

Coraz więcej dorosłych ma świadomość, że zdrowie psychiczne dziecka jest tak samo ważne, jak jego samopoczucie fizyczne. Zdrowie psychiczne wpływa na rozwój dziecka – fizyczny, intelektualny, emocjonalny i społeczny. Problemy w tym obszarze dodatkowo pogorszyła pandemia i jej długofalowe konsekwencje.

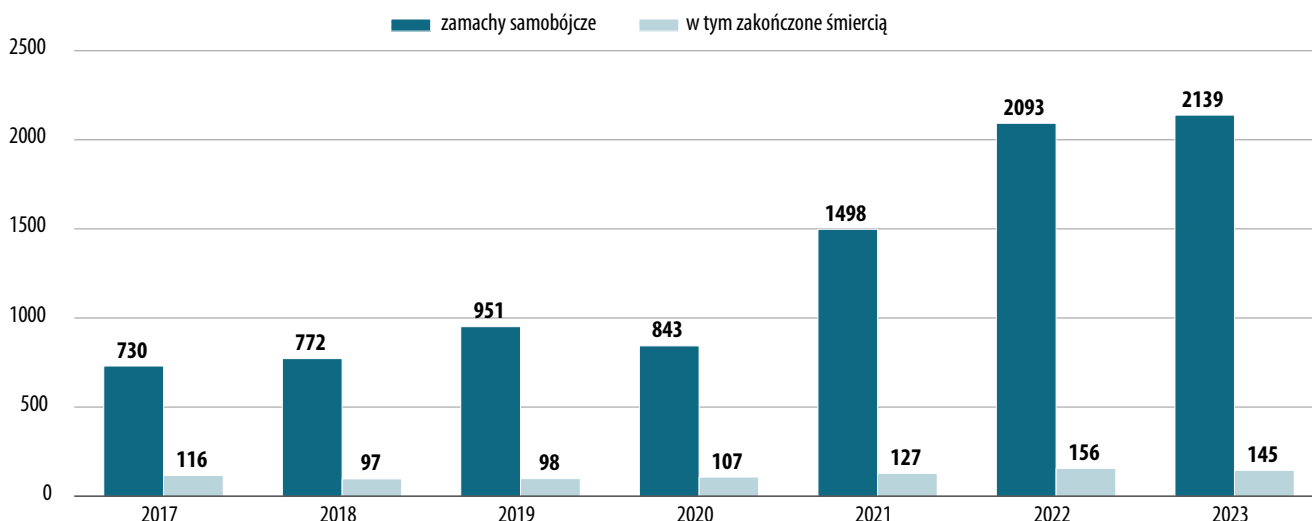
ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY – WYBRANE ASPEKTY

Aneta Zdunek
Fundacja ETOH

Od kilku lat w przestrzeni publicznej wiele uwagi poświęca się zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży. Temat ten pojawia się w mediach ogólnopolskich i branżowych, dyskutują o nim środowiska medyczne, związane z edukacją, organizacje pozarządowe realizują kampanie

społeczne i podejmują inne działania. Wszyscy zadają sobie pytanie: w jakiej kondycji psychicznej są obecnie polskie dzieci i nastolatki i co możemy zrobić jako dorośli w tym obszarze. Podstawowych informacji dostarczają nam badania.

Wykres 1. Liczba zamachów samobójczych, w tym zakończonych śmiercią, wśród dzieci i młodzieży w latach 2017–2023.



Źródło: Komenda Główna Policji (statystyka.policja.pl).

Zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży – rozpowszechnienie

Szacuje się, że w Polsce wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej dzieci i młodzieży jest zbliżony do światowego i wynosi 13-16%. Z badania „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”, które było realizowane w latach 2018–2020 na próbie losowej 15 tys. osób, wynika, że w naszym kraju ponad 550 tys. dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat doświadcza zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego (ponad 200 tys. dzieci w wieku 7-11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12-17 lat). Z tego wynika, że co ósme dziecko w grupie wiekowej 7-17 lat cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. W grupie wiekowej 7-11 lat najczęstszym zaburzeniem są zaburzenia lękowe, w tym fobie (8,1%), w starszej grupie 12-17 lat przeważają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (4,2%), zaburzenia odżywiania (2,6%) i zaburzenia afektywne (2,4%). Tendencje samobójcze (myśli samobójcze i/lub zachowania samobójcze) przejawiało 5,7% nastolatków. Blisko 14 tys. (0,6%) młodzieży w wieku 12-17 lat ma za sobą próbę samobójczą, a 140 tys. (4,6%) miało myśli samobójcze. Problem tendencji samobójczych i w ogóle nasilenie zaburzeń psychicznych wzrasta z wiekiem i najczęściej deklarują je nastolatki z grupy 16-17 lat. Może to świadczyć o tym, że dojrzewanie jest wyjątkowo wrażliwym rozwojowo okresem. Autorzy

badan stwierdzili, że istotnym czynnikiem różnicującym rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży był status socjalny rodziny. Co piąta rodzina objęta pomocą społeczną zmagają się z tego typu zaburzeniami swoich dzieci. Dane wskazują także, że tylko 20% dzieci korzysta z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej w ramach NFZ, gdy jest ona niezbędna. Istotny problem w polskim społeczeństwie stanowią także samobójstwa wśród młodzieży. Dane, którymi dysponuje Komenda Główna Policji¹, pokazują, że tendencja w tym zakresie jest stale rosnąca, szczególnie w grupie 13-18-latków. Liczba zamachów samobójczych wśród osób poniżej 18. roku życia zwiększyła się z 730 w 2017 roku do 2139 w 2023 roku. Jednocześnie w 2023 roku 145 z tych zamachów zakończyło się zgonem.

Ze znacznymi wzrostami liczby samobójstw i prób samobójczych mieliśmy do czynienia w latach 2020–2023:

- w 2020 roku było 843 prób samobójczych, w tym 107 samobójstw,
- w 2021 roku było już 1496 prób, w tym 127 samobójstw — to wzrost o 77%,
- w 2022 roku mieliśmy 2093 próby samobójcze, w tym 156 samobójstw — znów wzrost o 40%,
- w 2023 roku odnotowano 2139 prób samobójczych, w tym 145 samobójstw, daje to wzrost tylko niewiele ponad 2% wobec 2022 roku, ale o 54% w stosunku do 2020.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na każdą odnotowaną w oficjalnych statystykach śmierć samo-

bójczą młodej osoby przypada od 100 do 200 prób². Przenosząc to na grunt polski, to próbę odebrania sobie życia w ubiegłym roku podjęłoby od 12 700 do 25 400 osób poniżej 18. roku życia.

Najwięcej dzieci próbowało popełnić samobójstwo w województwie pomorskim – aż 406 razy, śląskim – 295 prób samobójczych i łódzkim – 219. Najmniej w województwie opolskim – 21 dzieci (to najmniejsze województwo w Polsce), lubuskim – 33 osoby i kujawsko-pomorskim – 60 dzieci.

Na skalę kryzysu zdrowia psychicznego wskazuje Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, która od 2008 roku prowadzi telefon wsparcia dla dzieci i młodzieży 116 111, będący pierwszą linią pomocową, zwłaszcza w obliczu ograniczonego dostępu do zbyt małej liczby specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Według najnowszych danych w 2023 roku konsultanci telefonu zaufania przeprowadzili 53 908 rozmów i odpowiedzieli na 10 332 wiadomości online. Podjęli też 883 interwencje ratujące zdrowie lub życie dziecka.

Problemy oczami nauczycieli

Dzieci spędzają w szkole większą część swojego dnia przez pięć dni w tygodniu. Towarzyszy im ona przez około 12 lat ich życia, w okresie, który jest dla nich najbardziej wrażliwy rozwojowo i emocjonalnie. Dlatego nauczycielki i nauczyciele jako jedni z pierwszych mogą rozpoznać objawy pojawiających się problemów psychicznych u swoich uczniów. Rola szkoły jest w tym obszarze kluczowa. Badanie „Rozmawiaj z klasą. Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek³, zrealizowane w 2020 roku, pokazało, że większość nauczycieli dostrzega problemy emocjonalne swoich uczniów. Czasami widzą je znacznie wcześniej niż rodzice lub opiekunowie tych dzieci. 58% nauczycielek i nauczycieli twierdzi, że jest w stanie zaobserwować problemy psychologiczne lub psychiczne ucznia lub uczennicy. W szkołach średnich wskazują oni na depresję jako poważny problem, szczególnie w liceach (65%), gdzie często zauważają również stany lękowe u młodych osób (31%). Natomiast nauczyciele w szkołach podstawowych częściej zwracają uwagę na agresję, problemy z relacjami rówieśniczymi i zaburzenia koncentracji, a także wzmoczoną aktywność dzieci. Na pytanie: „Co według Ciebie jest najczęstszą przyczyną problemów psychicznych/psychologicznych uczniów/uczennic?” nauczyciele

w pierwszej kolejności wymienili niskie poczucie własnej wartości (76%) i brak zainteresowania ze strony rodziców lub opiekunów (również 76%). Na kolejnych miejscach znalazły się: brak akceptacji rówieśników (68%), problemy rodzinne (65%) i presja rówieśników (44%). Zaskakujący jest fakt, że 24% nauczycieli nie wie, czy ich uczniowie zwróciliby się do nich z problemem. Co czwarty nie czuje, że ma silną, opartą na zaufaniu relację ze wszystkimi uczniami.

Wobec tak poważnych problemów, które ujawniają dzieci, ważne jest zapewnienie kadrze nauczycielskiej wysokiej jakości szkoleń dotyczących zdrowia psychicznego uczniów. Ponad połowa nauczycieli brała udział w szkoleniach z zakresu rozpoznawania i radzenia sobie z problemami uczniów. W przypadku nauczycieli 45 plus odsetek ten wyniósł 69, a w grupie nauczycieli do 44 lat wartość ta wyniosła 55%. Potrzeby szkolenia się nie widzi aż 27% nauczycieli. Na pytanie, dlaczego nie biorą udziału w szkoleniach, 3% badanych podaje, że ma wykształcenie kierunkowe, które daje im wiedzę i umiejętności do radzenia sobie z trudnościami uczniów, z kolei 9% twierdzi, że nie odczuwa takiej potrzeby. Na pytanie o przyczyny takiego podejścia padały następujące odpowiedzi: posiadam wystarczającą wiedzę i praktykę; doksztalcam się we własnym zakresie; radzę sobie i wiem, do kogo skierować ucznia z problemami; nie odczuwam takiej potrzeby – nie jestem wychowawcą; nie mam czasu i możliwości się doksztalać; nie wiem, gdzie szukać szkoleń i możliwości rozwoju. Nauczyciele, którzy szukają szkoleń i chcą zdobyć nową wiedzę (tych jest na szczęście więcej), mówią, że zależy im na wiedzy praktycznej przekazywanej przez specjalistów. Wskazują na to, że potrzebują w czasie szkoleń wskazówek i konkretnych, jak rozmawiać z dziećmi w kryzysie i ich rodzicami o istniejących problemach. Teoria nie jest dla nich użyteczna.

W badaniu „Rozmawiaj z klasą” poruszono także wątek roli rodzica jako niezbędnego czynnika w procesie reagowania na kryzys. Podjęcie odpowiednich wysiłków wymaga dobrej współpracy nauczycieli z rodzicami, tymczasem znaczna część nauczycieli podkreśla brak otwartości rodziców lub opiekunów na współpracę w zakresie problemów uczniów. Na pytanie: „Jak w ocenilibyś/łabyś otwartość rodziców na współpracę z Tobą/szkołą w zakresie rozwiązywania problemów psychicznych/psychologicznych uczniów? Zaznacz na skali, gdzie 1 oznacza brak otwartości na współpracę, a 10 współpracę

przebiegającą wyjątkowo dobrze”, 27% deklaruje, że rodzice są bardzo otwarci na współpracę w zakresie problemów psychicznych/psychologicznych (oceny od 8 do 10), ale aż 44% badanych oceniło otwartość rodziców na współpracę poniżej 5 w skali do 10.

Pomimo trudności w relacjach z uczniami, wielu nauczycieli ma świadomość, że odgrywają oni w ich życiu rolę znaczących osób. W tym aspekcie podczas badania poproszono nauczycieli o wskazanie, dlaczego uważają, że uczniowie mają do nich zaufanie. Wymieniali takie cechy, jak: szacunek, empatia, poważne traktowanie, partnerskie traktowanie, umiejętność słuchania, nieocenianie, uważność, szczerłość i zainteresowanie.

Ochrona zdrowia psychicznego

W 2018 roku Ministerstwo Zdrowia przystąpiło do wdrażania reformy w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, której celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Reforma ma m.in. wyrównać różnice pomiędzy poszczególnymi regionami oraz zapobiec nadmiernemu obciążeniu oddziałów psychiatrycznych poprzez rozwój pomocy dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi na innych poziomach świadczenia usług zdrowotnych, przede wszystkim w bliskim środowisku młodego pacjenta.

Nowy model składa się z trójstopniowego systemu opieki:

- **I stopień referencyjności** stanowią ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21. roku życia kształcącej

się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia (z zastrzeżeniem, że osoby poniżej 18 lat muszą posiadać zgodę opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń).

W ośrodku można skorzystać z następujących świadczeń:

- porada psychologiczna diagnostyczna,
- porada psychologiczna,
- sesja psychoterapii indywidualnej,
- sesja psychoterapii rodzinnej,
- sesja psychoterapii grupowej,
- sesja wsparcia psychospołecznego,
- wizyta, porada domowa lub środowiskowa,
- wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową.

Świadczenia realizowane są przez zespół specjalistów: psychologa, psychoterapeutę oraz terapeutę środowiskowego. Opieka w ramach I poziomu referencyjnego oparta jest przede wszystkim na realizacji świadczeń w środowisku. Z tego powodu zalecany jest wybór placówki jak najbliżej miejsca zamieszkania. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego. Na tym poziomie pomagania kładzie się nacisk na realizację świadczeń w środowisku młodego pacjenta (min. 15% świadczeń powinno odbywać się w domach pacjentów).

- **II stopień referencyjności stanowią:**
 - **Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego**, w którym w ramach poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, realizowane są świadczenia ambulatoryjne przez lekarzy psychiatrów, psychologów oraz psychoterapeutów;
 - **Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**, w którym w ramach poradni zdro-

Tabela 1. Opieka psychiatryczna nad osobami do 18. roku życia w latach 2018–2023.

Rok	Liczba pacjentów	Liczba porad	Liczba hospitalizacji	Liczba osobodni hospitalizacji	Liczba osobodni w opiece dziennej
2018	146 476	854 089	13 053	552 351	189 050
2019	148 808	917 796	13 493	547 542	218 282
2020	146 200	1 231 726	10 920	454 970	167 033
2021	215 204	2 190 394	13 775	543 571	225 296
2022	254 635	2 600 448	16 809	630 515	276 177
2023	283 387	2 609 325	18 084	658 379	444 434

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych z NFZ.

wia psychicznego dla dzieci i na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci, realizowane są odpowiednio świadczenia ambulatoryjne i dzienne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych.

Do świadczeń realizowanych w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w zakresie II poziomu referencyjnego nie jest wymagane skierowanie.

- Na **III, najwyższym poziomie referencyjnym** funkcjonują **ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej**. Pomoc mogą w nich znaleźć pacjenci z najpoważniejszymi zaburzeniami, w tym w szczególności w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. W ośrodkach tych mają się kształcić także przyszli specjaliści z zakresu psychiatrii dziecięcej. Co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego powinien się znaleźć w każdym województwie. Do świadczeń realizowanych w zakresie III poziomu referencyjnego wymagane jest skierowanie, jednak w stanie nagłego zagrożenia życia można się zgłosić bez skierowania.

Według stanu na 7 listopada 2024 roku w Polsce działało 491 placówek I poziomu referencyjnego, 173 centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – 83 realizujące świadczenia w zakresie poradni zdrowia psychicznego i 90 z poradnią zdrowia psychicznego i oddziałem dziennym, a ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej jest 34⁴. Warto jednak odnotować, że istnieje nierównomierny rozkład placówek najwyższego poziomu referencyjności:

- między poszczególnymi województwami: w województwach mazowieckim, dolnośląskim czy wielkopolskim ośrodków jest kilka, ale w warmiń-

sko-mazurskim, podlaskim czy lubuskim jest tylko po jednym oraz

- w obrębie jednego województwa: w województwie małopolskim są trzy ośrodki III poziomu referencyjnego, ale wszystkie znajdują się w Krakowie⁵.

Z danych zamieszczonych na portalu basiw.mz.gov.pl wynika, że szpitalna opieka psychiatryczna nad osobami do 18. roku życia miała w 2023 roku głównie charakter interwencyjny. Tylko 21% przyjęć dzieci na oddziały psychiatryczne miało charakter planowy, a 76% było przypadkami nagłymi. Może to oznaczać, że system działa w trybie reagowania w sytuacjach kryzysowych i zagrożenia życia, a nie planowanego leczenia chorób.

Dostęp do psychiatrii dziecięcej

W dyskusji publicznej co jakiś czas powraca temat zwiększenia liczby psychiatrów dzieci i młodzieży, poprawy warunków ich pracy i promocji wyboru specjalizacji psychiatrii dziecięcej. Choć liczba lekarzy tej specjalizacji rośnie, to jednak ten wzrost nie jest zadowalający. Obecnie brakuje wystarczającej liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, co ogranicza dostępność opieki psychiatrycznej dla najmłodszych.

Najwięcej lekarzy psychiatrów wykonujących zawód pracuje na Mazowszu, w Małopolsce oraz w województwie łódzkim i dolnośląskim. Najmniej natomiast w województwach opolskim, warmińsko-mazurskim oraz lubuskim.

Elementem reformy psychiatrii jest zwiększenie kadry medycznej w tym obszarze, dlatego Ministerstwo Zdrowia zakłada, że do 2027 roku zostanie wykształconych co najmniej 1200 nowych specjalistów w zakresie psy-

Tabela 2. Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w latach 2019–2024.

Rok	Liczba wszystkich psychiatrów dziecięcych	Liczba psychiatrów dziecięcych wykonujących zawód
2019	477	441
2020	498	465
2021	514	480
2022	555	521
2023	579	553
2024 (na dzień 30.09)	590	564

Zródło: Centralny Rejestr Lekarzy RP należący do Naczelnej Rady Lekarskiej.

choterapii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży⁶.

Autorzy „Raportu regulacyjnego. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce” wyliczają kilka problemów istniejących w obszarze specjalizacji lekarskiej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży:

- niedostatek specjalistów;
- ograniczenia prawne;

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty ogranicza liczbę lekarzy, którzy mogą w tym samym czasie szkolić się u jednego kierownika specjalizacji, co hamuje rozwój liczby specjalistów także psychiatrii dziecięcej. Im mniej jest specjalistów, tym mniej nowych specjalistów może się więc szkolić.

- brak miejsc szkoleniowych;

Istnieje pilna potrzeba tworzenia kolejnych miejsc szkoleniowych, zwłaszcza w regionach z niedoborem specjalistów.

- problemy z rekrutacją;

Obecny system rekrutacji na specjalizację jest nieefektywny i sprawia trudności kandydatom, wpływając na jakość i liczebność przyszłych specjalistów.

- niskie wynagrodzenia i złe warunki pracy

Wynagrodzenia kierowników specjalizacji są niskie, a warunki pracy w wielu placówkach nieatrakcyjne, co zniechęca lekarzy do podejmowania tej funkcji⁷.

Jak zadbać o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży?

W kontakcie z drugim człowiekiem, w tym również tym bardzo młodym, niezwykle istotną rolę odgrywa uważność. To, że widzimy tę drugą osobę „tu i teraz”, dostrzegamy, co się z nią dzieje. Patrzymy na nią bez oceniania. Czasami niewiele potrzeba, by zareagować i zapobiec eskalacji problemu.

Pierwsza pomoc emocjonalna powinna składać się z tzw. czterech zetek⁸:

Zauważ

Zwróć uwagę na niepokojące zmiany w zachowaniu dziecka. Okaż zainteresowanie i troskę. Powiedz o faktach i o tym, jakie emocje one w tobie wywołują – przykładowa reakcja: *Zauważyłam/em, że w ostatnich dniach jesteś bardzo smutna/y i że często płaczesz. Martwię się o ciebie.*

Zapytaj

Zaproś dziecko do rozmowy, zadając pytania – np. *Czy możemy porozmawiać o tym, co się u ciebie dzieje?* Czy

jest coś, co mogę zrobić albo co wspólnie możemy zrobić, żebyś poczuł/a się lepiej?

Zaakceptuj

To, co usłyszysz, może być dla ciebie trudne lub niezrozumiałe. Możesz postrzegać daną sytuację inaczej niż dziecko. Nie przedstawiaj kontrargumentów, nie przekonuj, że rzeczywistość wygląda inaczej, niż dziecko o niej opowiada. To bardzo ważne, żeby zaakceptować wszystko, co usłyszysz (nie bagatelizuj, nie osądzaj, nie pocieszaj na siłę) – np. *Słyszę, że tak siebie widzisz i wyobrażam sobie, że jest ci z tym bardzo trudno.*

Zareaguj

Kiedy dostrzegamy problemy dziecka, chcemy mu pomóc szybko i skutecznie. To naturalna reakcja, tzw. odruch korygowania. Najlepiej jednak zapewnić dziecku fachową pomoc, umawiając je ze specjalistą, który jest najbliższym dziecku, to może być pedagog lub psycholog szkolny albo specjalista z systemu ochrony zdrowia. Możesz zaproponować towarzyszenie podczas wizyty. Trudne doświadczenia nastolatków są elementem na drodze do stawania się niezależnymi osobami dorosłymi. Warto, aby na tej drodze towarzyszyli im życzliwi i uważni dorośli (rodzice, nauczyciele), którzy za sprawą swojego zachowania mogą przeciwdziałać pojawieniu się poważnych kryzysów psychicznych, a w dalszej kolejności konieczności zwracania się po pomoc do specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego.

Przypisy

- ¹ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>
- ² Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M., Bunney W.E. (ed.) (2002), „Reducing suicide: a national imperative”, Washington, DC: National Academy Press.
- ³ Respondentami byli nauczycielki i nauczyciele szkół podstawowych i ponadpodstawowych (N=1535), którzy wypełniali ankietę online. Badanie zostało zrealizowane w ramach projektu „Rozmawiaj z klasą”. Projekt był finansowany w ramach Programu „Fundusz pomocowy dla organizacji pozarządowych oraz inicjatyw obywatelskich 2020”, utworzonego przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności, realizowanego przez Fundację Edukacja dla Demokracji.
- ⁴ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>
- ⁵ <https://pacjent.gov.pl/artukul/leczenie-psychiatryczne-mlodziezy-i-dzieci-mapa>
- ⁶ „Raport regulacyjny. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce”, s. 20.
- ⁷ „Raport regulacyjny. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce”, s. 52.
- ⁸ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-jak-pomoc-dziecku-w-kryzysie-psychicznym,8482.html>