

JAK PORADZIĆ SOBIE W DOBIE COVID-19? ZASADY PRACY DLA PROFESJONALISTÓW – PSYCHOTERAPEUTÓW, PSYCHOLOGÓW, PEDAGOGÓW, SOCJOTERAPEUTÓW, SUPERWIZORÓW.

**Małgorzata Janas-Kozik^{1,2,3,4}, Marta Nowak⁵, Maciej Wilk⁶, Janusz Kitrasiewicz⁶,
Katarzyna Gwóźdź⁶, Ireneusz Jelonek^{3,4,7}, Tomasz Rowiński⁸**

1. Członek Prezydium ZG PTP
2. Pełnomocnik MZ ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży
3. Śląski Uniwersytet Medyczny Katowice, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego
4. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
5. Krakowskie Centrum Psychodynamiczne, Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych Katedry Psychiatrii i Psychoterapii SUM, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
6. Krakowskie Centrum Psychodynamiczne
7. Śląski Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
8. Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, EZRA UKSW sp. z o.o.

Wobec obecnej sytuacji – pandemii – zasadne staje się przeniesienie (w każdej możliwej sytuacji) kontaktu z pacjentami na formę on-line lub teleporad.

Zmiana ta wymaga usystematyzowania zasad i kroków podejmowanych w realizacji działań pomocowych. Stworzone zasady należy dostosowywać do wieku i możliwości emocjonalnych i poznawczych dziecka – przy czym: wiek dziecka nie oznacza jedynie wieku metrykalnego, ale określenia indywidualnych możliwości dziecka (uwzględnienia dysharmonii rozwojowej) oraz znaczenia obecnej diagnozy (ICD 10, DSM 5- jeżeli istnieje).

Opisane zasady pracy z dziećmi, młodzieżą i rodzinami są ogólnym zbiorem uwag mających zapewnić profesjonalizm oddziaływań szerokich grup świadczących pomoc (poradnictwo, psychoedukacja, psychoterapia, socjoterapia, grupy wsparcia, interwencja kryzysowa itp.). Należy pamiętać, że **każdy profesjonalista realizując pomoc posługuje się teorią wywodzącą się z określonego paradygmatu teoretycznego, w oparciu o który realizuje działania terapeutyczne lub inne formy pomocowe, dlatego warunki realizacji teleporad i wsparcia on-line mogą być inne.**

W sytuacji interwencji kryzysowych, wsparcia i/lub poradnictwa należy pamiętać o krótkoterminowym działaniu ukierunkowanym na dany cel i rozwiązanie określonej trudności.

Koordynacja oddziaływań różnych profesjonalistów pracujących z dziećmi, młodzieżą i rodzinami (lekarze psychiatry, superwizorzy, psychoterapeuci, socjoterapeuci, psychologowie, pedagodzy) oraz pozostawania w ciągłym dialogu celem budowania merytorycznych i adekwatnych kroków oddziaływań wydaje się możliwa w przestrzeni wirtualnej.


Pomoc terapeutyczną w formie on-line lub telefonicznej należy podzielić na:

- 1) skierowaną do osób, które pozostają w procesach psychoterapii i obecnie wymagają jej kontynuacji,
- 2) planowaną dla rodzin i niepełnoletnich, które wcześniej zgłaszały trudności i oczekiwały przyjęcia do terapii, a sytuacja epidemiologiczna mogła pogorszyć ich stan,
- 3) takich, gdzie wsparcie jest kierowane do rodzin, dzieci i młodzieży, które wcześniej nie wymagały wsparcia specjalistów, ale obecna sytuacja spowodowała konieczność podejmowania interwencji. Przy czym ważne jest różnicowanie, czy zgłaszane trudności wymagają oddziaływań doraźnych (psychoedukacyjnych, interwencji kryzysowej, poradnictwa) czy też wymagają oddziaływań psychoterapeutycznych.

Prezentowane zasady są zbiorem ogólnych wytycznych, jednak każda sytuacja kontaktu z pacjentem wymaga indywidualnego podejścia. W sytuacji niejasności konieczne jest poddanie pracy własnej procesowi superwizji lub konsultacjom merytorycznym (możliwość korzystania z darmowych konsultacji w oparciu o dyżury osób świadczących pomoc wolontaryjną – informacje dostępne są na stronach internetowych zrzeszających specjalistów). Zasadne jest również pamiętanie, że czasami konieczna będzie okresowa modyfikacja pracy psychoterapeutycznej na działania wspierająco-podtrzymujące. Wówczas kluczowe jest rozróżnienie na ile taka modyfikacja jest zasadna i potrzebna terapeutycznie.


WYTYCZNE DLA PSYCHOTERAPEUTÓW:
1. Faza diagnostyczna

- a) Wstępna diagnoza jest określana w rozmowie on-line/telefonicznej. W przypadku pacjentów dziecięcych można porzucić na rozmowie z rodzicami/opiekunami prawnymi, w przypadku pacjentów nastoletnich konieczny jest udział w konsultacji adolescenta. Konsultacje diagnostyczne mogą trwać więcej niż jedno spotkanie - ważne - żeby specjalista, na ile to możliwe w warunkach wirtualnych (lub teleporad), dokładnie określił kontekst zgłoszenia i wstępną diagnozę, co umożliwi dobór jak najlepszej strategii terapeutycznej. Należy uwzględnić, że kontakt on-line czy w formie teleporad zakłada pewne ograniczenia diagnostyczne- np. w obszarze zaburzeń jedzenia (Anorexia Nervosa) czy otwartości pacjenta (wobec obecności np. samouszkodzeń). Uwzględniając te aspekty, ważne jest, aby włączyć rodzica/ opiekuna w kontrolę zgłaszanych objawów i pozostawać w dialogu z osobami realizującymi pomoc (np. psychoterapeuta- lekarz psychiatra). Wówczas aktywność opiekuna będzie polegać na kontroli dziecka/ adolescenta w obszarze np. jakości i ilości jedzenia, pomiarów masy ciała i ich konsultacji ze specjalistą lub kontroli pacjenta pod kątem powstrzymywania się przed samouszkodzeniami (np. obserwacji za zgodą pacjenta jego ciała pod kątem obecności samouszkodzeń). W kolejnych krokach, ustalone zostaje z rodzicami/opiekunami prawnymi włączenie rodziców (w sytuacji czasowej/szczegółowej -pandemia) w aktywność kontrolującą i przekazywanie podczas kontaktu ze specjalistami informacji dotyczących ustalonych wcześniej kwestii- celem zapewnienia ochrony zdrowia pacjenta. Kluczowe jest, aby specjalista otrzymujący informacje, w sytuacji braku możliwości merytorycznego oceny sytuacji (np. brak współpracy

rodziny/pacjenta, trudności w jakości kontaktu „teleinformatycznego”) pamiętać o nadrzędnej zasadzie dbania o zdrowie i życie pacjenta- wówczas kierował na konsultację lekarską i/lub izbę przyjęć w oparciu o zachowanie kroków, czyli kontakt telefoniczny z lekarzem prowadzącym lub dyżurnym. Należy również uwzględnić i dookreślić obserwowane w etapie diagnozy ograniczenia wobec realizowanej poprzez systemy teleinformatyczne pomocy i przekazać je pacjentowi i rodzicom/opiekunom prawnym. Wszystkie niespecyficzne trudności pojawiające się na etapie diagnozy mają być uwzględniane w zasadach określających jakość i formę świadczonej pomocy oraz w sytuacjach niejasności poddawane superwizji lub konsultacjom merytorycznym.

- b)** W trakcie wstępnej diagnozy kluczowe jest rozróżnienie, czy zgłaszany problem jest wynikiem aktualnego kryzysu (związanego np. z koniecznością pozostawania w domu), a co obrazuje obecność problemów trwających od dłuższego czasu, które jedynie nasiliły się w związku z obecnymi zmianami związanymi z pandemią oraz czy problem jest względnie niezależny od sytuacji epidemiologicznej. Adekwatne opisanie problematyki pacjenta i kontekstu zgłoszenia pozwoli dobrać odpowiedni typ leczenia i może wiązać się z perspektywą długości jego trwania.
- c) Wywiad diagnostyczny** przeprowadzany za pomocą systemów teleinformatycznych nie powinien różnić się od stosowanego zazwyczaj przez terapeutę, w obrębie określonego podejścia terapeutycznego. Jeśli oddziaływania psychoterapeutyczne są zasadne i możliwe do prowadzenia w formule teleporad lub sesji on-line to po wstępnym rozeznaniu zgłaszanego problemu specjalista określa i wprowadza do dokumentacji medycznej następujące informacje:
- 1) wywiad rozwojowy, w którym określa się kluczowe momenty: narodziny, funkcjonowanie w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym z uwzględnieniem specyficznych/indywidualnych reakcji dziecka na krytyczne z punktu rozwojowego momenty – np. zdolność do samo uspokajania się, zdolność do przyjmowania „ukojenia” przez opiekuna;
 - 2) jakość funkcjonowania w niemowlęctwie – równowaga pomiędzy okresami czuwania i odpoczynku/snu;
 - 3) jakie emocje opiekunów dominowały wobec aktywności dziecka;
 - 4) przebieg treningu czystości (współpraca dziecka czy opór);
 - 5) reakcje na stawianie oczekiwań oraz reakcje emocjonalne opiekunów w tym okresie, wpływające na rozwijającą się więź i jakość tworzonej i rozwijanej relacji;
 - 6) reakcje na pierwsze separacje np. reakcje na pozostawanie z opiekunem innym niż matka/ojciec, pierwsze pójście do przedszkola, pierwsze samodzielne wyjazdy na „zielone szkoły”, kolonie, stosunek do samodzielnego spania, posiadanie obiektu przejściowego np. wybranej ważnej emocjonalnie zabawki;
 - 7) jakość relacji z rówieśnikami- np. reakcje na nawiązywanie nowych relacji, zdolność do integracji z grupą lub trudności/ograniczenia, zdolność do przestrzegania zasad grupowych lub trudności/ograniczenia, zdolność do rozumienia nie wyrażanych wprost, ale obowiązujących zasad relacji społecznych lub ich brak/ograniczenia (np. dosłowność, konkretyzm w przypadku diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu), stosunek do podejmowania prorozwojowej rywalizacji rówieśniczej- umiejętność uznania wartości innych i zdolność do tolerowania frustracji/porażek.

- 8) sposób funkcjonowania w zabawie dowolnej (zdolność do wyobrażania sobie lub nadmierny konkretyzm mogący wskazywać na ograniczenia w zdolności do mentalizacji i psychologizacji adekwatnej dla wieku); sposób zabawy dowolnej lub konkretnej z opiekunem (stosunek emocjonalny rodzica/opiekuna prawnego do uczestnictwa w aktywności oraz opis reakcji dziecka) może być cenną informacją ewentualnego wpływu emocji rodzica/opiekuna prawnego względem jakości i typu powstającej w toku rozwoju wzajemnej więzi i relacji. Ta informacja może być cenna diagnostycznie w sytuacji konieczności różnicowania dominacji wpływu na zgłaszaną trudność czynnika emocjonalnego lub biologicznego, co będzie pomocne w określeniu formy pomocy (z uwzględnieniem rozróżnienia wobec obecnego czynnika epidemiologicznego); obecność zdarzeń mogących wpływać na rozwój dziecka/adolescenta (np. choroba, hospitalizacja jego lub członków rodziny);
- 9) obecność trudności emocjonalnych opiekunów (badanie jakości relacji rodzinnych i ich ewentualnego wpływu na rozwój i funkcjonowanie dziecka/adolescenta);
- 10) historia więzi rodzinnych;
- 11) historia funkcjonowania społecznego, poziom intelektualny, jakość/dojrzałość i siła mechanizmów funkcjonowania i radzenia sobie.
- 12) W przypadku konsultacji adolescenta, również uwzględniamy wywiad rozwojowy, dający informację o kluczowych momentach w toku rozwoju adolescenta oraz jego reakcjach emocjonalnych na te etapy rozwojowe. Ważne jest, aby pamiętać w konsultacji z adolescentem, że spotkanie w formie telefonicznej lub on-line zakłada te same zasady, co spotkanie osobiste w gabinecie, należy uwzględniać zarówno specyfikę okresu rozwojowego adolescenta- w tym borykania się z dylematami separacyjnymi od rodziny- budowania własnej odrębnej tożsamości i „łączenia” jej z więzami i regułami funkcjonowania rodziny (uwzględniamy obecność u adolescenta np. ambivalencji emocjonalnej, jak i tendencji do chwiejności emocjonalnej- różnicując normę rozwojową od psychopatologii).

Dyskusja nad celami i wspólne budowanie rozumienia problemów są ważnym elementem diagnozy, wspierającym przymierze terapeutyczne i budującym motywację pacjenta oraz rodzin do wspierania procesu terapii lub innej formy świadczonej pomocy.

Należy uwzględnić ewentualne trudności, które mogą utrudniać kontakt i wpływać na pełne zrozumienie przekazywanych informacji- ta informacja wydaje się być ważna podczas kontaktu z osobami poszukującymi pomocy. Kluczowe jest adekwatne dobranie formy pomocy i określenie możliwości realizacji/ lub ewentualnych ograniczeń wobec ustanawianych celów (w tym uwzględnienie ewentualnych trudności technicznych, niezależnych od osoby świadczącej pomoc/ pacjenta i rodziny/opiekuna prawnego np. przypadkowe nieprzewidziane trudności techniczne, które mogą zaburzyć kontakt w postaci korzystania z pomocy przy użyciu systemów teleinformatycznych- a tym samym pozbawić specjalistę realizującego pomoc, możliwości realizacji ustalonej formy pomocy w sposób w pełni ustalony z kontraktem - dotyczy sytuacji zewnętrznych, niezależnych od wpływu osoby świadczącej pomoc i osób korzystających z pomocy - np. przeciążenia łączy, trudność w komunikacji. Wówczas zawsze osoba świadcząca pomoc podejmuje aktywność dającą możliwość na nawiązanie kontaktu w innej formie, np. kontaktu poprzez teleporadę (jeżeli jest dostępna taka możliwość), celem dokończenia realizacji świadczonej pomocy.

- d)** Punktem wyjścia powinien być aktualny kryzys, w którym specjalista rozumiejąc kontekst zgłoszenia może prowadzić wsparcie by możliwe było jak najbardziej adaptacyjne funkcjonowanie rodziców oraz dziecka/nastolatka w warunkach kryzysu. Praca z rodziną wymagająca dłuższej interwencji i bardziej intensywnej pracy w bezpośrednim kontakcie wymaga rozważenia, czy nie powinna być odłożona na późniejszy etap. Każdorazowo należy uwzględniać kontekst zgłoszenia oraz możliwości i/lub ograniczenia w proponowanych formach oddziaływań. Psychoedukacja rodziców/opiekunów prawnych w obszarze rozwijania ich zdolności do własnej kontroli może w tej sytuacji być niezbędna, ponieważ ta umiejętność rodziców jest powiązana z jakością relacji z dzieckiem/adolescentem. Szczególnie dotyczy to długotrwałej izolacji.
- e)** **W obecnej sytuacji specjalista powinien najpierw uwzględnić kontekst społeczny i związany z nim kryzys w rodzinie. W dalszej kolejności powinno pracować się nad zdrowieniem w przypadku głębszych zaburzeń z jasnym określeniem celów, zasad oraz formy pracy.**
- f)** W chwili zawierania kontraktu terapeutycznego i/lub zmiany formuły pracy na korzystanie z systemów tele-informacyjnych należy wskazywać na powrót do kontaktu w postaci „spotkań osobistych w miejscach realizacji określonych działań pomocowo-leczniczych”. W każdej możliwej sytuacji (opartej o rekomendacje dotyczące kontaktu osobistego) – profesjonalista zobowiązany jest do odnoszenia się do realizacji czynności w oparciu o analizę aktualizowanych rekomendacji, celem zachowania największej możliwej merytoryki i profesjonalności realizowanej pracy/pomocy.

2. Zasady związane ze specyfiką w pracy z dziećmi/nastolatkami on-line, teleporad.

Zasady ogólne obejmujące rekomendacje wobec zasad świadczenia usług w formie on-line lub teleporad pozostają dostępne dla wszystkich i są zasadami, które determinują kierunek dialogu pomiędzy specjalistami (np.: www.gov.pl/web/rpp/poradniki-dla-pacjentow-oraz-lekarzy-dotyczace-zasad-korzystania-z-teleporad).



Uwzględnienie wszelkich rekomendacji i pozostawanie w dialogu z wieloma specjalistami, w tym pracującymi z dziećmi i młodzieżą, są podstawą.

- a)** Przed rozpoczęciem sesji specjalista powinien sprawdzić stan techniczny komputera, w tym testy obrazu oraz dźwięku (standardowe testy). Rodzina/opiekunowie prawni powinni być poproszeni o to samo.
- b)** Pacjent (czy będzie nim dziecko, dziecko z rodzicem, rodzic czy nastolatek) musi mieć zapewnioną prywatność kontaktu z terapeutą. Dlatego wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi powinny zostać określone granice i warunki udzielanego wsparcia. Żadne osoby nie biorące udziału w sesji nie mogą jej słuchać czy oglądać. Rodzice oraz adolescenty (powyżej 16 r.ż. obowiązkowo) powinni zadeklarować w obecności terapeuty, że uszanują tę zasadę.
- c)** **Specjalista powinien mieć bezpośredni kontakt telefoniczny z rodzicem/opiekunem prawnym w razie potrzeby interwencji wobec ryzyka obecności zachowań zagrażających/ryzykownych niepełnoletniego** (punkt opracowany w dalszej części opisanych procedur).

- d) W przypadku pracy on-line kamera, mikrofon i głośnik powinny być ustawione tak, by terapeuta mógł swobodnie porozumiewać się z pacjentem i vice versa. Zaleca się, aby korzystać z systemów telekomunikacji, które sprawnie funkcjonują przy mniejszej przepustowości łączы internetowych. Specjalista nie może być pewien jak działa transmisja danych w danym momencie prowadzenia sesji online. W przypadku trudności z łączem internetowym w trakcie sesji specjalista może kontynuować dalszą rozmowę przez telefon.
- e) Z pomieszczenia należy usunąć niepożądane dystraktory- powinno mieć ono charakter jak najbardziej neutralny. Ważne, żeby pacjent i rodzice/opiekunowie prawni zadeklarowali, że zapewnią warunki umożliwiające skupienie się na kontakcie z terapeutą (zwierzęta domowe powinny pozostawać w innym pomieszczeniu na czas trwania sesji, pacjent/rodzina mają się zobowiązać do niekorzystania w trakcie trwania sesji z wszelkich form innych komunikatorów, odbierania wiadomości sms, e-mail itp.).
- f) W pomieszczeniu powinny znajdować się rzeczy potrzebne terapii do pracy (np. kartki, kredki, zabawki itp.). Na początku kontraktu terapeutycznego, specjalista powinien ustalić z rodzicami lub adolescentem stronę techniczną sesji on-line, (dostępność do potrzebnych materiałów). Warto jednocześnie, żeby terapeuta był przygotowany do elastycznej zmiany scenariusza spotkania i posiadał wybór innych alternatywnych form aktywności (np. „struktur psychologicznych”, propozycji zabaw czy interaktywnych gier) na wypadek, gdyby dziecko lub adolescent nie miał przy sobie materiałów i/lub rodzina nie była w stanie zapewnić tej dostępności. Kluczowa jest dojrzałość i elastyczność terapeuty/osoby dającej wsparcie/interwencję kryzysową do dostosowania swoich aktywności wobec dostępności możliwych materiałów do pracy z dzieckiem/adolescentem. Należy pamiętać o potrzebie chwili i możliwych ograniczeniach oraz jasnym i precyzyjnym przekazaniu ich pacjentom/ rodzicom/opiekunom prawnym.
- g) Osoba świadcząca pomoc dba o stałość realizacji działań ustalonych w kontrakcie, jednak dzień i godzina sesji może być uzależniona od możliwości lokalowych i harmonogramu innych aktywności (np. godzin zajęć lekcyjnych, pracy rodziców/opiekunów prawnych). Terapeuta każdorazowo dba o utrzymanie współpracy i ramy terapeutycznej (w oparciu o odwoływanie się do kontraktu i uwzględnianiu zasadności ewentualnych zmian). Ewentualne wątpliwości poddaje superwizji. Należy różnicować, kiedy sytuacja związana z pandemią i np. warunkami lokalowymi oraz harmonogramem różnych aktywności wymaga zmiany terminu sesji, a kiedy staje się pretekstem do odroczenia możliwości zachowania ciągłości kontaktu (wówczas konieczna jest psychoterapeutyczna praca z oporem). Ważne dla osób świadczących pomoc w postaci interwencji kryzysowej/ poradnictwa, psychoedukacji - osoba świadcząca pomoc (nie terapeutyczną) powinna pozostawać elastyczna wobec możliwości pacjenta, rodziców/opiekunów do pozyskiwania pomocy w postaci dostępności do zaczerpnienia pomocy.

3. Rola psychoedukacji w stanie zagrożenia epidemiologicznego!

Psychoedukacja odgrywa kluczową rolę w pracy z rodzicami/opiekunami prawnymi, która może mieć wpływ na zmniejszenie nasilenia objawów kryzysu u dziecka lub nastolatka. Warto wyjaśniać rodzicom prawdopodobne przyczyny niepokojących objawów, tak by opiekun rozumiejąc na co dziecko reaguje mógł bardziej adekwatnie kontrolować stresujące sytuacje mogące mieć wpływ na dziecko. Szersze aspekty roli psychoedukacji zostały opublikowane we wcześniejszych rekomendacjach pracy z dziećmi i młodzieżą (https://static2.medforum.pl/upload/file/klienci/ptp/2020_coronavirus/Rekomendacje_PTP_Wskazowki_dla_rodzicow_w_dobieCOVID19.pdf)



Istotną rolę będzie grało omówienie z rodzicami rytmu dnia dziecka i pomocy w ustaleniu jak najbardziej optymalnego planu dnia (optymalnego zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców/ opiekunów), a następnie omawianie, jak ten ustalony plan dnia jest przyjęty przez dziecko oraz czy i jakie rodzic ma trudności z jego wprowadzeniem. Wprowadzenie jasnego i stałego planu dnia będzie miało dla dziecka/ adolescenta wartość strukturującą, a poprzez swoją powtarzalność uspokajającą dającą oparcie. **Staość jest jednym z najbardziej istotnych źródeł poczucia bezpieczeństwa i wprowadzanie nowych, ale powtarzalnych rytmów dnia będzie obniżać poziom lęku u dziecka.** W obecnej sytuacji należy pamiętać, że pomimo potrzeby stabilności, mogą pojawiać się sytuacje, w których rytmy i aktywności w ciągu dnia mogą zostać zmienione lub zaburzone przez nagłe zdarzenia. Kluczowe wówczas jest edukowanie rodziców wobec konieczności jasnego i precyzyjnego omawiania zasadności zmian w strukturze/planie dnia z uwzględnieniem zrozumienia dla pojawiających się w dzieciach/adolescentach emocji oraz pozostania w postawie otwartości dla ich omówienia i wyjaśnienia, a następnie skorzystania z konsultacji z profesjonalistą celem omówienia zasadności działań i/lub poradzenia sobie z własnymi wątpliwościami i określenia kierunków postępowania – zarówno w obszarze radzenia sobie z własnymi emocjami, jak i w sposobach kontroli nad emocjami i reakcjami dziecka/ adolescenta. Pracując w oparciu o budowanie stabilizacji, należy uwzględnić potrzeby każdego z członków z rodziny – podkreślić odpowiedzialność i dojrzałość rodziców/opiekunów względem dzieci/adolescentów, pamiętając równocześnie o zrozumieniu dla potrzeb i emocji rodziców/opiekunów prawnych. Ważne, aby podkreślać zdrowe funkcjonowanie rodziny obejmujące czas spędzany wspólnie, ale też poszanowanie potrzeby prywatności każdego z członków rodziny. W sytuacji dostosowania się do obecnej sytuacji (pandemii) dbanie o wzmacnianie w dziecku/adolescencie umiejętności do pozostawania odpowiedzialnym za realizowanie samodzielnie adekwatnych dla wieku czynności – tym samym rozwijamy kompetencje samodzielności, zaradności, zdolności do tolerowania frustracji.

Zasadne jest aby wzmacniać zasoby rodziny – odwoływać się do momentów ich wzajemności w dawaniu sobie wsparcia, momentów kryzysu, w którym każda rodzina kiedyś się znajdowała (bez wartościowania powagi tego kryzysu, gdyż każda rodzina własne trudności przeżywa w sposób indywidualny). Dobrze jest odnosić się do sposobów radzenia sobie rodziny w różnych trudnych sytuacjach oraz rozwijać ich zakres i zdolność do korzystania z nich. Należy wzmacniać spójność rodziny, pracować nad zdolnościami adaptacyjnymi wobec zmieniających się sytuacji, podkreślać potrzebę elastyczności w działaniu, wzmacniać więź, pomagać w organizacji wzajemnego funkcjonowania, pracować nad jakością komunikacji interpersonalnej, rozwijać sposoby radzenia sobie z kryzysem i stresem.

Odwołując się do poprzednich rekomendacji (https://static2.medforum.pl/upload/file/klienci/ptp/2020_coronavirus/Rekomendacje_PTP_Wskazowki_dla_rodzicow_w_dobieCOVID19.pdf) należy mieć na uwadze, że w tym czasie, **nawet w rodzinach, w których do tej pory nie występowały trudne emocje i kryzysy we wzajemnych relacjach, w obecnym czasie, naturalne jest aktywizowanie się napięć emocjonalnych mogących generować konflikty.** Edukacja i wskazywanie na możliwości pozyskiwania pomocy on-line lub w postaci teleporad celem poradzenia sobie z obecnymi emocjami mogącymi generować napięcie jest jak najbardziej wskazana i uzasadniona.



Edukowanie powinno obejmować również obszar informacji dotyczących COVID-19- merytorycznie, ale uspokajająco wskazywać na zasadność stosowania środków ochrony i przestrzegania rekomendowanych ograniczeń. Rolą specjalistów jest szeroko rozumiane psycho-pardnictwo i wsparcie wobec konterowania trudnych pojawiających się w pacjentach i rodzinach emocji.

Kluczowa jest dostępność profesjonalistów dla rodziców/opiekunów dzieci/nastolatków. Pozostawanie w postawie zrozumienia (nie oceniania) ich trudnych, doświadczanych obecnie emocji. Rolą profesjonalisty jest pomoc w nazwaniu i przejęciu kontroli nad sposobem wyrażenia wzajemnych i dominujących w relacjach rodzinnych emocji (zwłaszcza tych, które są trudne do zrozumienia, nazwania i wyrażenia wprost przez członków rodziny) oraz pomoc w znalezieniu pomocy wobec możliwości aktywizowania zmiany we wzajemnych relacjach (rozwój zdolności do wyrażania wzajemnych emocji/potrzeb/ oczekiwań).

Należy podkreślać ważność wzajemnej rozmowy w rodzinie, zwłaszcza w sytuacji utraty panowania nad emocjami. Profesjonalista powinien odnosić się do otwartości rodziców/ opiekunów prawnych na omówienie z dzieckiem własnych refleksji wobec ewentualnej utraty panowania nad sobą przez rodzica/ opiekuna. Otwartość i zdolność rodziców/opiekunów do powiedzenia np. „przepraszam, tak nie powinno się wydarzyć, powiem Ci dlaczego tak zrobiłem i postaram się kolejnym razem nie zrobić tego, jesteś ważny, wiem, że się bałeś” może być bardzo ważne i budujące bliskość, pokazując zdolność opiekuna/ rodzica do bycia bezpiecznym obiektem dającym bezpieczną i ufną więź nawet pomimo obecności konfliktów.

Ważna jest również **psychoedukacja rodziców/ opiekunów wobec etapu rozwojowego ich dziecka.** Opisanie dynamiki i specyfiki rozwoju dzieci i adolescentów celem zyskiwania przez nich możliwości lepszego rozumienia emocji towarzyszących obecnemu etapowi rozwoju oraz intensyfikacji niespecyficznych reakcji emocjonalnych wobec obecnej sytuacji epidemiologicznej.

Należy zauważyć, iż dzieci i młodzież pozostając w naturalnej zależności emocjonalnej od opiekunów mogą odczuwać ich doświadczane napięcia emocjonalne i swoim zachowaniem mogą nieświadomie prowokować do konfliktów, negowania zasad, negowania wzajemnej więzi, wyrażać złość i niestabilność emocjonalną. Edukowanie rodziców i opiekunów wobec obecności tego zjawiska, daje im tym samym dojrzałość do nieulegania nieświadomym prowokacjom i pozostawania w postawie konsekwencji, stałości, opiekuńczości z pełnym rozumieniem tego procesu. W miarę możliwości w kontakcie z dzieckiem i/ lub adolescentem należy również dawać przestrzeń do opracowywania nieświadomych prowokacji jako rozładowywania lęku lub np. poszukiwania uwagi oraz nieświadomego stawiania rodzica/opiekuna przed „testem” bycia w bezpiecznej więzi/relacji.

W pracy z dziećmi i młodzieżą oraz rodzinami dobrze jest wprowadzić wszelkie techniki terapeutyczne, wzmacnianie pozytywnych zachowań, konsekwencja, rozwój zdolności interpersonalnych, rozwój zdolności komunikacji i werbalizowania emocji, zdolność do relaksacji, rozwój zainteresowań, podkreślenie ważności edukacji itp. Budować systemy rozwijania i wzmacniania prorozwojowych kompetencji społecznych i emocjonalnych w tym szczególnym czasie.

1. FORMY PRACY Z PACJENTAMI NIEPEŁNOLETNIMI

a. Praca wyłącznie z rodzicem/opiekunem.



Jeżeli w fazie diagnostycznej doszliśmy do wniosku, że podstawowym problemem jest reakcja na kryzys związany z pandemią, to praca głównie z rodzicami jest priorytetem w udzielaniu wsparcia. W związku z COVID-19 doszło do różnych zmian – zamknięcie przedszkoli i szkół, konieczność pozostawiania cały dzień w domu i konieczność nauki w domu, utrata kontaktu z rówieśnikami i destabilizacja ustalonych schematów dnia, wzrost niepewności rodziców/opiekunów w związku z nieznanym rozwojem sytuacji, wzrost lęku rodziców o spadek dochodu itd. Ta destabilizacja rytmu życia szkolno/zawodowo/domowego może wywoływać znaczny poziom lęku i napięcie w wielu rodzinach.

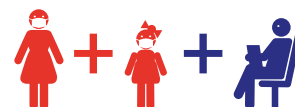
Jeśli tego rodzaju kryzys diagnozujemy jako podstawowy w wywoływaniu niepokojących objawów u dziecka, wówczas sesje psychoedukacji z rodzicami/opiekunami prawnymi mogą być wystarczające by niwelować negatywne objawy dziecka. Wówczas rola specjalisty sprowadzałaby się do dwóch wymiarów: psychoedukacyjnej oraz roli „kontenerowania” emocji rodzica/opiekuna prawnego, który jest w poruszeniu emocjonalnym lub w niepokoju z różnych powodów. Specjalista stwarzając możliwość omówienia z rodzicami/opiekunami prawnymi swoich problemów z dzieckiem, bycia wysłuchanym, uzyskania zrozumienia i sugestii, a czasami nazwania swoich uczuć, będzie przyczyniał się do deeskalacji kryzysu psychicznego i wspierał stabilizację systemu rodzinnego.

b. Kontakt indywidualny z dzieckiem.



Kontakt bezpośredni z dzieckiem jest możliwy pod warunkiem istnienia możliwości poznawczych i emocjonalnych oraz wystarczającego poziomu zdolności werbalizacji swoich emocji i myśli przez dziecko. W tej formie ważne i zasadne jest, by po wstępnych konsultacjach i diagnozie problemu dać rodzicom/opiekunom informacje zwrotne i sugestie, jakie oddziaływania mogliby zastosować w domu. Podczas spotkania z dzieckiem zaleca się wykorzystanie dostępnych rzeczy w domu – np. kredki, papier, zabawki (w miarę możliwości pozostawienia dziecka samego w pokoju). Jeżeli specjalista stwierdzi, że jest to dobre i możliwe w ramach pracy on-line proponuje zabawę/aktywność ukierunkowaną na pracę z określoną trudnością. W razie potrzeby wprowadza „struktury psychologiczne” dające możliwość pracy w obszarze doświadczanych emocji – np. psychodrama, psychorysunek, karty pracy dotyczące rozwijania świadomości emocjonalnej i umiejętności radzenia sobie. Przy czym terapeuta powinien mieć przygotowany pakiet struktur psychologicznych dobranych do kierunku podejmowanej z dzieckiem pracy. Pracujemy nad zyskiwaniem zrozumienia doświadczanych przez dziecko emocji oraz nadajemy kierunki i sposoby wyrażania ich i radzenia sobie. Należy pamiętać o stosowaniu podczas rozmowy z dzieckiem adekwatnego i zrozumiałego dla dziecka języka (uwzględnienie wieku, dojrzałości emocjonalnej i poznawczej). Ważne, aby pamiętać również o wartości towarzyszenia dziecku w zabawie dowolnej, zaproponowanej przez dziecko- może to być forma dająca wiele cennych informacji o potrzebach i emocjach dziecka- wówczas terapeuta podejmuje pracę w obszarze nazywania niezrozumiałych dla dziecka emocji i myśli, pomagając poradzić sobie z nimi.

c. Praca nad relacją opiekun-dziecko przy aktywnym uczestnictwie terapeuty.



Ta forma pracy powinna być stosowana w sytuacjach, w których dzieci nie będą w stanie lub nie mają temu warunków w kontakcie indywidualnym z terapeutą. Po wstępnej diagnozie i jej omówieniu z rodzicem/opiekunem prawnym, w trakcie sesji jest on proszony o podjęcie zabawy dowolnej lub zasugerowanej przez terapeutę, adekwatnej do zdiagnozowanego problemu aktywności (np. wspólna gra, wspólne rysowanie, nakłonienie przez opiekuna do poukładania/posprzątania rzeczy, wspólna rozmowa, wspólna zabawa w nazywanie emocji i łączenie ich z sytuacjami).

Rolą terapeuty jest obserwacja interakcji opiekun – dziecko celem zobaczenia, w których momentach w interakcji pojawiają się trudności i co je generuje, na jakie sytuacje i emocje prezentowane przez opiekuna reaguje dziecko i zamiennie na jakie emocje i reakcje dziecka reaguje opiekun (np. stawianie granic, stawianie oczekiwań, nadmierna uległość, nadmierna lękowa postawa opiekuna, trudność w kontroli emocji opiekuna, impulsywność, tendencja do nieświadomego wycofywania się z kontaktu emocjonalnego z dzieckiem, nadmiernie surowa/krytyczna postawa, nieprzeżywalność w reakcjach zaburzająca poczucie bezpieczeństwa itp.).

Celem tych obserwacji jest zdiagnozowanie nieświadomych wzorców emocji i zachowań aktywnych we wzajemnych relacjach. Wówczas, pozostając w kontakcie on-line podejmujemy interwencje nazwania emocji, które obserwujemy, celem zyskania przez opiekuna i dziecko świadomości wpływu tych emocji na ich wzajemną interakcję.

Na koniec spotkania zasadne jest omówienie z samym opiekunem/rodzicem rozumienia dynamiki obserwowanej interakcji między nim a dzieckiem, dostarczenie informacji zwrotnych co do wpływu obserwowanych emocji na reakcje dziecka i opiekuna. Ta perspektywa daje możliwość rodzicowi/opiekunowi obserwacji swoich reakcji emocjonalno-poznawczych, możliwość ich refleksowania (zamiennie do odreagowań) celem możliwości lepszej kontroli i modyfikacji własnych zachowań w interakcji z dzieckiem.

W kolejnym kroku ważne jest danie przestrzeni dziecku by mogło podczas spotkania wyrazić niezrozumiałe (nieświadome dla siebie) emocje odczuwane wobec opiekuna/rodzica (jeżeli dziecko ma trudność, wówczas budujemy hipotezy pomagając dziecku nazwać i zrozumieć odczuwane myśli i emocje, również należy pomagać i towarzyszyć dziecku w nazywaniu tego, co może czuć i czego może oczekiwać w kontakcie z opiekunem). Następnie prosimy opiekuna/rodzica, aby odpowiedział na wyrażone przez dziecko emocje/oczekiwania/obawy celem rozwoju budowania ufnej więzi. W tej formule towarzyszymy dziecku i opiekunowi w ich wzajemnej relacji pomagając omówić wzajemne, niewyrażone dotąd wprost emocje.

Ważne wydaje się pozostawanie w pozycji neutralnej – nieocenianie rodzica, dawanie zrozumienia dla odczuwanych przez niego emocji względem dziecka, np. okresowej irytacji, zmęczenia, okresowej niechęci do kontaktu. Wówczas edukujemy rodzica/opiekuna, pomagamy mu w zyskaniu świadomości tych emocji i dyskutujemy nad możliwymi sposobami poradzenia sobie z nimi i zmiany własnych reakcji.

d. Praca nad relacją opiekun-dziecko przy pasywnym uczestnictwie terapeuty i osobnych konsultacjach terapeutycznych z rodzicem.



Propozycja ta stanowi pewną modyfikację propozycji wcześniejszej.

Po etapie diagnostycznym, jeśli decydujemy się na pracę z diadą rodzic-dziecko, podobnie jak w poprzednim podpunkcie prosimy rodzica o zabawę z dzieckiem, którą my obserwujemy poprzez kamerę internetową. W zależności od diagnozy, możemy już w pierwszych sesjach poddać propozycję zabawy dobraną do problemu zgłaszanego przez rodzica lub poprosić o swobodną zabawę typową dla danego rodzica i dziecka. W trakcie obserwacji zabawy psychoterapeuta pozostaje milczący, jedynie przyglądając się temu co dzieje się w zabawie i w relacji rodzica/opiekuna z dzieckiem, rejestrując różne wyłaniające się sposoby rozumienia tego co zachodzi. Dopiero po sesji zabawy, być może w drugiej części danej godziny, a może dopiero w kolejnym, ustalonym z rodzicem/opiekunem spotkaniu, terapeuta omawia z rodzicem swoje rozumienie zabawy i interakcji rodzica/opiekuna z dzieckiem i propozycję zabawy na kolejną sesję. Oczywiście **zasada wstrzymywania się z komentarzami przez terapeutę i pozostawania w pozycji obserwatora może a nawet powinna zostać porzucona, jeśli w interakcji między dzieckiem a rodzicem/opiekunem dojdzie do znaczących i niebezpiecznych zachowań acting-out z którejkolwiek ze stron**. Wówczas terapeuta powinien reagować poprzez dyrektywną i/lub psychoedukacyjną interwencję. Wymagana jest elastyczność w zależności od zgłaszanego problemu i jego nasilenia. Mechanizm zmiany byłby wówczas oparty na kilku czynnikach:

- i. rozumieniu przez rodzica/opiekuna dynamiki interakcji między nim a dzieckiem, z którego to rozumienia mogłoby wynikać inne niż dotychczasowe rozumienie zachowań dziecka i lepsze rozumienie obecnych emocji i ich wpływu na kontakt, a następnie zaprezentowanej reakcji, w której emocje wyrażane są w sposób konstruktywny dla wzajemnej relacji. Świadomość przez rodzica/opiekuna obecnych w nim, dziecku i wzajemnej relacji emocji prowadzi do zmiany postawy opiekuna, a stąd i zmiany w dziecku;
- ii. większej możliwości obserwowania przez rodzica swoich reakcji emocjonalno-poznawczych, możliwość ich refleksjonowania zamiast odreagowywania i stąd zmiana zachowań w relacji z dzieckiem.

Przy tej formie pracy szczególnie trzeba pamiętać o konieczności monitorowania emocji opiekuna wobec kontaktu z terapeutą.

Czy obserwacja przez terapeutę i jego uwagi są przeżywane jako wspierające i uspokajające, czy jako głos „nad-rodzica” którego oczekiwania rodzic/opiekun dziecka chce spełnić, czy jako krytyczny głos wobec którego reakcją jest np. bunt, opór. Od świadomości tego zjawiska będzie zależeć możliwość przyjęcia rozumienia nadawanego przez terapeutę. Jednocześnie, pamiętając, że naszym pacjentem nadal jest przede wszystkim dziecko (pracujemy z rodzicem, żeby złagodzić problemy dziecka), możemy próbować łagodzić emocje rodzica/opiekuna poprzez umożliwienie mu współtworzenia różnych rodzajów rozumienia problemów dziecka i rozumienia procesów zachodzących w interakcji rodzic-dziecko oraz poprzez jak najszerze wyjaśnianie skąd terapeuta wyciąga wnioski (np. z jakich konkretnie fragmentów zabawy). Stawiamy nacisk na psychoedukację rodziców/opiekunów.

2. FORMY PRACY Z PACJENTAMI MŁODZIEŻOWYMI

W tym kontakcie również rozróżniamy rodzaj kontaktu wobec zgłaszanych potrzeb: psychoterapia/ kontakt wspierająco-podtrzymujący/ psychoedukacja/ interwencja kryzysowa/ rozwój umiejętności społecznych.

W kontakcie z adolescentami prosimy rodziców podczas konsultacji o zapewnienie dziecku przestrzeni i prywatności na czas spotkania. Ważne jest wyrażenie przez opiekuna/rodzica jasnej deklaracji. Zasady terapii pozostają takie same jak kontakcie w gabinecie z uwzględnieniem dania rodzicom możliwości do wnoszenia ewentualnych pojawiających się trudności i podjęcia oddziaływań psychoedukacyjnych względem rodziców (jak mają rozumieć trudności i jak mogą sobie z nimi radzić). **Ważne, żeby adolescent zawsze wiedział o momencie kontaktowania się rodzica/opiekuna z nami i omawianie z adolescentem wnoszonych przez opiekunów trudności (jasność i transparentność kontaktu adolescent-terapeuta-rodzic/opiekun).** Rozważamy możliwość uczestnictwa i towarzyszenia adolescentowi w kontakcie i rozmowie z rodzicem/opiekunem, jeżeli jest taka konieczność wobec opracowania trudnych wzajemnych emocji. Pozostajemy wówczas w pozycji neutralnej, będąc jedynie osobami towarzyszącymi i pomagającymi wyrazić wzajemne emocje i potrzeby oraz ustanowić możliwości radzenia sobie z trudnościami we wzajemnym kontakcie. Pamiętamy o specyfice dynamiki funkcjonowania w tym okresie rozwojowym i rozróżniamy, które przejawy chwiejności emocjonalnej są normą rozwojową, a które są obszarem wymagającym podjęcia pracy terapeutycznej. **W kontakcie z nastolatkami pamiętamy też o aspektach edukowania ich wobec obecności np. tendencji do podejmowania niebezpiecznych zachowań.**

3. INTERWENCJE W SYTUACJI NIEBEZPIECZEŃSTWA OBECNOŚCI ZACHOWAŃ ACTING-OUT PODCZAS SESJI:

Ważną zasadą ustalaną w kontrakcie wobec możliwości realizacji psychoterapii on-line jest zapewnienie przez rodzica/opiekuna jego obecności w domu lub dostępności w kontakcie telefonicznym. Dotyczy to zarówno dziecka, np. gdyby się przypadkiem przewróciło lub np. uderzyło, ale też adolescenta np. gdyby odszedł od komputera lub zgłaszał myśli i/lub tendencje suicydalne lub tendencje do autoagresji lub prezentował acting-out w postaci niszczenia przedmiotów. Wówczas w kontrakcie zawarte musi być natychmiastowe nawiązanie kontaktu telefonicznego z opiekunem/rodzicem celem wejścia do pokoju i pod nadzorem terapeuty podjęcia zachowań mających na celu uzyskanie kontroli nad zachowaniem dziecka i/lub adolescenta (dobrze, żeby opiekun zadeklarował swoją dostępność w czasie trwania spotkania). Adolescent ma wyrazić świadomą zgodę na kontrolę swoich reakcji, pozostawanie w kontakcie oraz wyrazić zgodę na kontakt telefoniczny z rodzicem/opiekunem w sytuacji obecności zachowań acting-out. Staramy się wspierać rodzica/opiekuna w przejmowaniu kontroli wobec prezentowanych zachowań pacjenta, ewentualnie dajemy zalecenia, np. konsultacji z lekarzem psychiatrą. W chwili obecności takich zachowań zawsze podejmujemy rozmowę psychoedukacyjną z rodzicem/opiekunem celem omówienia rozumienia etiologii prezentowanego zachowania. W kontakcie terapeutycznym lub też wspierającym/interwencyjnym w kolejnym spotkaniu (tak jak w terapii) omawiamy z pacjentem rozumienie obecności zachowań „acting-out”.

W sytuacji obecności szeroko rozumianych zachowań acting-out staramy się stworzyć z adolescentem sposoby kontroli i odraczania realizacji zachowań acting-out (np. prowadzenie pamiętnika, spisywanie emocji trudnych, targanie kartek, skłanianie do realizacji rysunku itp. – zamiennie np. do samookaleczeń; musimy być elastyczni wobec wprowadzanych technik). Należy uwzględnić w kontakcie z adolescentem i rodziną ustanowienia jasnej procedury kontroli zachowań acting out (procedura analogicznie adekwatna do stosowanej podczas sesji w kontakcie osobistym- oczekiwanie kontroli, odraczania realizacji zachowań ryzykownych, korzystania z metod pomocnych w zyskiwaniu nad nimi kontroli). **W kontakcie terapeutycznym ukierunkowujemy się na łączenie obecnych, nie zawsze zrozumiałych emocji, zyskiwanie ich świadomości i zastępowanie tendencji do autodestruktywnych odreagowań wzmacnianiem możliwości korzystania z innych alternatywnych rozwiązań, dających możliwość zyskania kontroli nad impulsywnymi reakcjami.** W kolejnym kroku omawiamy emocje pacjenta wobec jego tendencji do podejmowania niebezpiecznych zachowań wyładowczych, rozwijając w pacjencie zdolność do rozumienia symboliki tych zachowań oraz dając kolejne kroki wobec kontroli niebezpiecznych zachowań wyładowczych. Jednocześnie edukujemy opiekunów w obszarze działań w sytuacji obecności niebezpiecznych zachowań odreagowujących – dajemy jasne informacje, jak mają postępować. Rodzice/opiekunowie powinni przekazywać osobom świadczącym pomoc jasne informacje o obecności takich zachowań, posiadać wiedzę o ewentualnych posiadanych przez adolescenta przedmiotach mogących stwarzać zagrożenie wobec realizacji takich aktywności. Przedmioty te za wiedzą osoby świadczącej pomoc, powinny być przejęte przez rodzica/opiekuna, co ma być również omówione z pacjentem. **Powinniśmy oczekiwać nadzoru opiekunów/rodziców nad dostępnością pacjentów do leków.**

W przypadkach zagrożenia samobójstwem rekomendowane jest kontrolowanie przez rodziców/opiekunów przyjmowanie środków farmaceutycznych zarówno „ogólnodostępnych”, jak i ordynowanych przez lekarzy specjalistów oraz ograniczenie dostępności do nich.

Jeżeli jest realizowany proces psychoterapii, należy omówić symboliczne znaczenie tych zachowań wobec obecnego procesu psychoterapii, z uwzględnieniem obecności odreagowań pod wpływem czynników stresogennych. Terapeuta powinien odnosić się do stosunku emocjonalnego pacjenta/rodziny wobec korzystania z dostępnych form pomocy. **Ważne: pierwszorzędnym celem w sytuacji zagrożenia zdrowia i/lub życia pacjenta jest monitorowanie i próba zyskania kontroli nad zachowaniami wyładowczymi.**

W przypadku oceny przez specjalistę znacznego stopnia zagrożenia, konieczna jest konsultacja z lekarzem psychiatrą lub izbą przyjęć (poprzedzona wcześniejszym kontaktem telefonicznym z izbą przyjęć- zgodnie z rekomendowanymi procedurami!).

4. FORMY PRACY GRUPOWEJ ON-LINE

- a. Praca grupowa może mieć formę zarówno psychoterapeutyczną jak i socjoterapeutyczną.
- b. Można ją rozważać jako alternatywę dla gromadzenia się młodzieży w formie on-line na „forach grupowych” skierowanych na destruktywne formy odreagowywania emocji, np. w formie tendencji do podejmowania niebezpiecznych zachowań („koronawirus challenge”). W tego typu grupy może wchodzić młodzież, która chronicznie lub obecnie, z powodu zamknięcia szkół i konieczności ciągłego przebywania w domu z rodzinami, może bardziej intensywnie doświadczać patologii własnej i patologii rodziny.

- c. Spotkania grupowe wydają się być potrzebne celem wsparcia rozwoju funkcjonowania w relacji grupowej/społecznej w sposób ukierunkowany na zyskiwanie kompetencji społecznych, możliwości pozyskiwania wsparcia oraz edukowanie i dawanie alternatywy wobec ewentualnych zagrożeń obecności niebezpiecznych zachowań acting-out. Wobec obecnej sytuacji uwzględniamy możliwość tworzenia nowych grup, aby jak największa liczba osób miała dostęp do pomocy i wsparcia.
- d. W pracy grupowej pojawia się taka sama dynamika, jak podczas spotkań gabinetowych. W zależności od wieku, poziomu dojrzałości grupy i dominującego wspólnego mianownika grupowego podejmujemy pracę w oparciu o omawianie dynamiki grupy (ich wzajemnych interakcji oraz sposoby wyrażania emocji) lub wprowadzamy struktury psychologiczne/socjoterapeutyczne ukierunkowane na pracę w określonym obszarze.
- e. Przenosząc pracę grupową na formę kontaktu on-line, rozpoczynamy od powrotu do omówienia kontraktu grupowego – jasno powtarzamy normy, zasady i cele grupowe, określamy zasady kontaktu. W przypadku grup on-line należy uwzględnić uwagi techniczne: pozostawanie cały czas widocznym i słyszalnym; pozostawanie w pomieszczeniu dającym prywatność na czas spotkania; nieużywanie telefonów komórkowych; niejedzenie; nie picie; pozostawanie w skupieniu na kontakcie z grupą – nie-realizowanie żadnych innych rozpraszających aktywności. **Kluczowa jest zasada równości, słyszalności i widoczności wszystkich uczestników grupy.**
- f. Prowadzącym zaleca się używanie komunikatorów, które uniemożliwiają uczestnikom np. wyłączenie jednego z uczestników grupy. Jeżeli wybrany komunikator ma taką funkcję, wówczas uczestnicy zobowiązują się do nie używania jej.
- g. Uwzględniamy kontakt z opiekunami/rodzicami celem przekazania ponownie norm i zasad grupowych oraz uwag technicznych – podobnie, jak w kontakcie indywidualnym.
- h. Dajemy również przestrzeń do spotkań psychoedukacyjnych z opiekunami, dzięki czemu mamy możliwość omówienia ewentualnych zgłaszanych trudności (omówienie w postaci psychoedukacji w kontakcie z rodzicem oraz wniesieniem trudności w pracę grupową).
- i. **Ważne są wzajemne konsultacje terapeutów prowadzących grupę ukierunkowane na omawianie wzajemnego rozumienia przez terapeutów procesów i emocji pojawiających się w procesie grupowym oraz/lub opracowywania „struktur psychologicznych” adekwatnych do potrzeb grupy.**
- j. Grupy mogą rozpoczynać się od rundki początkowej i kończącej (zgłaszane początkowo i końcowo dominujące emocje) z możliwością przekazywania informacji zwrotnych.
- k. W grupach młodszych, żeby wzmacniać współpracę uczestników, można wprowadzić trening behawioralny tzw. „liderów/mistrzów”- każdy z uczestników np. raz w tygodniu może przyznać np. dwóm osobom określonego „lidera/mistrza” (np. lider uważności, lider poczucia humoru, lider odwagi, lider słuchania, lider pomocy, lider współpracy, lider pomysłowości, lider kontroli zachowania itp.). Przyznanie tytułu lidera wiąże się z podaniem argumentu w oparciu o aktywność uczestnika na grupie.
- l. Inną formą pomocy dzieciom i nastolatkom poprzez pracę w formie grupowej będzie tworzenie grup krótkoterminowych ukierunkowanych na pracę na jasno określone cele – np. spotkania grupowe zakładające cykl np. 10 spotkań obejmujących pracę w obszarze np. kontroli i prorozwojowego wyraża-

nia złości lub technik radzenia sobie ze stresem lub rozwój umiejętności komunikacji interpersonalnej itp. Każdy cykl spotkań powinien zakładać początkowy kontakt z opiekunami celem przekazania informacji dotyczących kierunków pracy jaką będziemy realizować. Po zakończonym cyklu spotkań ponownie organizujemy spotkanie z opiekunami celem przekazania im informacji zwrotnych na temat zrealizowanych celów oraz edukujemy opiekunów, jak mają postępować w kontakcie z dzieckiem/nastolatkiem celem rozwoju uzyskanych w kontakcie grupowym kompetencji.

PODSUMOWANIE

Realizując każdą formę pracy z dzieckiem, adolescentem, rodziną pamiętamy o konieczności konsultacji merytorycznych wobec podejmowanych działań, w tym poddawania pracy superwizji.

Pamiętamy o konieczności integracji różnych profesjonalistów pracujących z dziećmi, młodzieżą i rodzinami oraz konieczności pozostawania we wzajemnym dialogu.

Ponadto pamiętamy o dojrzałej postawie w świadczonej pomocy, kolejności stosowania kroków oddziaływań, adekwatności doboru form pomocy.

Wszystkie działania mają na celu zyskiwanie panowania nad sytuacjami trudnymi/kryzysowymi celem odciążenia i wspierania lekarzy psychiatrów specjalizujących się w psychiatrii dzieci i młodzieży, którzy w obecnej sytuacji pozostają w dużym natężeniu ilości świadczonej przez nich pomocy. Zasadność stworzenia dialogu pomiędzy środowiskiem współpracującym w świadczeniu pomocy dzieciom, młodzieży i ich rodzinom obecnie jest kluczowa. Zachęcamy do odwiedzania stron internetowych specjalistów koordynujących pracę osób pomagających (wykazujących np. listę dyżurów osób świadczących pomoc- dni, godziny, formę pomocy). Wszelkie wątpliwości powinny być poddawane konsultacjom merytorycznym ze specjalistami świadczącymi pomoc, w tym kontakcie z superwizorami, którzy w obecnym czasie świadczą również usługi często w formie darmowych dyżurów wykazanych na stronach zrzeczających specjalistów pracujących z dziećmi, młodzieżą i rodzinami.