

Izabela Tabak\*

## **Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów**

**Mental health among children and adolescents in Poland:** The article provides an overview of mental health problems among children and adolescents in Poland. It begins with a review of Polish and international documents and action plans concerning mental health. In the next two sections the author presents the actual data about epidemiology of mental health disorders and characteristics of the most frequent mental health problems. As the analysis shows, in the last few years in Poland the prevalence of mental disorders among children and adolescents rapidly increased. The next sections focus on the risk and protective factors for mental health. The article concludes with some recommendations for improving mental health care system in Poland.

**Słowa kluczowe:** *dzieci i młodzież, epidemiologia zaburzeń, Polska, system opieki zdrowotnej, wsparcie społeczne, zdrowie, zdrowie psychiczne*

**Keywords:** *children and adolescents, epidemiology of disorders, Poland, health care system, social support, health, mental health*

\* Doktor n. hum., psycholog, specjalista zdrowia publicznego, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka; e-mail: izabela.tabak@imid.med.pl.

### **Wstęp**

Jak głosi preambuła ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: *Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa.* Oznacza to, że ochrona zdrowia psychicznego powinna zajmować istotną pozycję wśród działań struktur państwowych, a szczególnie gdy myślimy o zdrowiu psychicznym najmłodszych obywateli – dzieci i młodzieży. Nie-

stety, jak wskażą analizy przeprowadzone w niniejszym artykule, rzeczywistość nie wygląda zbyt optymistycznie.

Zdrowe psychiczne, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jest jednym z podstawowych elementów ogólnego zdrowia i oznacza nie tylko brak zaburzeń czy choroby, ale także potencjał psychiczny, umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb, osiągnięcie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia, zwiększający zdolność rozwoju, uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywania trudności, a także sprzyjający nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywnemu udziałowi w życiu społecznym<sup>1</sup>. Najważniejsze komponenty zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży to<sup>2</sup>:

- zdolność do doświadczania i wyrażania emocji, takich jak radość, smutek, gniew, przywiązanie, we właściwy i konstruktywny sposób,
- pozytywna samoocena, szacunek dla innych, głębokie poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie i świata,
- zdolność do funkcjonowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole i społeczności,
- zdolność do inicjowania i podtrzymywania głębszych relacji (przyjaźń, miłość) oraz uczenia się funkcjonowania w świecie w sposób produktywny.

Problemy związane ze zdrowiem psychicznym mogą mieć formę zaburzeń psychicznych (powodujących cierpienie lub upośledzenie, będących czymś więcej niż ogólnie przyjętą formą reakcji na konkretne wydarzenie i stanowiące przejaw dysfunkcji psychicznej<sup>3</sup>), albo też trudności w jakiegokolwiek sferze funkcjonowania psychospołecznego (emocjonalnej, behawioralnej, poznawczej czy społecznej).

## **Miejsce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w dokumentach międzynarodowych**

W ciągu ostatnich kilkunastu lat zdrowiu psychicznemu poświęcono sporo miejsca w raportach i deklaracjach instytucji międzynarodowych. W roku 2001 ukazał się raport WHO całkowicie poświęcony tej tematyce *The Word*

<sup>1</sup> M. Sokołowska, *Założenia ogólne, definicje* [w:] *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, C. Czabała (red.), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

<sup>2</sup> J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.

<sup>3</sup> J.C. Wakefield, *Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder*, „Psychological Review” 1992, t. 99, nr 2, s. 232–247.

*Health. Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, a w roku 2005 zostały opublikowane przez kraje członkowskie regionu europejskiego WHO, Unię Europejską i Radę Europy dokumenty *Mental Health Declaration for Europe* oraz *Mental Health Action Plan for Europe*. W tym samym roku osobne miejsce zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży poświęcono w dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia *Child and adolescent mental health policies and plans*<sup>4</sup>. Dokument ten zawierał wytyczne dla polityki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. WHO wskazała w nim, że nawet do 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego, prowadzących do nadużywania środków psychoaktywnych, agresji i przemocy oraz innych zachowań antyspołecznych, ma swój początek w okresie dojrzewania, a u 10–20% dorastających identyfikuje się problemy ze zdrowiem psychicznym. Z tego względu WHO uznała ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży za priorytet w polityce zdrowotnej.

W ostatnich latach Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała kilka dokumentów poruszających tematykę zdrowia psychicznego osób w każdym wieku, zgodnie z podejściem *life-course*, czyli ujmowaniem zdrowia w całym cyklu życia – od poczęcia do późniejszego starości<sup>5</sup>. Zwieńczeniem ich są przyjęte w roku 2013 wytyczne na lata 2013–2020 dotyczące działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego *Global mental health action plan 2013–2020*. Zwracają one uwagę na potrzebę poprawy systemu opieki nad osobami chorymi psychicznie, zapobieganie stygmatyzacji tych osób i ich rodzin, prowadzenie programów profilaktycznych.

Najnowsza strategia Światowej Organizacji Zdrowia HEALTH 2020<sup>6</sup> wskazuje jako podstawowe kierunki działań:

- wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia, co oznacza poprawę poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu już w okresie wczesnego rozwoju dziecka,
- wzmocnienie programów promocji zdrowia psychicznego, a przede wszystkim wczesnego diagnozowania depresji i zapobiegania samobójstwom,
- promocję zdrowego trybu życia, realizację programów wspierających zdrowie przez edukację rówieśniczą, angażowanie organizacji młodzieżowych i szkolne inicjatywy zmierzające do podniesienia poziomu wiedzy o zdrowiu, szczególnie o zdrowiu psychicznym i seksualnym.

<sup>4</sup> *Child and adolescent mental health policies and plans*, Mental Health Policy and Service Guidance Package, WHO, Geneva 2005.

<sup>5</sup> Dostępne na stronach WHO <http://www.who.int>.

<sup>6</sup> *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, WHO, Paris 2013, s. 6–7.

## Miejsce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w dokumentach krajowych

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej<sup>7</sup>: *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.* Oznacza to, że ochrona zdrowia (w tym psychicznego) dzieci należy do obowiązków państwa. Zasady udzielania świadczeń regulują ustawy: o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup> i o działalności leczniczej<sup>9</sup>. Jednak kluczowa jest tu ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>10</sup>. Wskazuje ona, że ochrona zdrowia psychicznego obejmuje: a) promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, b) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, oraz c) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji. Działania podejmowane dla realizacji tych zadań określone zostały w „Narodowym programie ochrony zdrowia psychicznego” (NPOZP), który został wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów w grudniu 2010 r.<sup>11</sup>. Odpowiedzią na zadania postawione w NPOZP jest ogłoszony przez Ministerstwo Edukacji Narodowej we wrześniu 2013 r. „Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży na lata 2013–2016”, mający na celu promocję zdrowia psychicznego wśród uczniów i zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży.

Zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży poświęcono również uwagę w „Narodowym programie zdrowia na lata 2007–2015”<sup>12</sup>. Jednym z celów strategicznych jest „Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez dzia-

<sup>7</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483.

<sup>8</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, ze zm.

<sup>9</sup> Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654.

<sup>10</sup> Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 111, poz. 535, ze zm.

<sup>11</sup> „Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego”, rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r., Dz.U. z 2011 r. nr 24, poz.128.

<sup>12</sup> „Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015”, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007 r.

łania prewencyjno-promocyjne”, a wśród celów operacyjnych – „Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży”. W dokumencie tym zaznaczono, że młodzież jest grupą wymagającą szczególnej pomocy ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne wynikające ze stresu, narastającej przemocy i dostępności narkotyków. Jako priorytet działań wyznaczono zapewnienie poradnictwa oraz pomocy dla rodziców, dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju i zdrowia psychicznego (zwłaszcza u dzieci najmłodszych i nastolatków), a jako jeden z oczekiwanych efektów: zahamowanie tendencji wzrostowej w częstości występowania u młodzieży zachowań ryzykownych dla zdrowia.

### **Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce**

Statystyki światowe wskazują na to, że od 10% do 20% dzieci i młodzieży cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wieku. W chwili obecnej informacja o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych 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<sup>13</sup>. Większość raportów dotyczących zdrowia psychicznego dotyczy osób dorosłych<sup>14</sup> lub osób powyżej 15. r.ż.<sup>15</sup>, a w raportach zdrowia publicznego, w których zawarto dane na temat zdrowia dzieci i młodzieży, niewiele miejsca poświęca się tematyce zdrowia psychicznego<sup>16</sup>. Świadczy to o niedocenianiu w badaniach epidemiologicznych problemu zaburzeń psychicznych u dzieci.

<sup>13</sup> I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*, „Postępy Nauk Medycznych” 2013, nr 1, s. 4–9.

<sup>14</sup> *Raport. Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP*, <http://www.ezop.edu.pl> [dostęp 8 listopada 2013 r.].

<sup>15</sup> E. Mąka, B. Wojtyniak, B. Moskalewicz, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 173–194.

<sup>16</sup> J. Szymborski, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, J. Szymborski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 40–64.

Z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny<sup>17</sup> na podstawie „Europejskiego ankietowego badania zdrowia” w 2009 r. wynika, że ogólna ocena zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce w ostatnich latach ulega poprawie (ponad 90% ocen pozytywnych we wszystkich grupach wieku). Jednak analiza współczynników osób leczonych na 100 tys. osób w latach 2006–2008 wskazuje tendencję wzrostową występowania chorób i zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. W 2008 r. dzieci i młodzież w wieku 0–18 lat stanowiły 9,2% ogółu leczonych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej. Do najczęstszych zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat, zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego, odwykowych i poradni uzależnień od substancji psychoaktywnych, należały zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (587,6 na 100 tys.). Dzieci i młodzież często chorowały też na zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (osoby dotknięte tymi zaburzeniami nerwicowymi odczuwają objawy sugerujące istnienie somatycznych problemów medycznych, chociaż nie ma żadnych organicznych lub czynnościowych podstaw uzasadniających występowanie takich problemów<sup>18</sup>). Najczęstszym powodem hospitalizacji psychiatrycznych wśród dzieci i dorastającej młodzieży (0–18 lat), podobnie jak w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, były zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (44,6 na 100 tys. osób). Drugą przyczynę hospitalizacji stanowiły zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (19,8 na 100 tys. osób), spośród których najczęstszy był zespół uzależnienia (13,0 na 100 tys. osób). Samobójstwa stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów młodzieży w Polsce. W grupie wieku 15–19 lat zamach samobójczy był przyczyną prawie co piątego zgonu (26% zgonów wśród chłopców i 16% wśród dziewcząt). W 2008 r. samobójstwa dzieci i młodzieży stanowiły 12,2% samobójstw w Polsce.

Załącznik nr 1 do „Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego” zawiera analizy rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych całej polskiej populacji i ich zmiany w latach 1990–2007. Dane te wskazują, że w ciągu 18 lat wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce ogółem wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. lud-

<sup>17</sup> *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2011.

<sup>18</sup> R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t.1, GWP, Gdańsk 2003, s. 404.

ności) w opiece stacjonarnej. Do roku 2005 wskaźniki zaburzeń psychicznych rosły bardzo szybko bez względu na wiek, a między 2005 a 2007 rokiem największy wzrost wskaźnika był w najmłodszej grupie wieku (0–29 lat, obejmującej m.in. dzieci i młodzież). W okresie tym w grupie wieku 0–18 lat w opiece ambulatoryjnej najwyraźniej wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – o 29% (z 17 do 22 na 100 tys. tej populacji), zaburzeń rozwojowych – o 27% (ze 180 do 229 na 100 tys.) oraz zaburzeń zachowania i emocji – o 5% (z 522 do 546 na 100 tys.). W opiece stacjonarnej zanotowano wzrost wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w grupie wieku 0–18 lat dotyczący przede wszystkim wskaźnika zaburzeń nerwicowych (wzrost o 31%, z 13 do 17 na 100 tys.). Jako najbardziej niepokojący autorzy NPOZP uznali sukcesywny wzrost zarówno zapadalności, jak i rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w najmłodszej grupie wieku. Wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń rozwojowych i zaburzeń emocji może być związany z większą świadomością rodziców w dostrzeganiu nieprawidłowych zachowań dziecka, spowodowaną kampanią oświatową na ten temat prowadzoną w ostatnich latach.

Z danych zawartych w najnowszym rocznym sprawozdaniu o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w roku 2011<sup>19</sup>, przygotowanym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii na podstawie danych statystycznych z formularza MZ-15 wynika, że w całej Polsce leczonych z powodu zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienia było 108 707 osób w wieku 0–18 lat, co stanowiło 1,3% ludności w tym wieku<sup>20</sup>. Najwięcej dzieci i młodzieży trafiło do poradni z rozpoznaniem zaburzeń rozwojowych (64 248 osób), zaburzeń nerwicowych (16 415 osób), upośledzenia umysłowego (12 152 osoby) oraz zaburzeń afektywnych (4978 osób). Ponadto 964 osoby w wieku 0–18 lat były leczone z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (w tym aż 547 osób z powodu zespołu uzależnienia), a 4417 osób w tym wieku było leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem innych substancji psychoaktywnych (w tym prawie 50% z powodu zespołu uzależnienia i abstynencyjnego).

Zdaniem profesorów z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, choć według danych epidemiologicznych niewielki procent dzieci i młodzieży

<sup>19</sup> Formularz MZ-15. Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu i w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2011 roku, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

<sup>20</sup> „Rocznik Demograficzny GUS” 2012.

cierpi na zaburzenia psychiczne, to faktyczne rozpowszechnienie zaburzeń jest większe, bo aż połowa pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego cierpi na zaburzenia inne niż somatyczne<sup>21</sup>. Duże rozbieżności pomiędzy liczbą dzieci i młodzieży zarejestrowanych w placówkach leczniczych a wynikami badań naukowych wskazują, że znaczna część tej populacji pozostaje poza profesjonalną opieką<sup>22</sup>. Badania naukowe dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży są jednak zazwyczaj prowadzone na niewielkich próbach i dotyczą wybranych zaburzeń. Na przykład, z prowadzonych w Krakowie badań rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych (zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia jedzenia) wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych wynika, że rozpowszechnienie wymienionych zaburzeń przekracza 30% (22,7% wśród chłopców i 41,2% wśród dziewcząt)<sup>23</sup>. Rozpowszechnienie objawów depresyjnych wyniosło 26,7%, zaburzeń jedzenia 13,5%, a objawów obsesyjno-kompulsyjnych – 4,5%. Analizy danych zbieranych od roku 1988 wskazują, że liczba dzieci i młodzieży zgłaszających się do poradni z powodu zaburzeń odżywiania poważnie wzrosła, co wynika zarówno ze wzrostu ich rozpowszechnienia w Polsce, jak też większej świadomości społecznej dotyczącej tych zaburzeń<sup>24</sup>.

Dane z najnowszej serii międzynarodowych badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children. WHO Collaborative Study) z 2010 r. wskazują, że u znacznej części dzieci i młodzieży w Polsce pojawiają się narastające wraz z wiekiem zaburzenia psychosomatyczne, takie jak np. bóle głowy (od 7% u 11-latków do 17% u 17-latków), bóle pleców (od 5% do 8,5%), przynęgnięcie (od 6% do 9%), zdenerwowanie (od 14% do 16%)<sup>25</sup>. Co najmniej dwie dolegliwości subiektywne odczuwało prawie codziennie lub częściej niż raz w tygodniu ok. 40% młodzieży. Małe zadowolenie z życia stwierdzono

<sup>21</sup> *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, T. Wolańczyk, J. Komender (red.), PZWL, Warszawa 2005, s. 5.

<sup>22</sup> I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce*, op. cit.

<sup>23</sup> R. Modrzejewska, J. Bomba, *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej*, „Psychiatria Polska” 2010, nr 44, s. 579–592.

<sup>24</sup> M.W. Pilecki, A. Nowak, M. Zdenkowska-Pilecka, *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, nr 2, s. 35–40.

<sup>25</sup> *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szkatnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 68–84.



z kolei u 15% 11-latków; 21,5% 13-latków; 25% 15-latków i aż 27,7% 17-latków. Jest to grupa dzieci i młodzieży szczególnie zagrożona zaburzeniami zdrowia psychicznego, głównie depresją. Analizy tendencji zmian w czasie prowadzone przez polski zespół HBSC wskazują, że w latach 1994–2010 we wszystkich badanych grupach wieku (11, 13, 15 lat) nasiliły się bóle brzucha i bóle pleców, a wśród 13- i 15-latków również bóle i zawroty głowy<sup>26</sup>. W latach 2002–2010 systematycznie zwiększał się też odsetek młodzieży 11- i 13-letniej niezadowolonej z życia, szczególnie wyraźnie wśród dziewcząt.

Zagrożeniem dla zdrowia psychicznego polskiej młodzieży jest również znaczne rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych. Do palenia tytoniu przyznaje się 3% 11-latków; 13% 13-latków; 21% 15-latków i 33,5% 17-latków<sup>27</sup>. Co najmniej raz w tygodniu alkohol spożywa 2% 11-latków; 7% 13-latków i 14% 15-latków, a przynajmniej raz w życiu upiło się 7% 11-latków; 25% 13-latków; 47% 15-latków i 73,5% 17-latków. Jednocześnie prawie 20% 15-latków i 30% 17-latków używało co najmniej raz w życiu marihuany lub haszyszu. Tendencje zmian w czasie pokazują, że odsetek regularnych i codziennych palaczy nie uległ większym zmianom w latach 1990–2010 wśród 11-latków; w grupie 13-latków – wzrósł u obu płci, a w grupie 15-latków – zmniejszył się u chłopców, a u dziewcząt wzrósł. Jednocześnie w latach 1990–2010 we wszystkich grupach wieku wzrósł odsetek osób pijących codziennie piwo oraz używających alkoholi wysokoprocentowych (szczególnie 13- i 15-latków, u których wzrosła również częstość upijania się). W latach 2002–2010 zwiększył się odsetek 15-letnich dziewcząt, które kiedykolwiek w życiu sięgnęły po marihuanę oraz odsetek młodzieży obojga płci, która często (6 razy lub częściej w ostatnich 12 miesiącach) używała marihuany<sup>28</sup>.

Jak wynika z danych ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) z roku 2011, używanie przez polską młodzież 15–17-letnią tytoniu i alkoholu jest na poziomie zbliżonym do średniej dla wszystkich krajów europejskich biorących udział w badaniu<sup>29</sup>. Jednak bardzo niepokojące są dane dotyczące używania narkotyków (szczególnie marihuany) oraz leków uspokajających zażywanych bez wskazań lekarskich.

<sup>26</sup> *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012, s. 145–178.

<sup>27</sup> *Wyniki badań HBSC 2010, op. cit.*, s. 122–125.

<sup>28</sup> *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych, op. cit.*, s. 111.

<sup>29</sup> B. Hibell et al., *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm 2012.

Aż 25% polskiej młodzieży uważa, że marihuana jest dla nich łatwo dostępna i 23% badanych nastolatków używało już marihuany lub haszyszu. Są to odsetki znacznie wyższe niż średnia w krajach europejskich, a analizy zmian w latach 2007–2011 wskazują, że problem ten w naszym kraju wyraźnie narasta. Odsetki młodzieży przyjmującej środki uspokajające bez wskazań lekarskich są w Polsce od kilku lat największe w Europie (w 2011 r. dotyczyło to 15% młodzieży, gdy średnia europejska wynosiła 6%). Szczęśliwie, w porównaniu z rokiem 2007, odsetek ten nieznacznie się zmniejszył. Wzrósł natomiast odsetek nastolatków używających jednocześnie kilku substancji psychoaktywnych, co stanowi ogromne zagrożenie dla zdrowia.

### **Charakterystyka najczęstszych zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**

W poradnictwie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży stosuje się międzynarodową klasyfikację chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, zawierającą w części F „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. Do najczęściej rozpoznawanych w dzieciństwie i adolescencji zaburzeń zdrowia psychicznego należą<sup>30</sup>:

- zaburzenia rozwojowe (F80–F84, F88–F98), obejmujące specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych, a także całościowe zaburzenia rozwoju,
- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48), charakteryzujące się występowaniem lęków, nawracających uporczywych myśli lub czynności przymusowych, dezadaptacyjnych reakcji na ostry lub przewlekły stres,
- zaburzenia afektywne (F30–F39), charakteryzujące się przede wszystkim zmianą nastroju w kierunku depresji lub nastroju podwyższonego.

W wymienionych grupach znajdują się m.in. specyficzne zaburzenia uczenia się (dysleksja rozwojowa, F81), całościowe zaburzenia rozwoju (autystyczne, F84), zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości, F90), zaburzenia lękowe (F40–42) i zaburzenia nastroju (w tym depresja, F32–33). Jako zaburzenia najczęściej diagnozowane wśród dzieci i młodzieży zostaną one poniżej krótko scharakteryzowane.

Specyficzne rozwojowe zaburzenia uczenia się to niemożność opanowania przez dziecko umiejętności czytania (dysleksja), pisania (dysgrafia,

<sup>30</sup> Formularz MZ-15, *op. cit.*

dysortografia) i/lub liczenia (dyskalkulia), mimo co najmniej przeciętnego poziomu umysłowego, prawidłowego rozwoju fizycznego, właściwych warunków zewnętrznych i prawidłowej metody nauczania. Często określane są one mianem dysleksji rozwojowej, obejmującej trudności w uczeniu się czytania i pisania, które występują od początku (pierwsze objawy – zaburzenia funkcji ruchowych i mowy można zaobserwować już w wieku niemowlęcym), a nie w wyniku utraty opanowanej wcześniej umiejętności spowodowanej uszkodzeniem mózgu. Przyczyny powstawania dysleksji są zagadnieniem kontrowersyjnym i wielu badaczy przyjmuje stanowisko wieloczynnikowego uwarunkowania dysleksji. Wyklucza się jednak przyczyny wynikające z błędów dydaktycznych czy braku motywacji do nauki (w takich przypadkach mówimy o pseudodysleksji). Dysleksja rozwojowa jest uwarunkowana strukturalnymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym. Bardzo trudno jest odróżnić uczniów z dysleksją od innych uczniów z trudnościami w nauce. Prof. Marta Bogdanowicz w badaniach polskich ocenia, że u 10–15% populacji występuje dysleksja rozwojowa, w tym 2–4% dzieci ma ciężkie zaburzenia typu dyslektycznego<sup>31</sup>. Dysleksja powoduje u dziecka wiele trudności, poczynając od otrzymywania złych ocen w szkole, poprzez poniżanie i wyśmiewanie, do obniżenia samooceny. O powodzeniu szkolnym dzieci z dysleksją rozwojową decyduje wczesne wykrycie nieprawidłowości (diagnoza) oraz jak najszybsze udzielenie pomocy przez odpowiednie ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne. Dzieci z dysleksją potrzebują również wsparcia emocjonalnego i docenienia ich umiejętności. W Polsce opracowany jest trafny i spójny pięciopozomowy system pomocy terapeutycznej osobom z dysleksją rozwojową, jednak praktycznie nie funkcjonuje dobrze z powodu braku dostępności wszystkich form pomocy, które się nań składają. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej<sup>32</sup> nauczyciel jest obowiązany indywidualizować pracę z uczniem na obowiązkowych i dodatkowych zajęciach edukacyjnych, odpowiednio do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia.

Całościowe zaburzenia rozwoju (autystyczne) charakteryzują: początek w okresie wczesnego rozwoju oraz zaburzenia w zakresie interakcji spo-

<sup>31</sup> M. Bogdanowicz, *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu – pomoc psychologiczna i pedagogiczna* [w:] *Dysleksja rozwojowa. Perspektywa psychologiczna*, G. Krasowicz-Kupis (red.), Wyd. Harmonia, Gdańsk 2006, s. 7–34.

<sup>32</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach, Dz.U. nr 228, poz. 1491.

lecznych, komunikacji, zachowania i zainteresowań<sup>33</sup>. Do zaburzeń autystycznych zaliczamy m.in. autyzm dziecięcy i zespół Aspergera. U dzieci dotkniętych autyzmem dziecięcym obserwujemy nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3. rokiem życia (r.ż.) w zakresie: porozumiewania się (opóźnienie rozwoju mowy lub jej brak, stereotypowe używanie języka), kontaktów społecznych (nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania relacji, komunikacji niewerbalnej), funkcjonowania lub symbolicznej zabawy (zachowania stereotypowe, np. monotonne kołysanie się, przywiązanie do rytuałów, manieryzmy ruchowe, np. trzepotanie rękami, kręcenie się wokół własnej osi). Osoby z autyzmem wycofują się z kontaktów społecznych, często są nadwrażliwe na hałas, światło i zapach, przejawiają zmniejszoną wrażliwość na ból. Rozpoznanie choroby jest jednak bardzo trudne, gdyż objawy są wyjątkowo zróżnicowane – nie ma dwóch takich samych osób dotkniętych autyzmem. Do tej pory nie są znane przyczyny autyzmu – wiadomo jedynie, że zaburzenie może mieć podłoże neurobiologiczne i genetyczne – co ma związek m.in. z faktem, że rozpowszechnienie autyzmu jest cztery razy częstsze u chłopców niż u dziewczynek. W Polsce nie prowadzono do tej pory systematycznych badań nad rozpowszechnieniem autyzmu w populacji ogólnej, jednak przyjmuje się, że częstość występowania autyzmu jest podobna jak na całym świecie, czyli 2–3 na 1000 dzieci. Znacznie częstszym zaburzeniem jest zespół Aspergera (ok. 1 na 100 dzieci). Nazywany jest on „autyzmem inteligentnym”, ze względu na normalny lub wysoki poziom intelektualny dotkniętych nim osób oraz zazwyczaj prawidłowy rozwój mowy. Mamy tu jednak do czynienia z takimi samymi uszkodzeniami w sferze społecznych interakcji jak w autyzmie oraz z analogicznymi tendencjami do zachowań stereotypowych i sztywnych rytuałów. Dlatego osoby te mają ogromne problemy z funkcjonowaniem w sytuacjach społecznych i mimo wysokiej nieraz inteligencji nie radzą sobie w szkole, na ulicy i innych środowiskach społecznych, nie mogą też podjąć pracy bez specjalnego treningu. Im wcześniej rozpoczęta zostanie interwencja terapeutyczna u osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, tym większe są szanse na zmniejszenie deficytów rozwojowych oraz poprawę jakości życia dziecka i jego rodziny. Dzieci z autyzmem dziecięcym są zazwyczaj znacznie wcześniej diagnozowane i obejmowane specjalistyczną opieką ze względu na znaczne nasilenie objawów. W przypadku osób dotkniętych zespołem Aspergera często diagnoza jest znacznie późniejsza lub zaburzenie w ogóle nie zostaje rozpoznane.

<sup>33</sup> H. Jaklewicz, *Całościowe zaburzenia rozwojowe* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWL, Warszawa 2007, s. 110–121.

Zespół hiperkinetyczny czy zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD) to zaburzenie, w którym występują zaburzenia koncentracji uwagi (trudności z utrzymaniem uwagi, skoncentrowaniem się na szczegółach, słuchaniem i wykonywaniem dłuższych instrukcji), nadruchliwość (nerwowe ruchy, ciągle wstawanie z miejsca, trudności ze spokojnym bawieniem się) i impulsywność (wyrwanie się z odpowiedzią, kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej, przerywanie i przeszkadzanie innym). Zaburzenia te ujawniają się przed 7. r.ż. i upośledzają funkcjonowanie społeczne, zawodowe i szkolne (utrudniają edukację). ADHD uwarunkowane jest biologicznie: w 70% genetycznie, a w ok. 20–30% uszkodzeniami i chorobami mózgu oraz szkodliwością toksyn. Często wiąże się je z mikrouszkodzeniami płatów czołowych mózgu, których główna funkcja polega na kontrolowaniu impulsów i kierowaniu uwagi. W badaniach mózgu osób dotkniętych ADHD wykazano niski poziom aktywności neurotransmitterów, szczególnie dopaminy, co przyczynia się do osłabienia przekazu informacji pomiędzy komórkami (dlatego też w leczeniu farmakologicznym częściej stosuje się środki stymulujące niż uspokajające). Dziecko nadpobudliwe, wbrew powszechnej opinii, nie ma za dużo energii, lecz za mało zdolności do wewnętrznej kontroli i hamowania swojego zachowania<sup>34</sup>. ADHD stanowi problem nie tylko dla samego dziecka, ale również jego najbliższego otoczenia – rodziny, szkoły, rówieśników, tym bardziej że często towarzyszą mu zaburzenia zachowania, lęki, depresja i tiki. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej osłabia rozwój społeczny, emocjonalny i utrudnia edukację. Dziecko nadpobudliwe zazwyczaj nie ma wielu kolegów i przyjaciół, co obniża jego samoocenę; doskonale zna ogólnie obowiązujące reguły zachowania, ale często nie potrafi zapanować nad swoimi reakcjami. Prze trwanie ADHD do wieku dorosłego zwiększa prawdopodobieństwo konfliktów z prawem, wypadków samochodowych, problemów interpersonalnych, w pracy i niedojrzałości emocjonalnej. Problem ADHD dotyczy 3–8% dzieci w wieku szkolnym, ale tylko ok. 20% z nich trafia pod specjalistyczną opiekę. Objawy tego zespołu zazwyczaj słabną wraz z wiekiem, i choć ich samych nie można zmienić, to można modyfikować otoczenie, stwarzając dziecku korzystniejsze warunki zdobywania wiedzy i przebywania w grupie.

Zaburzenia lękowe wiążą się z występowaniem objawów somatycznych (np. wzrost ciśnienia, utrudnione oddychanie, biegunka, bóle głowy), psychologicznych (np. zwiększona drażliwość, koszmary senne, uczucie „pust-

---

<sup>34</sup> A. Pisula, T. Wolańczyk, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej* [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, T. Wolańczyk, J. Komender (red.), PZWŁ, Warszawa 2005, s. 215–237.

ki w głowie”), społecznych (np. wycofanie i trudności w kontaktach społecznych) i behawioralnych (np. nadmierna lub zmniejszona aktywność)<sup>35</sup>. Do najczęściej występujących u dzieci zaburzeń należą: lęk przed separacją w dzieciństwie (charakteryzujący się cierpieniem i nadmiernymi obawami przed rozdzieleniem z osobami, do których dziecko jest przywiązane, stałą i nierealistyczną obawą, że coś złego może się tym osobom przydarzyć), zespół uogólnionego lęku (nadmierny, nierealistyczny lęk, który nie jest powiązany z żadną konkretną sytuacją czy zewnętrznym stresem, utrzymujący się przez wiele miesięcy i odczuwany jako trudny do opanowania) i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (uporczywie powracające, niepożądane i narzucające się myśli lub wyobrażenia, które odbierane są jako bezsensowne, powodujące wyraźny lęk, oraz powtarzające się zachowania, których głównym celem jest zmniejszenie lęku lub cierpienia, np. przymusowe mycie rąk). U dzieci i młodzieży pojawia się niekiedy również fobia szkolna, czyli lęk i unikanie dotyczące wyłącznie środowiska szkolnego. Może mieć ona postać ostrą, spowodowaną silnym przeżyciem na terenie szkoły (np. wyszydzeniem), lub przewlekłą, narastającą stopniowo, czasem poprzedzoną przykrym epizodem na początku nauki. Ogólnie przyjmuje się, że zaburzenia lękowe dotyczą 5–8% dzieci, a ich przyczyny mogą być zarówno genetyczne, jak też związane z przeszłymi doświadczeniami, relacjami w rodzinie czy z rówieśnikami. Lęki odczuwane jako trudne do opanowania powodują trudności w normalnym funkcjonowaniu i prowadzą do wycofania się z aktywności społecznej, szkolnej i zawodowej.

Depresja to chorobowe, niezależne od zdarzeń bieżących, obniżenie nastroju, któremu towarzyszy najczęściej smutek, ubytek energii, zmniejszenie aktywności, zaburzenia snu i apetytu. Zakres zainteresowań, samoocena i koncentracja uwagi są obniżone, często pojawia się zmęczenie nawet po małym wysiłku. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 możemy mówić o epizodzie depresyjnym (łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim) lub zaburzeniach depresyjnych nawracających. Zaburzenia depresyjne u dzieci mogą mieć jednak odmienne objawy niż u osób dorosłych<sup>36</sup>. W okresie niemowlęcym dominuje smutek, w okresie przedszkolnym pojawia się dodatkowo skłonność do irytacji, płaczliwość, objawy wegetatywne (bezsensowność, utrata apetytu) i zaburzenia zachowania (hiperaktywność, napady wściekłości), w młodszym wieku szkolnym dominuje wstydlivość, poczucie winy, poczu-

<sup>35</sup> A. Bryńska, *Zaburzenia lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne* [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, T. Wolańczyk, J. Komender (red.), PZWL, Warszawa 2005, s. 147–173.

<sup>36</sup> J. Rola, *Depresja u dzieci*, APS, Warszawa 2001, s. 22–35.

cie beznadziejności, obniżona samoocena i problemy szkolne. Odmienność objawów depresyjnych u dzieci powoduje ogromne trudności diagnostyczne. Depresja młodzieńcza (pojawiająca się w wieku dorastania) łączy w sobie zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia zachowania oraz, co najbardziej niebezpieczne, znaczne nasilenie zachowań autodestrukcyjnych, niejednokrotnie prowadzących do prób samobójczych i samobójstw<sup>37</sup>. Przyczyn depresji można szukać zarówno w uwarunkowaniach biochemicznych (genetycznych, związanych ze zmianami w mediatorach), jak też społecznych (samotność, izolacja, śmierć bliskiej osoby, doświadczenie przemocy) i psychologicznych (niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy, negatywne wzorce myślenia). Badania wskazują, że objawy depresyjne o różnym nasileniu pojawiają się u co piątego nastolatka, co stanowi ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia młodych ludzi, a także dla ich funkcjonowania społecznego – w szkole (trudności w koncentracji, pogorszenie pamięci, zmęczenie) czy w rodzinie (nadmierna drażliwość, agresja, konflikty).

Wszystkie zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, bez względu na ich rodzaj, w znacznym stopniu utrudniają codzienne funkcjonowanie (w tym szkolne) i stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju. Dzieci cierpiące na takie zaburzenia często mają trudności w realizacji kluczowych zadań rozwojowych, mogące prowadzić do frustracji i poczucia odrzucenia, a w przyszłości – do zaburzeń psychicznych wieku dorosłego. Jednak zarówno diagnoza, jak i terapia dzieci są utrudnione. Dzieci same nie zgłaszają się po pomoc, często nie potrafią się wysłowić, nie uświadamiają sobie emocji czy zachowań, nie chcą współpracować. Ponadto istniejące kryteria diagnostyczne nie zawsze są dostosowane do objawów występujących w tym okresie rozwoju, a leki stosowane przez psychiatrów nie są dobrze przebadane i mają sporo skutków ubocznych, zagrażających prawidłowemu rozwojowi<sup>38</sup>.

## **Czynniki ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**

### **Czynniki biologiczne**

Do tej grupy zaliczamy czynniki genetyczne, paragenetyczne (występujące w okresie prenatalnym), a także skutki urazów, chorób czy niedobo-

<sup>37</sup> J. Bomba, *Depresja młodzieńcza* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWŁ, Warszawa 2007, s. 266–279.

<sup>38</sup> P. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, GWP, Gdańsk 2004, s. 43–62.

rów. Pojedyncze geny rzadko są odpowiedzialne za zaburzenia psychiczne – w przypadku większości zaburzeń, takich jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa czy autyzm, prowadzone są badania genetyczne wielu obszarów w genomie, ale do tej pory nie ma ostatecznych dowodów na istnienie konkretnego, odpowiedzialnego genu<sup>39</sup>. Wykazano natomiast jednoznacznie, że przyczyną niepełnosprawności umysłowej mogą być zaburzenia w strukturze chromosomów, takie jak np. trisomia 21. pary chromosomów w zespole Downa.

Przyczynami nieprawidłowej budowy lub funkcjonowania mózgu mogą być również urazy lub działanie toksyn. Największe znaczenie dla zdrowia psychicznego i rozwoju mają tzw. teratogeny, czyli czynniki działające w okresie zarodka i płodu, mogące stanowić pozagenetyczne przyczyny wad wrodzonych. Zaliczamy do nich przede wszystkim używanie przez matkę substancji psychoaktywnych, choroby matki, infekcje, stres i niedobory w diecie matki (szczególnie kwasu foliowego, grożące powstaniem wad cewy nerwowej). Do najbardziej zdradliwych teratogenów należy alkohol, którego picie przez matkę w trakcie ciąży może prowadzić do rozwoju u dziecka płodowego zespołu alkoholowego FAS (Fetal Alcohol Syndrom). Nie jest określona ilość alkoholu, która powoduje uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, skutkująca upośledzeniem funkcji fizycznych, intelektualnych i społecznych (w tym deficyty uwagi, pamięci, trudności w uczeniu się, niedojrzałe zachowania).

Należy również pamiętać, że także problemy ze zdrowiem fizycznym mogą stanowić czynniki ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego. Dzieci przewlekle chore, z wyraźnymi wadami fizycznymi, otyłe, często cierpią z powodu niskiej samooceny, niskiej pozycji w grupie rówieśniczej, odrzucenia i dręczenia przez kolegów. Poczucie osamotnienia, smutku i żalu może prowadzić do rozwoju symptomów depresyjnych.

### **Czynniki psychospołeczne (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza)**

Rodzina jest najważniejszym środowiskiem społecznym, które determinuje zdrowie psychiczne i rozwój dzieci i młodzieży, jednak jej funkcjonowanie może również stanowić czynnik ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego szczególnie w sytuacji społecznej patologii rodziny (przestępczości, alkoholizmu, uzależnienia od narkotyków, prostytucji, przemocy w rodzinie), poważnych chorób rodziców (zwłaszcza psychicznych), zaburzonej struktury rodziny (nieobecności obojga lub jednego z rodziców), nieprawidłowych relacji w rodzinie (szczególnie nadmiernego uwikłania emocjonalnego lub

<sup>39</sup> I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, op. cit.



odrzućenia), niejasnych sposobów komunikowania się w rodzinie, niekorzystnego stylu wychowania dziecka oraz separacji lub straty jednego bądź obojga rodziców<sup>40</sup>. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby rozwodów, rodziców samotnie wychowujących dzieci, ilości czasu poświęcanego przez rodziców na pracę wreszcie emigracji rodziców, przyczyniających się do pogorszenia więzi i komunikacji w rodzinach, co stanowi czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Środowisko szkolne może wzmacniać zdrowie psychiczne uczniów, ale też ujawniać istniejące problemy lub je powodować<sup>41</sup>. Do szkolnych czynników ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego należą przede wszystkim: poczucie zagrożenia fizycznego i psychicznego (w tym przemoc rówieśnicza), które może skutkować rozwojem zaburzeń lękowych (szczególnie fobii szkolnej), obniżeniem samooceny i poczucia własnej wartości, wystąpieniem depresji, prób samobójczych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń zachowania (w tym zachowań agresywnych, wagarów), używania substancji psychoaktywnych oraz porażki edukacyjne (szczególnie drugoroczność), które często wiążą się z wystąpieniem społecznych problemów u uczniów, sięganiem po alkohol i narkotyki, zaburzeniami zachowania, w tym działaniami przestępczymi.

Znaczenie grupy rówieśniczej dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży rośnie wraz z wiekiem i ma szczególne znaczenie w okresie adolescencji. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży związane z przynależnością (lub jej brakiem) do grupy rówieśniczej to konformizm wobec grupy, który może prowadzić do wystąpienia zachowań problemowych; kłopoty z kontaktami, utrudniające rozwój społeczny i mogące prowadzić do poczucia osamotnienia; odrzucenie, izolowanie i brak akceptacji, skutkujące obniżeniem samooceny, poczuciem osamotnienia, biernością, bezradnością i nasileniem zachowań problemowych.

### **Czynniki chroniące zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów**

W ostatnich latach badacze coraz częściej podkreślają znaczenie i sens wzmacniania czynników chroniących zdrowie, a nie tylko zapobiegania czynnikom ryzykownym dla zdrowia. Nowoczesna koncepcja profilaktyki pozytywnej opiera się na popularnej na świecie koncepcji *resilience*, opi-

<sup>40</sup> *Ibidem.*

<sup>41</sup> J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego*, *op. cit.*

sującej mechanizmy, które pozwalają młodym ludziom zachować zdrowie i utrzymać harmonijny rozwój mimo wielu przeciwności<sup>42</sup>. Zgodnie z tą koncepcją zasoby wynikające z właściwości indywidualnych, relacji i związków z bliskimi ludźmi (rodziną, przyjaciółmi) czy środowiska lokalnego (szkoły, kluby) sprzyjają pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży w sytuacjach zwiększonego ryzyka. Pozytywna adaptacja oznacza brak zaburzeń zdrowia psychicznego i pełną zdolność realizacji zadań rozwojowych<sup>43</sup>.

Wśród najistotniejszych cech indywidualnych pełniących funkcję czynników ochronnych dla zdrowia psychicznego należałoby wymienić:

- umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami, stresem, kontrolowania impulsów,
- umiejętności społeczne (porozumiewania się, nawiązywania i utrzymywania przyjaźni, rozwiązywania konfliktów),
- pozytywny obraz siebie (wysoka samoocena, wiara w swoje możliwości, poczucie własnej skuteczności, optymizm),
- wyznaczenie planów i celów życiowych, aspiracje edukacyjne,
- towarzyskość, angażowanie się w różne aktywności, rozwijanie zainteresowań.

Badacze, poszukujący czynników chroniących zdrowie dzieci i młodzieży przed niekorzystnymi zjawiskami, zgodnie wskazują środowisko rodzinne jako jedno z głównych źródeł czynników ochronnych<sup>44</sup>. Rodzina stanowi istotne środowisko, które umożliwia młodemu człowiekowi stawianie czoła i rozwiązywanie pojawiających się przed nim zadań rozwojowych oraz w znacznym stopniu determinuje odporność psychiczną na niepowodzenia<sup>45</sup>. Istotną rolę odgrywa zarówno struktura, jak i relacje pomiędzy członkami rodzin<sup>46</sup>. Do najważniejszych rodzinnych czynników chroniących należą:

<sup>42</sup> J. Mazur, I. Tabak, *Koncepcja resilience. Od teorii do badań empirycznych*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2008, nr 2, cz. I (XII), s. 599–605.

<sup>43</sup> C.A. Olsson et al., *Adolescent resilience: a concept analysis*, „Journal of Adolescence” 2003, t. 26, nr 1, s. 1–11.

<sup>44</sup> J. Patterson, *Understanding family, resilience*, „Journal of Clinical Psychology” 2002, nr 58 (3), s. 233–246.

<sup>45</sup> N.L. Galambos, M.F. Ehrenberg, *The family as health risk and opportunity: A focus on divorce and working families [w:] Health risks and developmental transitions during adolescence*, J. Schulenberg, J.L. Maggs, K. Hurrelmann (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 1999, s. 139–160.

<sup>46</sup> I. Tabak, A. Oblacińska, M. Jodkowska, *Czynniki środowiska rodzinnego jako predyktory zdrowia psychicznego młodzieży 13-letniej z różną masą ciała*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2010, nr 3 (XIV), s. 272–281; I. Tabak, *Rodzinne determinanty zdrowia psychicznego 17-latków w kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych*

- silna więź z rodzicami,
- dobra komunikacja między członkami rodziny,
- wsparcie i pozytywne wzmocnienia ze strony rodziców,
- zasady rodzinne, jasne oczekiwania rodziców,
- skuteczny monitoring i zaangażowanie rodziców w sprawę dziecka.

Za najważniejsze czynniki związane ze szkołą, które chronią przed rozwojem problemów w obszarze zdrowia psychicznego, uważa się<sup>47</sup>:

- poczucie przynależności (więź ze szkołą),
- pozytywny klimat szkoły (zwłaszcza dobre relacje pomiędzy nauczycielami i uczniami oraz między uczniami, przyjazna, wspierająca atmosfera),
- prospołecznie nastawioną grupę rówieśniczą,
- wymaganie od uczniów odpowiedzialności i udzielania sobie wzajemnej pomocy,
- okazje do przeżycia sukcesu i rozpoznawania własnych osiągnięć,
- zdecydowaną niezgodę szkoły na przemoc.

Poczucie przynależności (więź ze szkołą), podobnie jak więź z rodziną, uznawane jest za najbardziej istotny czynnik chroniący, decydujący o dobrym przystosowaniu dziecka. Tworzy się ono dzięki dobrym relacjom pomiędzy uczniami, uczniami a personelem szkoły oraz pomiędzy szkołą a rodzicami<sup>48</sup>.

Poza rodziną i szkołą również inne środowiska społeczne mogą stanowić źródło czynników ochronnych dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Wymienia się tu:

- rówieśników (dobre relacje z rówieśnikami, akceptację z ich strony),
- nieformalnych dorosłych mentorów (oparcie w zaufanej osobie dorosłej, np. trenerze sportowym, księdzu, nauczycielu),
- zasoby środowiska lokalnego (zaangażowanie w konstruktywną działalność klubów młodzieżowych, sportowych, wolontariat, przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo)<sup>49</sup>.

---

[w:] *Spoleczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 13–41.

<sup>47</sup> *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An important responsibility of a Health-Promoting and Child Friendly school*, WHO Information Series on School Health. Document 10, Geneva 2003, <http://www.who.int> [dostęp 8 listopada 2013 r.].

<sup>48</sup> J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego*, op. cit.

<sup>49</sup> K. Ostaszewski, *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży* [w:] J. Mazur i in., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed*

Elementem łączącym ochronne działanie wszystkich wymienionych środowisk jest wsparcie społeczne. Jest to jeden z ważniejszych czynników determinujących zdrowie i jakość życia dzieci i młodzieży. Oznacza ono pomoc dostępną dla jednostki i zaspokajanie potrzeb w sytuacjach trudnych<sup>50</sup>. Wsparcie może być zarówno emocjonalne (polegające na przekazywaniu emocji pozytywnych, podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, mające na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki, danie nadziei, podwyższenie samooceny i poprawę samopoczucia, uwolnienie od napięć, negatywnych uczuć i obaw), jak też informacyjne (pomoc w zrozumieniu sytuacji, jej przyczyn), instrumentalne (dostarczenie sposobów, metod rozwiązania sytuacji) albo materialne (pomoc rzeczowa, finansowa). Szczególne znaczenie dla zdrowia psychicznego ma tzw. wsparcie spostrzegane, czyli przekonanie danej osoby o dostępności różnych rodzajów wsparcia – pomocy w trudnej sytuacji. Jak wskazują wyniki badań, młodzież, która ma poczucie wsparcia społecznego, jest bardziej zadowolona z życia, rzadziej występują u niej zachowania ryzykowne dla zdrowia, lepiej radzi sobie w trudnych życiowych sytuacjach, rzadziej ma poczucie alienacji i osamotnienia oraz zaburzenia psychosomatyczne. Dlatego też chcąc dbać o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, należy zapewnić im odpowiedni poziom wsparcia w pokonywaniu problemów, zarówno tych rozwojowych, których szczególnie dużo pojawia się w okresie dorastania, jak też tych indywidualnych, z którymi młodym ludziom trudno się uporać.

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

Wspieraniem i promocją zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz profilaktyką jego zaburzeń powinni zajmować się zarówno rodzice, jak też pracownicy szkoły (nauczyciele, pedagodzy, psychologowie szkolni) i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Wielu rodziców ma z tym jednak spore trudności za względu na brak odpowiedniej wiedzy, kompetencji, brak czasu czy też własne problemy ze zdrowiem. Lekarze pediatrii w nadmiarze innych obowiązków kwestię zdrowia psychicznego często pomijają. Z kolei w szkołach programów ogólnopolskich promocji zdrowia psychicznego praktycznie nie ma, a działania, które są w tym zakresie podejmowane,

*podejmowaniem zachowań ryzykownych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008, s. 19–46.

<sup>50</sup> H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 11–28.

mają zasięg lokalny lub wręcz jednostkowy (dostępne ogólnopolskie programy profilaktyczne dotyczą uzależnień lub agresji<sup>51</sup>). Promocja zdrowia psychicznego jest, co prawda, wpleciona w podstawę programową<sup>52</sup>, jednak jej realizacja pozostaje mocno dyskusyjna.

Leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży może być prowadzone za pomocą terapii (indywidualnej, grupowej, rodzinnej) lub za pomocą farmakoterapii. Wielu terapeutów opowiada się za włączaniem w leczenie rodziców dziecka; w przypadku niektórych zaburzeń, m.in. ADHD, autyzmu, lęków separacyjnych, fobii, skuteczne są terapie behawioralne, a u młodzieży również poznawcze<sup>53</sup>. Wobec niektórych zespołów stosuje się farmakoterapię, jednak jej zasadność w leczeniu dzieci budzi wiele obaw ze względu na niewielką liczbę badań klinicznych oraz skutki uboczne leków<sup>54</sup>. W leczeniu zaburzeń lękowych oraz niektórych objawów autyzmu u dzieci często stosuje się leki przeciwdepresyjne, mające skutki uboczne w postaci wpływu na apetyt dziecka. Z kolei środki stymulujące stosowane przy leczeniu ADHD często powodują bezsenność, bóle głowy i mdłości<sup>55</sup>.

Leczenie dzieci i młodzieży odbywa się zarówno w oddziałach szpitalnych (w formie oddziałów dziennych lub całodobowych), jak i w formie porad ambulatoryjnych (w poradniach lub ośrodkach opieki środowiskowej). Do skutecznej ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży niezbędny jest jednak sprawnie działający system opieki. System taki, zdaniem prof. Ireny Namysłowskiej, wieloletniego konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, powinien zapewniać<sup>56</sup>:

- wspieranie rodzin, nauczycieli, lekarzy i instytucji społecznych w procesie wychowywania dzieci,
- stworzenie dostępności służb i programów dla dzieci, które wykazują pierwsze oznaki zaburzeń (rozwijanie systemów wczesnej interwencji),
- efektywność i bezpieczeństwo leczenia oraz dostępność dla wszystkich dzieci (niezależnie od miejsca zamieszkania, możliwości finan-

<sup>51</sup> Bank Programów Profilaktycznych, <http://www.ore.edu.pl> [dostęp 26 marca 2014 r.].

<sup>52</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. poz. 977.

<sup>53</sup> M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 334–397.

<sup>54</sup> P. Kendall, *Zaburzenia*, *op. cit.*

<sup>55</sup> M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, *op. cit.*

<sup>56</sup> I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce*, *op. cit.*

sowych i innych cech) po to, aby zredukować cierpienie, ograniczyć niesprawność i pomagać w ujawnieniu potencjału rozwojowego.

Najbardziej kosztowne i zarezerwowane dla stosunkowo małej grupy potrzebujących pomocy dzieci są wysokospecjalistyczne oddziały szpitalne, natomiast najbardziej potrzebne są środowiskowe formy pomocy (co jest zgodne z wytycznymi „Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego”). Jednak system opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi w Polsce charakteryzuje się nierównomiernym rozmieszczeniem instytucji niosących pomoc dzieciom i młodzieży (niektóre województwa są pozbawione oddziałów psychiatrycznych, a relatywnie najbardziej ograniczony dostęp do opieki psychiatrycznej mają małoletni zamieszkujący w małych miejscowościach) i skoncentrowaniem na opiece szpitalnej przy relatywnie słabym rozwoju służb środowiskowych, najbardziej skutecznych w opiece nad dziećmi i młodzieżą, takich jak poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży i oddziały dzienne<sup>57</sup>. Z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia<sup>58</sup> oraz Głównego Urzędu Statystycznego<sup>59</sup> wynika, że w Polsce w roku 2012 wskaźnik liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych na 10 tys. ludności wynosił 1,3, a liczba lekarzy psychiatrów – 0,67. Porady dotyczące zdrowia psychicznego stanowiły zaś 4,5% wszystkich udzielonych porad specjalistycznych w poradniach. Niestety, żadne z tych źródeł nie podaje osobnych statystyk dla psychiatrii dzieci i młodzieży. Zgodnie z danymi analizy rynku pracy pod koniec grudnia 2011 r. brakowało niemal połowy specjalistów psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej z liczby założonej w NPOZP<sup>60</sup>.

Brak odpowiedniej kadry psychiatrów sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem liczby psychiatrów w stosunku do liczby dzieci. Od wielu lat specjaliści zwracają uwagę na zbyt małą liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy na specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży: zgodnie z danymi Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (stan na 11 lutego 2014 r.)<sup>61</sup> dostępne są zaledwie

<sup>57</sup> *Ibidem*.

<sup>58</sup> *Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*, „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, 2013, s. 53–76.

<sup>59</sup> *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, S. Nałęcz (red), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 72–101.

<sup>60</sup> Zespół ds. Rekrutacji, Oceny Jakości Kształcenia i Absolwentów, *Analiza potrzeb rynku pracy dla kierunku Kierunek Lekarski*, 2013, [www.umlub.pl](http://www.umlub.pl) [dostęp 27 marca 2014 r.].

<sup>61</sup> <http://www.cmkp.edu.pl> [dostęp 26 marca 2014 r.].

192 miejsca na tej specjalizacji w 12 województwach (w województwach lubelskim, opolskim, podlaskim i świętokrzyskim nie ma ani jednego takiego miejsca). Mimo że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem według danych GUS<sup>62</sup> zwiększa się z roku na rok, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele dziedzin medycyny, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Powodem obaw jest m.in. starzenie się kadry medycznej i brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji. Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>63</sup> znalazła się właśnie wśród dziedzin, uznanych za „priorytetowe”. Co prawda, w ramach podejmowanych działań, mających zachęcić młodych lekarzy do wybierania dziedzin priorytetowych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego realizuje projekt „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych”, jednak psychiatria dzieci i młodzieży została w nim pominięta. Na trudną sytuację w psychiatrii dziecięcej zwraca też uwagę prof. Tomasz Wolańczyk, konsultant krajowy w tej dziedzinie<sup>64</sup>. Jego zdaniem kluczowym problemem dla systemu leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży jest jego niedofinansowanie, powodujące, że nawet przy zwiększającej się liczbie specjalistów nie ma zachęty do tworzenia nowych miejsc udzielania świadczeń i istnieje realne ryzyko zamykania istniejących ośrodków.

W tej sytuacji niezbędna jest opieka sprawowana przez psychologów, a także współuczestniczenie w opiece nad dziećmi z zaburzeniami zdrowia psychicznego innych grup zawodowych, takich jak pediatrzy, lekarze rodzinni, pedagodzy. Kształcenie psychologów klinicznych odbywa się jednak albo w formie 4-letniej specjalizacji [obecnie (stan na 21 marca 2014 r.)<sup>65</sup> dostępne są 783 miejsca na specjalizacji z psychologii klinicznej, co jest kroplą w morzu potrzeb] albo w formie bardzo kosztownych szkoleń terapeutycznych, które psychologowie odbywają na własny koszt. Opieka nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży wymaga rozwoju placówek pomocy środowiskowej (jeden z priorytetów NPOZP), pomocy rodzinie (interwencja kryzysowa, zapobieganie przemocy, poradnictwo, specjalistyczna terapia rodzin) i przekształcenia poradni psychologiczno-

<sup>62</sup> *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., op. cit.*

<sup>63</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, Dz.U. poz. 1489.

<sup>64</sup> [Za:] M. Sygut, *SOS dla psychiatrii dziecięcej. Czy uda się jej wyjść z finansowego impasu?*, „Rynek Zdrowia” z 24 marca 2014 r., <http://www.rynekzdrowia.pl> [dostęp 24 marca 2014 r.].

<sup>65</sup> <http://www.cmkp.edu.pl> [dostęp 27 marca 2014 r.].

-pedagogicznych z placówek diagnostycznych w ośrodki terapeutyczne. Jest to bowiem w chwili obecnej najlepiej zorganizowana pod względem terytorialnym sieć placówek (praktycznie w każdym powiecie jest co najmniej jedna taka poradnia). Według danych Systemu Informacji Oświatowej w Polsce funkcjonują 725 poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym 614 publicznych i 111 niepublicznych<sup>66</sup>. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej<sup>67</sup> do zadań poradni należy zarówno diagnozowanie dzieci i młodzieży, profilaktyka, jak i udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym terapii. W rzeczywistości jednak większość placówek skupia się przede wszystkim na diagnostyce.

## Rekomendacje i wnioski

Zdrowie psychiczne jest warunkiem prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży; ma także ogromne znaczenie dla współczesnego społeczeństwa. W ostatnich 25 latach w Polsce zaszły istotne zmiany polityczne i społeczne, a wraz z nimi zmieniły się styl życia i pracy oraz budowanie więzi rodzinnych i społecznych, w wyniku czego zaczęto coraz częściej odnotowywać wśród Polaków występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym. Narastanie tego zjawiska było najbardziej widoczne wśród dzieci i młodzieży. Dostępne dane dotyczące skali problemu wskazują na znaczne rozbieżności pomiędzy wynikami badań naukowych a statystykami placówek. Dzieje się tak między innymi z powodu małej dostępności opieki oraz chęci unikania stygmatyzacji zaburzeniem psychicznym, powodującej unikanie kontaktów z systemem opieki psychiatrycznej.

Dostrzeżenie znaczenia ochrony zdrowia psychicznego widać już na poziomie dokumentów krajowych i międzynarodowych. Działający obecnie system pomocy wydaje się jednak mocno niedoskonały. Poprawa dostępności opieki psychiatryczno-psychologicznej oraz zmiana stereotypów na temat korzystania z tej opieki powinny być jednym z priorytetów działań decydentów. Realną szansą na istotną poprawę stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest połączenie zakrojonych na szeroką skalę programów profilaktycznych ze skutecznymi i dostępnymi, niezależnie od miejsca zamieszkania i zasobów materialnych, formami terapii.

<sup>66</sup> Dane z 30 września 2013 r., <http://www.cie.men.gov.pl> [dostęp 28 marca 2014 r.].

<sup>67</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, Dz.U. poz. 199.



Chcąc wzmacniać zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, należy przede wszystkim:

- wspierać rodziny – zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, ochrony zdrowia psychicznego rodziców, jak też stosując regulacje prawne umożliwiające rodzicom spędzanie większej ilości czasu ze swoimi dziećmi, by relacje rodzinne oparte na skutecznej komunikacji, monitoringu i wzajemnym wsparciu stanowiły czynnik chroniący zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży,
- wspierać szkoły – dbać o odpowiednie przygotowanie kadry pedagogicznej do wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz stwarzać odpowiednie warunki do pracy (mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły),
- pracować z dziećmi i młodzieżą nad podnoszeniem ich umiejętności życiowych, umożliwiających efektywne radzenie sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia; szczególnie ważne jest uczenie prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowanie poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny,
- zapobiegać dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

## Bibliografia

- Kendall P., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, GWP, Gdańsk 2004.
- Mazur J., Tabak I., *Koncepcja resilience. Od teorii do badań empirycznych*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2008, nr 2, cz. I (XII).
- Mazur J. i in., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.
- Namysłowska I., *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*, „Postępy Nauk Medycznych” 2013, nr 1.
- Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWL, Warszawa 2007.
- Rola J., *Depresja u dzieci*, APS, Warszawa 2001.
- Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk 2002.
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Spółeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Szymańska J., *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.

- Tabak I., Oblacińska A., Jodkowska M., *Czynniki środowiska rodzinnego jako predyktory zdrowia psychicznego młodzieży 13-letniej z różną masą ciała*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2010, nr 3.
- Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.
- Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, T. Wolańczyk, J. Komender (red.), PZWL, Warszawa 2005.
- Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, C. Czabała (red.), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.