśleniem, że dziecko czy adolescent z zaburzeniami psychicznymi stanowi zagrożenie dla otoczenia, zwłaszcza w środowisku szkolnym i rówieśniczym. Oczywiście w pewnych okolicznościach nieunikniona będzie hospitalizacja

w oddziale całodobowym. Trzeba jednak dążyć do tego, aby pobyt dziecka w szpitalu był ostatecznością i trwał możliwie jak najkrócej.

Niestety obecny stan systemu psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce budzi duże niepokoje wśród specjalistów. Deklaratywnie wszyscy uczestnicy rynku świadczeń medycznych są zainteresowani reformą psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym rozwojem psychiatrii środowiskowej. W rzeczywistości jednak – poza nielicznymi regionalnymi projektami, takimi jak ten prowadzony w Centrum Pediatrii w Sosnowcu – niewiele jest podobnych inicjatyw lub w ogóle ich brak.

Fiaskiem zakończyła się realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który miał wspierać rozwój w obszarach strategii leczenia, infrastruktury i organizacji systemu. W zasadzie żaden z zapisów programu nie został zrealizowany ani nie jest realizowany (Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2018 – Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022).

Również za niepowodzenie należy uznać opracowaną w 2017 roku przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nową (pierwszą od kilkunastu lat) wycenę leczenia chorób psychicznych. Miała ona wpłynąć na dalszy rozwój psychiatrii w Polsce, wzmocnić ją ekonomicznie i organizacyjnie. Wyceny okazały się jednak znacznie odbiegające od rzeczywistych kosztów ponoszonych w psychiatrii dzieci i młodzieży, co powiększyło deficyt finansowy tej specjalizacji medycznej i pogłębiło frustrację realizatorów opieki psychiatrycznej.

Kolejnym dokumentem, który miał wpłynąć na reformę m.in. psychiatrii, były tzw. mapy potrzeb medycznych. Jednak po ich opublikowaniu okazało się, że są to jedynie zbiory danych statystycznych z lat ubiegłych (Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych).

Należy jeszcze raz podkreślić, że literatura dotycząca doświadczeń zdobytych w modelu leczenia środowiskowego dorosłych jest bogata (np. Wciórka, 2000; Załuska, 2006) – czego niestety nie można stwierdzić w przypadku dzieci i młodzieży. Dodatkowo niemoc instytucji w reformowaniu systemu psychiatrii dzieci i młodzieży powoduje frustrację wśród specjalistów i ich odpływ do prywatnej opieki medycznej. Na dzień dzisiejszy niezbędne jest więc podjęcie działań mających na celu utworzenie w Polsce centrów psychiatrii dla dzieci i młodzieży na wzór funkcjonującego już w Centrum Pediatrii w Sosnowcu. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży ma wpływ na ich życie dorosłe, dlatego dbanie o nie jest strategicznym zadaniem dla całego społeczeństwa.

#### Konflikt interesów

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

#### Piśmiennictwo

- Filipiak E, Palej-Cieplińska M: Dobre praktyki w psychiatrii dzieci i młodzieży. Zastosowanie „Otwartego Dialogu” w psychiatrii środowiskowej okresu rozwojowego – doświadczenia własne. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14: 135–139.
- Hopfenbeck M: Peer-supported open dialogue. *Context* 2015; 138: 29–31.
- ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia, 2009. Available from: [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icf\\_polish\\_version\\_56a8f7984213a.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf) [cited: 31 August 2018].
- Izdebski R: Systemowa terapia rodzin na terenie domu i jej uwarunkowania. In: Rajwa E, Marynowicz S (eds.): *Współczesna rodzina: funkcjonowanie, zagrożenia, terapia*. Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli, Kraków 2002.
- Izdebski R: Zespół Leczenia Domowego dla dzieci i młodzieży – podejście systemowe. XXXVII Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich, Poznań 1992.
- Janik R, Baran D, Gmitrowicz A et al.: Psychiatria wieku rozwojowego – badanie ankietowe uczestników I Kongresu Zdrowia Psychicznego. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 166–172.
- Mahlke CI, Krämer UM, Becker T et al.: Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27: 276–281.
- Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych. Ministerstwo Zdrowia. Available from: <http://www.mpz.mz.gov.pl/> [cited: 20 August 2018].
- Modrzejewska R, Izdebski R, Markiewicz-Zajac B: Opis pracy zespołu leczenia domowego dla dzieci i młodzieży. *Postępy Psychiatr Neurol* 1994; 3: 461–463.
- Repper J, Carter T: A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011; 20: 392–411.
- 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: W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia? *Psychoterapia* 2013; 2 (165): 13–27.
- Seikkula J, Arnkil TE: Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
- Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B et al.: Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res* 2006; 16: 214–228.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J et al.: Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Hum Sci Serv* 2003; 5: 163–182.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J: The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011; 3: 192–204.
- Szaszkiewicz W, Izdebski R: Idea domu rodzinnego i jej wartość w psychoterapii. *Psychoterapia* 1998; 4 (107): 95–101.
- Uzar M, Guśtak E, Matusiak F et al.: Zmiany obrazu klinicznego zaburzeń zachowania u adolescentów hospitalizowanych psychiatrycznie w latach 1990–2015. Praca porównawcza. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 127–136.
- Wciórka J: Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Postępy Psychiatr Neurol* 2000; 9: 319–337.
- Załuska M: Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Postępy Psychiatr Neurol* 2006; 15: 277–285.