

## **Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na przykładzie Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, Młodzieży ich Rodzin w Rzeszowie**

*Dariusz Baran*

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży funkcjonuje w ramach Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego SPZZOZ w Rzeszowie. Placówka jest jednostką podległą Urzędowi Marszałka Województwa Podkarpackiego. Świadczenia medyczne realizowane są na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W poradni zatrudnionych jest na pełnych etatach sześć osób: dwóch lekarzy psychiatrów, troje psychologów oraz pielęgniarka psychiatryczna. Aktualnie przy zgłoszeniu się do lekarza psychiatry nie są wymagane skierowania. W przypadku wizyty u psychologa konieczne jest skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego specjalisty np. psychiatry, neurologa, pediatry. W wielu przypadkach (szacunkowo około 50%) lekarze wypisują skierowania na prośbę samych rodziców, którzy potrzebują porady psychologicznej w związku z określonym kryzysem wychowawczym w domu lub w szkole. W innej sytuacji, kiedy lekarz sam rozpoznaje dolegliwości psychosomatyczne i zaburzenia psychiczne u małego lub dorastającego pacjenta, kieruje go do lekarza psychiatry lub psychologa. W większości przypadków do poradni zgłaszają się rodzice ze swoimi dziećmi lub odpowiednio opiekunowie z podopiecznymi. Zdarza się, że w sytuacjach kryzysowych zwracają się po pomoc osoby nastoletnie. Leczenie psychiatryczne osób niepełnoletnich nie jest możliwe bez wiedzy i zgody rodziców lub prawnych opiekunów, jednak młodzież może korzystać z porad psychologicznych, które często służą włączeniu dorosłych członków rodziny w system pomocy terapeutycznej.

W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2004 r. przyjęto w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży łącznie 1194 pacjentów w wieku od 2 do 19 lat. Liczba udzielonych świadczeń psychiatryczno-psychologicznych jest większa, ponieważ niektórzy pacjenci po kilka razy korzystali z porad. Ze względu na wiek grupę pacjentów można podzielić na cztery okresy rozwojowe związane z edukacją szkolną: okres przedszkolny (2-6 lat), szkoła podstawowa (7-13), gimnazjum (14-16), szkoła średnia (17-19). Powyższy podział jest może trochę arbitralny, jednak obecny system edukacji szkolnej jest odpowiednio dostosowany do etapów rozwoju psychospołecznego młodzieży.

W poradnictwie zdrowia psychicznego do opisu klinicznego zgłaszanych problemów dotyczących dzieci i młodzieży stosuje się międzynarodową klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania według ICD-10. Lista kategorii z odpowiednim kodem obejmuje:

- F00-F09 Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi.
- F10-F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.
- F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe.
- F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne)
- F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.
- F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.
- F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.
- F70-F79 Upośledzenie umysłowe.
- F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)
- F90-F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

Okres	F0*	F1*	F2*	F3*	F4*	F5*	F6*	F7*	F8*	F9*	Razem	%
Przedszkole	0	0	0	0	7	0	0	4	54	96	161	13,5%
Szkoła podstawowa	1	0	1	1	83	1	0	81	37	239	444	37,2%
Gimnazjum	0	0	5	13	75	10	0	72	7	119	301	25,2%
Szkoła średnia	1	1	15	17	71	19	1	91	4	68	288	24,1%
Razem	2	1	21	31	236	30	1	248	102	522	1194	100,0%
%	0,2%	0,1%	1,8%	2,6%	19,8%	2,5%	0,1%	20,8%	8,5%	43,7%	100,0%	

Termin „zaburzenie” jest używany w całej klasyfikacji celem uniknięcia poważniejszych wątpliwości dotyczących terminu choroba. Budowane w medycynie klasyfikacje chorób zależą od wybranych kryteriów (patogeneza, etiologia), a wybór ten z kolei odzwierciedla potrzeby praktyczne (profilaktyka, terapia) oraz zakres posiadanej wiedzy. Ostatnia tendencja zmierza do tego, aby klasyfikacja porządkowała obserwowane objawy kliniczne lub zachowania połączone w większości przypadków z określonym cierpieniem. Unika się pojęcia „choroby psychicznej” ze względu na trudność ścisłego rozróżnienia pomiędzy patologią i normą psychiczną. Pojęcie „zaburzenia” nie jest terminem ścisłym. Pozwala to pozornie uniknąć problemu definicji „choroby psychicznej”. W ten sposób na przykład autyzm dziecięcy i schizofrenia, które mają związek z patogenezą funkcjonowania mózgu, są zakwalifikowane obok zaburzeń emocjonalnych i zachowania, które stanowią reakcję dziecka na oddziaływanie środowiska rodzinnego i społecznego. Szczególnie w poradnictwie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży to rozróżnienie ma fundamentalne znaczenie. Co innego znaczy, że zachowanie dziecka jest przejawem choroby (wadliwego funkcjonowania mózgu), w porównaniu z sytuacją, kiedy zachowanie dziecka jest problemowe w kontekście wymagań wychowawczych i kulturowych. Dla zobrazowania tej różnicy można posłużyć się metaforą wadliwie działającego komputera. Uszkodzone mogą być części mechaniczne (hardware) albo oprogramowanie (software). Analogia ta ma pewne uzasadnienie w tym, że układ nerwowy funkcjonuje jak urządzenie cyfrowe. Impulsy nerwowe są przesyłane przez połączenia synaptyczne metodą zero-jedynkową. Rozwój psychiczny człowieka przypomina instalowanie systemu operacyjnego na twardym dysku komputera, który pozwala na gromadzenie danych (doświadczeń) i konstruowanie indywidualnych programów (planów) życiowych w interakcji z innymi ludźmi w sieci społecznej.

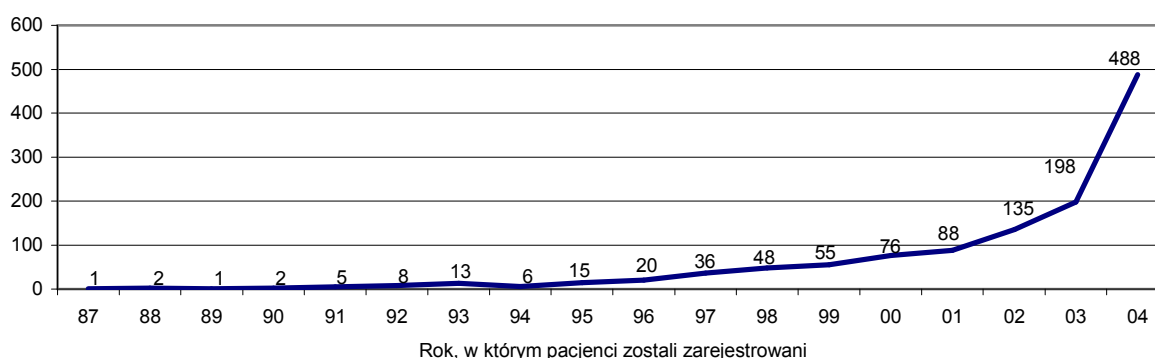
Rola zespołu terapeutycznego jest analogiczna do zadania konserwatora i administratora sieci komputerowej. Farmakoterapia to oddziaływanie na poziomie biologicznym, które przypomina naprawę mechaniczną elementów składowych zestawu komputerowego. Psychoterapia indywidualna opiera się na oddziaływaniu psychologicznym, analogicznie do instalowania systemu operacyjnego oraz innych programów użytkowych. Należy jednak nadmienić, że w odróżnieniu od komputera, zmiana skryptu życiowego dokonuje się przy aktywnym udziale osoby, której to dotyczy. Terapia rodzin i konsultacje systemowe odbywają się w obecności członków rodziny identyfikowanego pacjenta oraz ewentualnie innych osób, które w określony sposób zaangażowane są w sytuację problemową i poszukują rozwiązań. Przypomina to zarządzanie siecią wzajemnie ze sobą sprzężonych stanowisk komputerowych.

Świadczenia medyczne (psychiatryczno-psychologiczne) realizowane są w trzech wymiarach: biologicznym, psychicznym i społecznym.

W przypadku osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi istnieją ustawowe przepisy, które regulują kwestię leczenia bez zgody pacjenta. Dzieci i młodzież szkolna są najczęściej przyprawdane do poradni przez swoich rodziców i opiekunów zaniepokojonych ich zachowaniami i reakcjami emocjonalnymi. Niekiedy wizyta u specjalisty wynika z presji zewnętrznej wywieranej na rodziców z powodu zachowań problemowych dziecka w szkole lub innym środowisku.

Najczęściej terapia odbywa się na jednej lub kilku sesjach diagnostyczno-terapeutycznych, odpowiednio prowadzonych przez lekarza psychiatrę lub psychologa z kompetencjami terapeuty rodzinnego.

Liczebność pacjentów przyjętych w I półroczu 2004 roku pod względem daty pierwszego przyjęcia w poradni



Spośród wszystkich pacjentów przyjętych w poradni w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2004 roku 59 % z nich zostało zarejestrowanych w poprzednich latach. Oznacza to, że była to kontynuacja leczenia i psychoterapii, albo kontrola lekarska, albo uaktualniona diagnoza psychologiczna, albo podjęcie pracy terapeutycznej po latach w nowych okolicznościach. Długoletni kontakt dotyczy szczególnie pacjentów z upośledzeniem umysłowym (F70-F79), którzy stanowią około 21% grupę spośród wszystkich przyjętych. Dlatego dopiero analiza przyjęć pacjentów „pierzszorazowych” pozwala na przekrojową analizę funkcjonowania poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Okres rozwojowy	F0*	F1*	F2*	F3*	F4*	F5*	F6*	F7*	F8*	F9*	Razem	%
Przedszkole	0	0	0	0	6	0	0	1	37	77	121	25%
Szkoła podstawowa	1	0	0	1	47	1	0	11	10	126	197	41%
Gimnazjum	0	0	1	4	33	4	0	15	1	44	102	21%
Szkoła średnia	0	1	2	8	20	5	1	1	0	25	63	13%
<b>Razem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>106</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>272</b>	<b>483</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>22%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>6%</b>	<b>10%</b>	<b>56%</b>	<b>100%</b>	

Z tabeli wynika, że 22 % pacjentów „pierwszorazowych” wymagało interwencji terapeutycznych według paradygmatu medycznego. Kategorie typu: F0\*, F1\*, F2\*, F3\*, F5\*, F6\*, F7\*, F8\* dotyczą zaburzeń uwarunkowanych biologicznie. Anoreksja nervosa (F50.0) jest przykładem zaburzeń psychicznych powstałych na poziomie intrapsychoicznym, rodzinnym i kulturowym. Ponieważ dochodzi do jakościowej zmiany percepcji własnego ciała u pacjentek oraz biologicznego wyniszczenia ich organizmu, to konieczne jest rozpoczęcie terapii od „umedyczenia” problemu, czyli nazwania go chorobą. Następnie program terapeutyczny prowadzi do poszerzania „obszaru zdrowia” w doświadczeniach intrapsychoicznych oraz „normalności” (życie sprawami codziennymi) w relacjach rodzinnych i społecznych.

Paradygmat medyczny, czyli leczenie choroby, stosuje się w przypadku upośledzenia umysłowego (F7\*) oraz zaburzeń rozwojowych (F8\*). Terapia polega na stworzeniu warunków do optymalnego rozwoju psychospołecznego na miarę możliwości dziecka. Diagnoza i leczenie psychiatryczne są wspomagające. Rehabilitacja odbywa się głównie w ramach ośrodka wczesnej interwencji dla małych dzieci oraz w trakcie nauki przy realizacji specjalnego programu edukacyjnego. Do tej grupy należy autyzm dziecięcy (F84), który przejawia się zaburzeniem kontaktów społecznych.

Dysleksja (F81), w tym dysgrafia i dysortografia, należą do kategorii zaburzeń rozwojowych określanych, jako specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych. Diagnoza stopnia upośledzenia umysłowego lub stwierdzenie zaburzeń dyslektycznych służy temu, aby dostosować wymagania edukacyjne do możliwości ucznia i zapewnić mu adekwatną opiekę psychologiczno-pedagogiczną.

Grupa pozostałych 78 % pacjentów reprezentuje kategorie zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem (F4\*) oraz zaburzeń emocjonalnych i zachowania rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F9\*). W takich przypadkach sprawdza się podejście systemowe zorientowane na rozwiązanie problemu. W ujęciu pedagogicznym można mówić o kryzysach wychowawczych. Kontakt z rodzicami służy budowaniu wsparcia emocjonalnego dla dziecka i określaniu jasnych granic w sytuacjach wychowawczych.

Okres	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F98	F99	Razem	%
<b>Przedszkole</b>	35	3	4	22	3	3	7		77	<b>28%</b>
<b>Szkoła podstawowa</b>	35	9	18	43	2	12	6	1	126	<b>46%</b>
<b>Gimnazjum</b>	5	12	15	11	1				44	<b>16%</b>
<b>Szkoła średnia</b>	2	6	7	4	1		4	1	25	<b>9%</b>
<b>Razem</b>	77	30	44	80	7	15	17	2	272	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>28%</b>	<b>11%</b>	<b>16%</b>	<b>29%</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>	

W kategorii zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F9\*) dominują przypadki zaburzeń emocjonalnych (F93) oraz zespół nadpobudliwości ruchowej (F90). Jednakże ta „nadpobudliwość” nie jest taka oczywista.

W okresie przedszkolnym i wczesno-szkolnym pojawia się dużo dzieci ze skierowaniami od lekarzy rodzinnych z rozpoznaniem „nadpobudliwości”. Zapewne wiele z nich wypisanych jest na prośbę samych rodziców. Często rodzice posługują się angielskim skrótem ADHD rozpowszechnionym przez media. Ta „nadpobudliwość” ma różne oblicza. Kontinuum rozciąga się od przypadku chłopca, którego matka przez prawie godzinę opowiadała o

problemach z jego nadpobudliwym zachowaniem w szkole, zaś pacjent siedział nieporuszony przez całą godzinę. Z drugiej strony można wybrać przykład innego chłopca, który aktywnie słuchał i wypowiadał się w trakcie rozmowy z udziałem matki, jednocześnie wykonując nieustanne ruchy kończynami dolnymi i górnymi oraz przemieszczając się po gabinecie tam i z powrotem. W części przypadków farmakoterapia bywa pomocna i łagodzi objawy. Z drugiej strony rodzice stoją przed zadaniem stworzenia spójnego systemu oddziaływań wychowawczych w domu i w szkole we współpracy z nauczycielami.

„Nadpobudliwość” u dzieci przedszkolnych przejawia się wzmożoną aktywnością nie do opanowania. Rodzice skarżą się, że dziecko ich nie słucha i wymusza wszystko płaczem. Okazuje się, że dzieci te w ogóle nie płaczą, a raczej marudzą lub wrzeszczą. Dodatkowo uderzają ręką lub kopią nogą najczęściej matkę lub babcię, mówiąc przy tym obraźliwe słowa. Z takim zachowaniem dziecka spotykają się „kochający rodzice i dziadkowie”, którzy przeżywają poczucie winy, kiedy dziecko płacze. Uspokajanie dziecka za wszelką cenę prowadzi do spełniania jego życzeń pomimo wcześniejszej odmowy i wycofywania się z egzekwowania wymagań. Dziecko uzyskuje władzę nad dorosłymi, co pociąga za sobą przeżycie dużego niepokoju. Jeżeli dziecko ma więcej siły niż jego rodzice, to na kim może się oprzeć i zbudować poczucie bezpieczeństwa? W terapii rodzice uczą się stawiać granice swojemu dziecku ze względu na jego bezpieczeństwo. Jednocześnie nabierają umiejętności i mocy, aby wytrzymać eskalację ekspresji emocjonalnej dziecka, akceptując jego uczucia i pozwalając mu wypłakać się kiedy tego potrzebuje. Zasadą jest bezwarunkowe przytulanie dziecka, kiedy tego potrzebuje. Ono może obrazić się na dorosłych, bo za chwilę będzie chciało się pocieszyć w ramionach matki i ojca. Rodzic nie może obrazić się na dziecko, bo nawet chwilowe wycofanie miłości u dziecka wywołuje reakcję silnego lęku przed porzuceniem. Mocna więź emocjonalna z rodzicem jest fundamentem poczucia bezpieczeństwa i rozwoju psychicznego dziecka. Dorosli stoją więc przed kolejnym wyzwaniem, które polega na ścisłej współpracy między sobą. Dziecko próbuje wykorzystać różnice między samymi rodzicami albo rodzicami i dziadkami. Kiedy jeden z rodziców wyznacza granice i stawia wymagania, to dziecko szuka ratunku u innego dorosłego. Jeżeli nawet drugi rodzic lub dziadkowie nie spełnią „koncertu życzeń”, to trudno dziecku odmówić przytulenia i pociechy. Przytulenia dziecku nie należy odmawiać. Jednak dorośli zapominają, że przytulić należy równocześnie dorosłego, który podjął się na początku niewdzięcznej roli strażnika norm i wymagań. Najczęściej do poradni zgłaszają się ci z rodziców, którzy odczuwają potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa i stawiania granic dziecku. Kiedy nie mają wsparcia ze strony innych dorosłych w rodzinie wklęają w walkę z własnym dzieckiem o posłuszeństwo. W ten sposób wpisują się w rolę „złego, restrykcyjnego rodzica”. Wychowanie dziecka staje się próbą siły związku partnerskiego samych rodziców. Dlatego po opanowaniu sytuacji kryzysowej z dzieckiem rodzi się u rodziców potrzeba odbudowania więzi małżeńskiej.

„Nadpobudliwości szkolnej” często towarzyszą zaburzenia dyslektyczne. Nauczyciele doświadczają udreki z dzieckiem, które się „wierci” i przeszkadza na lekcji. Oprócz rzeczywistych symptomów ADHD może to być sygnał, że uczeń ma trudności z nauką. Nie nadąża z przepisaniem zadań z tablicy, ma trudności ze zrozumieniem czytanego tekstu itp. Szczególnie duże ryzyko zlekceważenia symptomów zaburzeń dyslektycznych pojawia się wtedy, kiedy jeden z rodziców poświęca w domu wiele czasu na naukę z dzieckiem. Przy wsparciu rodzica, po wielokrotnym przepisaniu zdania lub powtórzeniu czytanki dziecko idzie do szkoły z bezbłędnie napisanym wypracowaniem lub wyuczonym na pamięć tekstem do przeczytania. Nauczyciel może przeoczyć w tej sytuacji, że uczeń potrzebuje diagnozy psychologiczno-pedagogicznej w zakresie poziomu rozwoju intelektualnego i sprawności szkolnych. Reedukacja (zajęcia wyrównawcze) oraz ustalenie indywidualnego systemu oceniania postępów w nauce ucznia, to podstawa programu terapeutycznego. Rodzice zostają zwolnieni z roli nauczycieli domowych, a ich uwaga skupia się na utrzymaniu zasad higieny pracy umysłowej swojego dziecka. Oznacza to między innymi organizowanie warunków do

nauki, wyznaczenie odpowiedniej pory do uczenia się, wyeliminowanie telewizji i gier komputerowych przed nauką i dbanie o aktywne formy wypoczynku oraz sen.

„Nadpobudliwość” w okresie gimnazjalnym przybiera formę zachowań buntowniczych i otwarcie społecznych. Dlatego maleje ilość rozpoznań „nadpobudliwości”, a wzrasta liczba zgłoszeń z zaburzeniami zachowania, czyli agresją. Na progu dorastania pojawia się u rodziców niepokój o negatywny wpływ grupy rówieśniczej. Starają się temu zapobiec poprzez wzmożoną kontrolę, pomimo dotychczasowej postawy przyzwalającej. Prowadzi to do eskalacji konfliktu międzypokoleniowego. Nastolatek staje się jeszcze bardziej zbuntowany i prowokacyjnie lekceważy normy stawiane przez rodziców albo połyka tabletki i kończy w szpitalu na reanimacji. Po próbach samobójczych zakończonych odratowaniem rodzice dostają w szpitalu zalecenie, aby zgłosić się do poradni zdrowia psychicznego do kontroli. W wielu rodzinach próba samobójcza okazuje się doświadczeniem, które porusza wszystkich i zbliża ich do siebie. Jednakże pozostaje otwarta kwestia, jak w przyszłości być ze sobą blisko bez konieczności powtarzania prób samobójczych. Wiele rodzin uczy się szybko na doświadczeniu. W innych rodzinach próba samobójcza wygasa ostrą formę konfliktu. Dochodzi do „zawieszenia broni”. Jednak pozostaje poczucie winy, głęboki żal i ukryta złość do dziecka za to, co zrobiło. W tych rodzinach potrzebna jest szczególna uważność i zrozumienie doznanych zranień i przeżywanych niepokojów.

Narasta liczba zgłoszeń dzieci w wieku gimnazjalnym z zaburzeniami emocji i zachowania (F92), u których stwierdza się nadmierną ilość czasu spędzanego przy telewizorze i komputerze. Pod koniec szkoły podstawowej i na początku gimnazjum wielu rodziców kupuje komputer z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze dla nauki. Po drugiej dla zatrzymania nastolatka w domu. Komputer wydaje się rozwijać intelektualnie, bo można korzystać z wielu programów edukacyjnych. Tak rzeczywiście się dzieje pod warunkiem, że dziecko nie wybierze zabawy w gry komputerowe. Stopniowe gry komputerowe wypierają wszystkie inne formy aktywności życiowej. Pojawiają się zaburzenia koncentracji, osłabienie pamięci, rozdrażnienie i wybuchy złości. W szkole pogarszają się wyniki w nauce oprócz informatyki. To uspokaja rodziców, że ich dziecko się rozwija w tym co go interesuje. Dziecko przesiaduje w domu, rezygnuje z kontaktów społecznych, wręcz unika ich. Początkowo rodzice bywają zadowoleni, bo nie muszą martwić się o negatywny wpływ rówieśników i konflikty wokół wychodzenia z domu i pory powrotów. Kontakty społeczne zawężają się do spotkań z tymi rówieśnikami, którzy również zajmują się przez cały czas komputerem. Rodzice martwią się nauką lub labilnym nastrojem dziecka. Okazuje się, że często są bezradni przy próbach ograniczenia korzystania z gier komputerowych. Z jednej strony są nieobecni w domu przez większość dnia, a z drugiej siła protestu i wybuchy agresji u dziecka skłaniają ich do ustępstw. Terapia ma na celu ustalenie reguł domowych zgodnie z zasadami higieny pracy umysłowej. Ograniczeniu ulega ilość czasu spędzanego przed komputerem lub telewizorem. Jednocześnie wymaga to przetrzymania fazy głodu „komputerowego”, złości i nudy, kiedy trudno dziecku zająć się czymkolwiek innym. Rodzice oczekują od dziecka uczenia się, które w tych warunkach jest jeszcze niemożliwe. Kilka tygodni oczyszczania umysłu dziecka pozwala powrócić do sprawności uczenia się.

Zaburzenia zachowania (F91) w okresie dorastania w postaci agresji i picia alkoholu jest przejawem trudności rodziców w towarzyszeniu dziecku w dochodzeniu do dorosłości. We współczesnych czasach rodzice koncentrują się na wykształceniu. Miarą postępu dziecka w osiągnięciu dorosłości są obecnie oceny szkolne. Rytuał inicjacji w dorosłość dokonuje się na egzaminie maturalnym. Rodzice stają wobec zadania, aby dziecku życiowe okazje do spróbowania swoich sił, samodzielności, odwagi, uczciwości i innych postaw cenionych przez rodziców, które będą zasługiwać na uznanie i potwierdzenie dorosłości. Jeżeli dziecko tego nie dostaje, to samo znajduje okazje do zachowań zastrzeżonych dla dorosłych jak palenie, picie alkoholu i seks.

W życiu dziecka i jego rodziny zdarzają się doświadczenia traumatyczne, choroba lub śmierć osób bliskich. Towarzyszy temu nasilony lęk i niepokój. W przetrwaniu trudnych chwil na początku mogą pomóc środki farmakologiczne. Jednak dziecku najbardziej mogą pomóc rodzice, kiedy sami przeżyją do końca swoją żałobę.

#### Podsumowanie

Psychiatria dzieci i młodzieży jest częścią medycyny. Jednocześnie jest przykładem, że zdrowie człowieka nie polega na braku choroby. Świadczenia medyczne w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży dotyczą w większości codziennych sytuacji, z którymi można spotkać się w rodzinie i w szkole. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wymaga wielodyscyplinarnej współpracy w ramach służby zdrowia, szkolnictwa, pomocy społecznej i sądownictwa rodzinnego. Podstawą jest umacnianie więzi rodzinnych, w których dziecko znajduje optymalne warunki rozwoju.

#### Literatura:

red. Orwid M., Pietruszewski K.; *Psychiatria dzieci i młodzieży*; Kraków 1996.

red. Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*; Kraków-Warszawa 1997.

Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R.; *Filozofia medycyny*; Warszawa 1993.

mgr Dariusz Baran - psycholog kliniczny, terapeuta rodzin  
WZS Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży  
35-078 Rzeszów, ul. Hetmańska 120  
tel: +17 8594410  
e-mail: [dariusz.baran@op.pl](mailto:dariusz.baran@op.pl)

Artykuł opublikowany w książce „*Pomoc, opieka, wsparcie dziecka i rodziny*” pod redakcją Urszuli Grucy-Miąsik; Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; Rzeszów 2006; s.109-117