

©Borgis

\*Irena Namysłowska

## Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość

### Mental health of children and adolescents in Poland – the state of the development of psychiatric care and future goals

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

Kierownik Kliniki: dr hab. Filip Rybakowski

Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii, Warszawa, Polska

Kierownik Ośrodka: prof. dr hab. Irena Namysłowska

---

#### Streszczenie

Czynniki decydujące o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży można podzielić na biologiczne (genetyczne, infekcyjne, toksyczne) i psychospołeczne (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza). Charakteryzuje je interakcja doświadczeń, począwszy od charakteru przywiązania, relacji interpersonalnych z jednej strony, a funkcjonowania mózgu oraz wyposażenia genetycznego z drugiej. Zasady opieki psychiatrycznej należy rozpatrywać w powiązaniu z tymi właśnie uwarunkowaniami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Należą do nich: wspieranie rodzin, nauczycieli, służb społecznych, prawnych, pediatrów, lekarzy rodzinnych i jednostek opieki nad matką i niemowlęciem oraz innych agend społecznych w procesie wychowywania dzieci, rozwijanie systemów wczesnej interwencji, efektywność i bezpieczeństwo leczenia oraz dostępność dla wszystkich dzieci po to, aby zredukować cierpienie, ograniczyć niesprawność i pomagać w ujawnieniu potencjału rozwojowego. Najbardziej kosztowne i zarezerwowane dla małej grupy potrzebujących pomocy dzieci są wysokospecjalistyczne oddziały szpitalne, natomiast najbardziej potrzebne środowiskowe formy pomocy to: poradnie, oddziały dzienne, oddziały opieki środowiskowej i interwencji kryzysowej. Psychiatrię dzieci i młodzieży cechuje nierównomierne rozmieszczenie instytucji pomocy, zbyt duża koncentracja na leczeniu szpitalnym, które charakteryzuje wysoki i nowoczesny poziom opieki oraz duża dostępność, przy zbyt małym rozwoju służb środowiskowych i niewystarczającym finansowaniu. Niedostateczna liczba psychiatrów dzieci i młodzieży utrudnia szybkie i konieczne przekształcenia w tym systemie.

---

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, dzieci, młodzież, opieka psychiatryczna

---

#### Summary

Factors influencing mental health of children and adolescents could be divided into biological (genetic, infectious, toxic) and psychosocial (family, school and peer group). They are characterized by constant interaction of experience starting with early attachment, interpersonal relations on one side and functioning of the brain and genetic equipment on the other side. Principles of the psychiatric care should be understood in relation with these factors responsible for mental health of children and adolescents. They include supporting families, teachers, social services, pediatricians, general practitioners and the care system of mother and newborn child, as well as other social agendas in the process of raising the children, developing systems of early interventions. Effectiveness and safety of the modern treatment methods and their accessibility for all the children in order to minimize their suffering, reduction of the disability and help to promote developmental potential are also very important. The most costly and reserved for small group of children are highly specialized hospital wards, while most needed and less costly are community services such as outpatients, day departments, crisis interventions centers. Polish system of psychiatric care is characterized by uneven distribution of services, excessive concentration on hospital treatment, which has high and modern standards of care and sufficient accessibility, with much less intensive development of community services and poor financing. Small number of child and adolescent psychiatrists makes difficult quick and necessary transformation in this system.

---

Key words: mental health, children, adolescents, psychiatric care

---

## WPROWADZENIE

Swoisty paradoks stanowi fakt, że na początku XXI wieku wskaźniki zdrowia fizycznego dzieci prawie w całym świecie uległy poprawie, podczas gdy wskaźniki zdrowia psychicznego pogorszyły się. Ten paradoks dotyka także polskiej populacji rozwojowej. W artykule zanalizujemy uwarunkowania zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, a następnie w ich kontekście opiszemy dylematy i zadania opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce.

W naszym kraju żyje około 7,5 miliona dzieci i młodzieży. Statystyki światowe wskazują na to, że od 10 do 20% tej grupy wiekowej cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne. Ostatnie dane WHO z 2005 roku (1) przyjmują tę drugą wartość, tzn. rozpowszechnienie 20%, podkreślając równocześnie, że samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej. W chwili obecnej informacja o rozpowszechnieniu zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży w Polsce jest niepełna i fragmentaryczna. Nie istnieją poprawne metodologiczne, całościowe badania epidemiologiczne określające rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród polskich dzieci i młodzieży. Badania Wolańczyka (2) wskazują pośrednio, że możemy przyjąć, iż co najmniej 9% tej populacji charakteryzują zaburzenia emocjonalne. Oznacza to, że około 750 tysięcy dzieci wymaga pomocy. Należy przyjąć, że jakiegoś rodzaju pomocy wymagają także ich rodziny. Również prowadzone w Polsce inne badania epidemiologiczne niektórych, wybranych zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży pozwalające na ocenę ich rozpowszechnienia wskazują, że liczba cierpiących na nie dzieci i młodzieży jest znaczna. Dla przykładu, z prowadzonych od lat w Krakowie badań nad depresją uczniów klas gimnazjalnych (3) wynika, że rozpowszechnienie to sięga 30%.

Wcześniejsze badania Jaklewicz i wsp. (4) wskazują na znaczne rozpowszechnienie depresji w badanej populacji młodzieży w wieku 1-18 lat w szkołach ponadpodstawowych Gdańska i Koszalina. Istotny statystycznie okazał się w tych badaniach związek pomiędzy zadowoleniem z życia a depresyjnością oraz lękiem o przyszłość. Autorki tych badań piszą, że wzrost wskaźnika depresyjności powoduje przesunięcie wyników w stronę zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli. Istotna okazała się zależność pomiędzy zewnętrznym poczuciem kontroli sukcesów a depresyjnością. Natomiast nie potwierdzono zależności pomiędzy utratą pracy przez rodzica a zadowoleniem z życia badanej młodzieży. Autorki badań za bardzo zastanawiający uznały wynik braku autorytetu ojca, wyraźnie korelujący z depresją. Autorytet matki nie stanowił zmiennej różnicującej grupę młodzieży depresyjnej i bez objawów depresji. Status materialny i siła fizyczna to wyróżnione przez badanych wartości decydujące o pozycji w grupie rówieśniczej.

Obserwacje kliniczne oraz dane dotyczące hospitalizowanych osób cierpiących na zaburzenia jedzenia i zgłaszających się do poradni wskazują na wzrost ich

rozpowszechnienia w Polsce, choć być może należy także brać pod uwagę większą świadomość społeczną dotyczącą tych zaburzeń (5). Podobna sytuacja dotyczy całościowych zaburzeń rozwojowych. W krajach europejskich ich rozpowszechnienie wyraźnie wzrosło i nie ma powodu sądzić (choć brak jest badań epidemiologicznych), że ta tendencja omija nasz kraj.

Z kolei, z badań prowadzonych nad młodzieżą Mokotowa wynika, że trend wzrostowy używania narkotyków uległ zahamowaniu, zmniejsza się liczba młodzieży palącej codziennie, wzrasta odsetek abstynentów, a dziewczęta „wyrzuciły” chłopców w paleniu ogółem, częstości picia alkoholu w ostatnich 30 dniach, „dogoniły” też chłopców w upijaniu się (6) (tab. 1).

Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych w latach 1988-2008.

Rodzaj zachowań	1988	2004	2008
Stosowanie narkotyków raz w roku	2,2%	17,4%	16,0%
Palenie codziennie	6,6%	12%	8,4%
Odsetek abstynentów	47,8%	19,3%	28,2%

Jednocześnie rozbieżności pomiędzy liczbą dzieci i młodzieży zarejestrowanych w placówkach leczniczych a wynikami tych badań wskazują, że znaczna część tej populacji pozostaje poza profesjonalną opieką. Dzieje się tak między innymi z powodu małej dostępności opieki oraz chęci unikania stygmatyzacji zaburzeniem psychicznym, powodującej unikanie kontaktów z systemem opieki – do rozważań na ten temat wrócimy w drugiej części artykułu.

#### CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA POWSTAWANIE ZABURZEŃ EMOCJONALNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

W powstawaniu tych zaburzeń odgrywa rolę wiele czynników. Zaliczyć do nich można czynniki biologiczne (konstytucjonalne, genetyczne, toksyczne i infekcyjne), jak i czynniki psychospołeczne związane przede wszystkim z rodziną i brakami w szerszym otoczeniu społecznym, pozostające ze sobą w ścisłej interakcji.

#### Czynniki biologiczne

Do tej grupy zaliczamy przede wszystkim czynniki genetyczne. Dzieci otrzymują od rodziców swoiste wyposażenie genetyczne (zestaw genów), które niesie ze sobą możliwość zarówno prawidłowego, jak i zaburzonego rozwoju. Regulują one rozwój OUN, to jest sekwencyjne pojawianie się struktur morfologicznych, rozwój mózgu i dojrzewanie komórek nerwowych, zaś układ nerwowy jest odpowiedzialny za rozwój funkcji motorycznych postrzegania i języka. Pojedyncze geny są rzadko odpowiedzialne za zaburzenia psychiczne, najczęściej dotyczą one niektórych postaci upośledzenia umysłowego, podczas gdy w przypadku większości zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, autyzm, zaburzenia odżywiania się jest wiele podejrzanych obszarów w genomie, ale nie ma dowodów na istnienie konkretnego, odpowiedzialnego genu.

Inne czynniki to zaburzenia w strukturze chromosomów, których typowym przykładem jest zespół Downa z trisomią chromosomu 21, zespół kruchego chromosomu X.

Czynniki zewnętrzne działające w różnych okresach rozwoju dziecka, od okresu prenatalnego do dorosłości mają znaczenie dla rozwoju zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Do tych wcześniejszych zaliczamy przede wszystkim nadużywanie przez matkę alkoholu w trakcie ciąży i w konsekwencji rozwój zespołu FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*). Inne to nadużywanie substancji psychoaktywnych, infekcje HIV, niedobory żywieniowe, urazy głowy i infekcje, zwłaszcza te, które uszkadzają OUN.

### **Czynniki psychospołeczne**

Zrozumienie dziecka lub nastolatka z całościowej perspektywy rozwojowej wymaga więc rozważenia jego funkcjonowania w aspekcie indywidualnym: emocjonalnym, poznawczym, ruchowym, jak i funkcjonowania w trzech najważniejszych dla niego systemach, jakimi są: rodzina, szkoła i grupa rówieśnicza.

### **Wpływ rodziny na zdrowie psychiczne dzieci**

Wszyscy badacze są zgodni co do tego, że rodzina jest najważniejszym czynnikiem psychospołecznym w prawidłowym, ale i zaburzonym rozwoju człowieka. W rodzinie dziecko jest powołane do życia, w niej uczy się ról społecznych, ona też jest jego najważniejszą mapą świata. Rodzina jest definiowana bardzo różnie: dla socjologów jest podstawową komórką społeczną, dla psychoanalityków miejscem kształtowania się więzi matka-dziecko, a następnie procesów separacji i indywidualizacji, dla terapeutów systemowych miejscem relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, koalicji, trójkątów, a równocześnie ogniwem transmisji wielopokoleniowej dotyczącej przekazów transgeneracyjnych, mitów, delegacji, itp. Rodzina nie może być rozpatrywana w oderwaniu od jej poprzednich pokoleń, które nadają sens i znaczenie wszystkiemu, co dzieje się w rodzinie, a przede wszystkim determinują system przekonań i wartości rodzinnych, a tym samym poszczególnych jej członków. Związane z rodziną czynniki wpływające na dziecko można podzielić następująco:

- Czynniki związane z dużą, społeczną patologią rodziny, taką jak przestępczość, alkoholizm, uzależnienie od narkotyków, prostytutka, fizyczne maltretowanie lub seksualne wykorzystywanie dziecka, a także poważne choroby jednego z rodziców, zwłaszcza choroby psychiczne. Wśród nich szczególną traumę dla dziecka stanowi przemoc w rodzinie, zarówno fizyczna, jak i seksualne wykorzystanie. Badania ostatnich lat dowiodły, że odbija się ona niekorzystnie nie tylko na psychice dziecka, ale też na strukturach mózgowych, np. w postaci zmniejszenia hipokampa.
- Czynniki dotyczące struktury rodziny i takich jej cech, jak wielkość, obecność obojga lub jedne-

go rodzica, pozycja dziecka w rodzinie (kolejność urodzenia) oraz bardziej subtelnych cech struktury rodziny, takich jak: granice, koalicje, przymierza, nadmierne uwikłanie emocjonalne lub separacja emocjonalna. Szczególnie ważnym wydaje się być układ relacji w diadzie rodzicielskiej.

- Czynniki związane ze sposobami komunikowania się w rodzinie oraz sposobem wychowania dziecka. Obok prawidłowego, zróżnicowanego i elastycznego wychowania dostosowanego do wieku i potrzeb dziecka, wychowanie może być autorytarne, nadmierne permissive oraz z brakiem zaangażowania, aż do fizycznego i psychicznego zaniedbywania dziecka.
- Separacja i straty jednego lub obojga rodziców.

Warto tu także zwrócić uwagę na intensywne zmiany zachodzące w polskich rodzinach w okresie transformacji ekonomiczno-społeczno-kulturowej ostatnich przeszło 20 lat (7), wśród których można wymienić następujące:

- wzrastająca liczba rozwodów,
- zwiększająca się liczba rodzin z jednym rodzicem – głównie matką,
- więcej czasu poświęcanego pracy – brak dostępności emocjonalnej rodziców,
- emigracja za „chlebem” jednego, a czasami obojga rodziców,
- bezrobocie – obniżenie morale rodziny,
- rola internetu jako środka komunikacji w rodzinie, komunikacja wirtualna, ułatwienie zdrady,
- relacje nie są ograniczone barierami geograficznymi,
- łatwość nawiązywania – trudność utrzymywania więzi,
- nowe konfiguracje rodzinne i wzorce relacyjne,
- zmiana z modelu matriarchalnego lub patriarchalnego na bardziej partnerski.

I choć obecny artykuł nie rości sobie pretensji do głębszych analiz socjologicznych, zmiany te mogą być bardzo istotne dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w związku z ich zależnością do systemu rodzinnego.

### **Wpływ szkoły na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży**

Pójście dziecka do szkoły to ogromna zmiana w życiu dziecka i całego systemu rodzinnego. Po raz pierwszy jest ono skonfrontowane z wymaganiami nie płynącymi głównie od rodziców, którzy przestają być dla niego jedynymi autorytetami. Musi ono odnaleźć się wśród rówieśników, a także sprostać wymaganiom systemu nauczania. Jednocześnie jest to okres wzrastającej samodzielności dziecka, nabywania nowych umiejętności interpersonalnych w grupie rówieśniczej i nowych kompetencji. Rodzice zaś muszą ustalić reguły dotyczące nauki dziecka, na ile i jak pomagać mu w nauce, jak i ile kontaktować się ze szkołą oraz czy i jak podzielić z nią zasady wychowywania dziecka. Dużą rolę odgrywają tu oczekiwania rodziców wobec

dziecka, często kształtowane przez przekazy transgeneracyjne dotyczące wagi wykształcenia i delegacje rodzinne.

Stosunek rodziców do nauki dziecka jest bardzo ważny, bowiem wyważone oczekiwania, biorące pod uwagę możliwości dziecka oraz stała aprobata dla jego wysiłków i sukcesów mogą istotnie wpływać na motywację dziecka do nauki i czerpanie z niej przyjemności.

Wśród czynników negatywnych związanych ze szkołą, Wojnarowska (8) wymienia: niedostatki w środowisku fizycznym szkoły, nieprawidłowości w organizacji procesu nauczania, niekorzystną strukturę kadry nauczającej, niedostateczne współdziałania rodziców i szkoły, i wreszcie narastające zjawisko agresji wśród uczniów w szkole, które może mieć charakter agresji bezpośredniej, pośredniej oraz wykluczenia z grupy i czynienia z dziecka „kozła ofiarnego”.

### **Wpływ grupy rówieśniczej na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży**

Znaczenie rówieśników zarówno dla kształtowania zdrowia oraz jako czynnik zaburzeń psychicznych dzieci rośnie wraz z wiekiem i ma szczególne znaczenie u nastolatków. W tym trudnym okresie rozwojowym związki z grupą rówieśniczą pomagają w procesie separacji, są bowiem konkurencją dla związku z rodzicami, a jednocześnie oparciem, dostarczają wzorców do identyfikacji i poczucia przynależności, tak ważnych wobec prób nastolatka dystansowania się od rodziny. Środowisko rówieśnicze proponuje pewne, czasami inne niż rodzina wartości, style i modele życia. Zastanawiać się jednak trzeba, dlaczego w grupie rówieśniczej pojawiło się tak wiele agresji, a równocześnie tendencji do alienacji, potrzeby kontaktu, ale niemożności jego nawiązywania, pogrążenia się w świecie wirtualnym, w którym koledzy stanowią tylko „innych przed komputerem”. Istnieją następujące zagrożenia związane z przynależnością do grupy rówieśniczej: nadmierne uczestnictwo, trudności w kontaktach, odrzucenie i izolowanie oraz sztywne role społeczne.

Mimo ogromu odkryć z zakresu neurobiologii i genetyki, nadrzędną rolę dla wszystkich czynników wpływających na zdrowie i zaburzenia u dzieci i młodzieży pełni kultura. Kultura wyznacza bowiem funkcjonowanie rodziny, preferencje pewnych wartości, a w pierwszym rzędzie zmieniające się role rodziców, przede wszystkim ojca, lecz także matki. Równocześnie dostarcza ona młodzieży wzorców funkcjonowania, pożądaných wartości, osiągnięć a jednocześnie dekonstruuje zastane wartości w wyniku bardzo szybkich, szczególnie w Polsce, procesów transformacji.

Zasadniczo zmieniło się stanowisko dotyczące relacji pomiędzy czynnikami biologicznymi i psychospołecznymi i zachowanie człowieka. Obecny dylemat dotyczy tego, jak przebiega i na czym polega interakcja doświadczeń, relacji interpersonalnych z jednej strony, a funkcjonowania mózgu oraz wyposażenia gene-

tycznego z drugiej. Dzięki rozwojowi neurobiologii i neuropsychologii koncentrujemy się raczej na próbie zrozumienia tego, w jaki sposób doświadczenia, począwszy od tych najwcześniejszych, nawet prenatalnych, poprzez pierwotne przywiązanie i dalsze relacje z ludźmi i światem, wpływają na rozwój mózgu i odwrotnie. Wiemy już bowiem, że środowisko może mieć istotny wpływ na ekspresję genów, a negatywne doświadczenia interpersonalne, np. przemoc lub wykorzystanie seksualne, mogą niszczyć niektóre struktury hipokampa w mózgu.

### **ZADANIA SYSTEMU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ**

Zadania te rozpatrywać trzeba w powiązaniu z opisanymi powyżej uwarunkowaniami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

System opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży powinien mieć następujące cele:

- wspieranie rodzin, nauczycieli, służb społecznych, prawnych, pediatrów, lekarzy rodzinnych i jednostek opieki nad matką i niemowlęciem oraz innych agend społecznych w procesie wychowywania dzieci,
- stworzenie dostępności służb i programów, tak szybko jak jest to potrzebne dla dzieci, które wykazują pierwsze oznaki zaburzeń, to jest rozwijanie systemów wczesnej interwencji,
- efektywność i bezpieczeństwo leczenia oraz dostępność dla wszystkich dzieci (niezależnie od miejsca zamieszkania, możliwości finansowych i innych cech) po to, aby zredukować cierpienie, ograniczyć niesprawność i pomagać w ujawnieniu potencjału rozwojowego.

Do realizacji tak sformułowanych zadań są potrzebne:

- kadra dobrze wykształconych, oddanych swojej pracy profesjonalistów,
- instytucje, głównie o charakterze środowiskowym (poradnie, oddziały dzienne, hostele dla młodzieży, szkoły terapeutyczne, centra pomocy rodzinie), nastawione na prewencję, diagnozę i leczenie, akceptowane przez rodziców i niestigmatyzujące,
- dostępność do nich wszystkich potrzebujących pomocy rodzin oraz dzieci i młodzieży,
- adekwatne metody finansowania,
- zapewnienie i monitorowanie standardów funkcjonowania instytucji udzielających pomocy dzieciom i młodzieży,
- ocena i badania efektywności,
- zapewnienie systemu porozumiewania się i współpracy profesjonalistów z wielu dziedzin, zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży,
- przestrzeganie w całym systemie opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży standardów etycznych oraz ochrona praw dziecka zgodnie z Deklaracją Praw Dziecka.

Proporcje służb odpowiedzialnych za pomoc dzieciom i młodzieży cierpiącym na zaburzenia emocjonalne ilustruje rycina 1.

Z tabeli tej wynika, że najbardziej kosztowne i zarezerwowane dla stosunkowo małej grupy potrzebujących pomocy dzieci są wysokospecjalistyczne oddziały szpitalne, natomiast najbardziej potrzebne są środowiskowe formy pomocy. Jest to zgodne z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i może być realizowane jedynie we współpracy różnych resortów.

### System opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w Polsce

Niestety, system opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi w Polsce nie do końca spełnia tak stawiane, skądinąd wysokie wymagania.

Po pierwsze, system ten charakteryzuje nierównomierne rozmieszczenie instytucji niosących pomoc dzieciom i młodzieży. W dużych miastach, takich jak Warszawa, Kraków, Poznań mamy dużą koncentrację różnego rodzaju służb dla dzieci i młodzieży, podczas gdy niektóre województwa są pozbawione oddziałów psychiatrycznych.

Po drugie, nadal jest on zbyt skoncentrowany na opiece szpitalnej, liczącej ok. 990 łóżek, z tego 615 w szpitalach psychiatrycznych i 375 w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, przy relatywnie słabym rozwoju służb środowiskowych, najbardziej skutecznych w opiece nad dziećmi i młodzieżą. W Polsce funkcjonuje 175 Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży i tylko około 30 oddziałów dziennych.

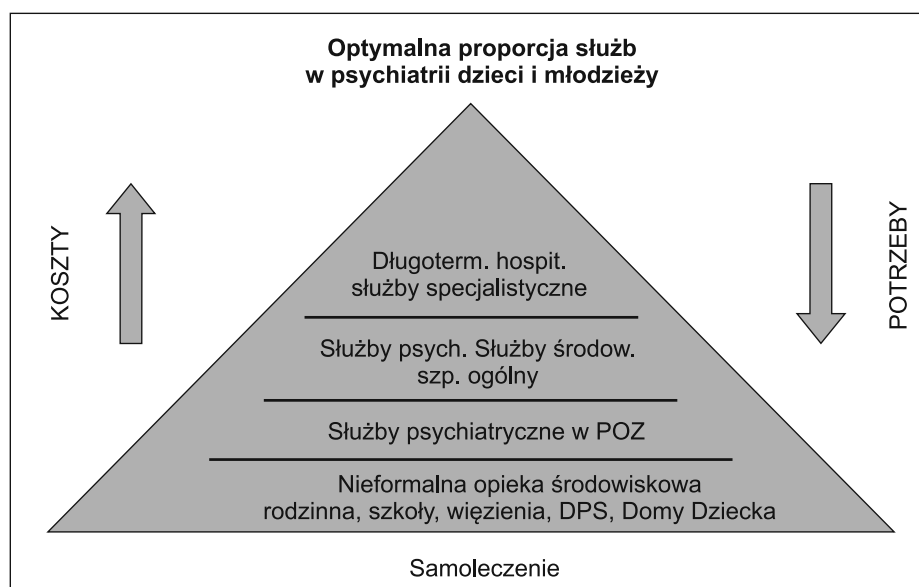
Po trzecie, zły system finansowania tych służb przez NFZ nie stwarza wielu nadziei na zwiększenie liczby oddziałów dziennych do ponad 100, podczas gdy redukcji, na skutek braku funduszy lub częściej braku prawidłowej koncepcji, ulegają już istniejące oddziały.

Po czwarte, brak jest odpowiedniej kadry psychiatrów (obecnie niewiele ponad 250 osób i innych profesjonalistów, co sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem liczby psychiatrów w stosunku do liczby dzieci. W tej sytuacji konieczne jest współuczestniczenie w opiece nad dziećmi z zaburzeniami emocjonalnymi innych grup zawodowych, takich jak przede wszystkim pediatry i lekarze rodzinni oraz przedstawiciele służb społecznych.

Opieka nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży wymaga także rozwoju placówek pomocy rodzinie zarówno, świadczących usługi typu interwencji kryzysowej, zapobiegania przemocy, jak i poradnictwa, czy wreszcie specjalistycznej terapii rodzin. Krokiem do przodu jest tworzenie Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, które w przyszłości mogłyby spełniać wszystkie wymienione powyżej funkcje, a także prowadzić akcje przeciw przemocy w rodzinie.

Również Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne powoli przekształcają się z placówek diagnostycznych w ośrodki terapeutyczne, uzupełniając w ten sposób ofertę instytucji medycznych.

Przyszłość opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocjonalnymi zależy jednak przede wszystkim od prewencji i profilaktyki zaburzeń tej grupy wiekowej. Prewencja dotyczy eliminacji czynników ryzyka takich jak np. depresja matek, poprawa opieki pre- i postnatalnej nad dziećmi z grup ryzyka, wzmacniania odporności psychicznej dzieci (ang. *resilience*) poprzez uczenie umiejętności społecznych, kompetencji i poczucia własnej wartości. Dopiero połączenie zakrojonych na szeroką skalę programów profilaktycznych ze skutecznymi, bezpiecznymi i dostępnymi niezależnie od miejsca zamieszkania i zasobów materialnych rodziny formami terapii ma szansę istotnie zmienić stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.



Ryc. 1. Optymalne proporcje służb w psychiatrii dzieci i młodzieży.

PIŚMIENNICTWO

1. Child and adolescent mental health policies and plans. Biuletyn WHO 2005.
2. Wolańczyk T: Zaburzenia emocjonalne i behawioralne w populacji młodzieży szkolnej w Polsce. Wydawnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa 2002.
3. Modrzejewska R, Bomba J: Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomięskiej. *Psychiatria Polska* 2010; 44, 4: 79-592.
4. Jaklewicz H, Barańska Z, Deli D et al.: Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży* 2001; 1, 1: 26-36.
5. Pilecki MW, Nowak A, Zdenkowska-Pilecka M: Change in the frequency of consultations concerning eating disorders in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Kraków (Poland) in the years 1988-2004. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2009; 2: 35-40.
6. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borecka A, Cybulska M et al.: Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. *Badania mokatowskie 1988-2008*. Wydawnictwo IPiN, Warszawa 2011.
7. Namysłowska I: Transformacja rodziny – przejawy i implikacje dla psychoterapii. *Psychoterapia* 2011; 1(156): 5-11.
8. Woynarowska B, Jodkowska M, Pułtorak M, Wojciechowska A: Problemy zdrowotne uczniów w Polsce i propozycje ich rozwiązań. *Zdrowie Pub* 1998; 58, 2: 81-89.

otrzymano/received: 07.11.2012

zaakceptowano/accepted: 17.12.2012

Adres/address:

\*Irena Namysłowska  
Klinika Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieży  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
tel.: +48 (22) 458-26-31  
e-mail: namyslow@ipin.edu.pl